



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**Mestrado
Psicomotricidade Relacional**

**PERCEÇÃO DE PAIS E EDUCADORES SOBRE O
DESENVOLVIMENTO SOCIAL E EMOCIONAL DE
CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

Autor

Inês Mendes Antunes

Orientador:

Professor Doutor Jorge Manuel Gomes de Azevedo Fernandes

Co-Orientador:

Mestre Vera Maria Catalão de Oliveira

Évora

2013

Mestrado

Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Título da Dissertação

**PERCEÇÃO DE PAIS E EDUCADORES SOBRE O
DESENVOLVIMENTO SOCIAL E EMOCIONAL DE CRIANÇAS
NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

Autor

Inês Mendes Antunes

Orientador:

Professor Doutor Jorge Manuel Gomes de Azevedo Fernandes

Co-Orientador:

Mestre Vera Maria Catalão de Oliveira

Agradecimentos

À minha família, amigos e namorado que toda a força e coragem me inculcaram.

Aos meus orientadores Doutor Jorge e Mestre Vera Oliveira pelos sábios e experientes conselhos.

A todos os pais e educadores que tornaram este estudo uma realidade!

RESUMO

Introdução: A avaliação do desenvolvimento infantil social e emocional deve contemplar a recolha de informação em várias fontes e considerar todos os contextos de desenvolvimento. **Objetivo:** Proceder à tradução do questionário ITSEA-*Infant Toddler Social and Emotional Assessment* e à análise das suas propriedades psicométricas de forma a ser utilizado para analisar a perceção dos pais e educadores sobre o desenvolvimento socio-emocional na primeira infância, na região centro de Portugal. **Métodos:** Procedeu-se à tradução do questionário, à análise fatorial exploratória, seguida do estudo da fiabilidade do questionário traduzido. Posteriormente procedeu-se à análise das perceções entre pais e educadores, recorrendo ao teste *t-Student* para amostras emparelhadas. **Resultados:** Obteve-se níveis aceitáveis de coerência interna do ITSEA, para a amostra em estudo e uma razoável validade de constructo, confirmando-se o modelo teórico, na maioria dos domínios/subdomínios. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a perceção de pais e educadores nos domínios e subdomínios agressividade/provocação; agressividade com pares; internalização; ansiedade geral; inibição à novidade; emotividade negativa; sono; competências; submissão, motivação e imitação/jogo. **Conclusões:** O ITSEA demonstrou aceitáveis níveis de fiabilidade e validade de constructo. A perceção dos pais difere da perceção dos educadores relativamente ao desenvolvimento social e emocional.

Palavras-chave: desenvolvimento social e emocional; primeira infância; perceção de pais e educadores; contextos de desenvolvimento; psicomotricidade.

ABSTRACT

Perceptions of parents and childcare providers on social and emotional development of children in early childhood

Introduction: The assessment of child development should include gathering information from various sources and consider all development contexts. **Aims:** We want to do the translation of the ITSEA-Infant Toddler Social and Emotional Assessment questionnaire, as well as analyze its psychometric properties in order to be used to analyze the perception of parents and childcare providers about the socio-emotional development in early childhood, in the central region of Portugal. **Methods:** We've done the translation of the questionnaire, as well as the exploratory factor analysis, followed by the study of reliability. Subsequently we've proceeded to the analysis of perceptions between parents and childcare provider, using a T test for paired samples. **Results:** We obtained acceptable levels of internal consistency of ITSEA for the sample under study and a reasonable construct validity that confirms the theoretical model in most areas. There were statistically significant differences between the perceptions of parents and childcare providers across domains and subdomains aggression / defiance, peer aggression; internalization, general anxiety, inhibition to novelty, negative emotionality; sleep; competence; compliance, mastery motivation, imitation / play. **Conclusions:** ITSEA has demonstrated acceptable levels of reliability and validity. The perception of parents differs from the perception of childcare providers regarding the social and emotional development.

Keywords: social and emotional development, early childhood; perception of parents and childcare provider; development contexts; psychomotor.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	i
RESUMO.....	ii
ÍNDICE GERAL	iv
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	6
2.1. Desenvolvimento social e emocional na primeira infância	6
2.1.1. O papel das emoções	6
2.1.2. Os três primeiros anos de vida	10
2.2. A autorregulação na primeira infância.....	15
2.2.1. A autorregulação emocional.....	15
2.2.2. O papel da socialização na capacidade autorregulação da criança	17
2.2.3. A autorregulação ao longo do desenvolvimento	19
2.2.4. Dificuldades na regulação emocional- quais os fatores de risco para o desenvolvimento?.....	21
2.3. Contextos de desenvolvimento na primeira infância	24
2.4. Avaliação do desenvolvimento - múltiplos informadores	30
2.5. O papel da psicomotricidade na atualidade e a necessidade de investir em várias áreas do conhecimento	36
2.6. Avaliação do desenvolvimento social e emocional	45
2.6.1. Dimensões avaliadas pelo ITSEA.....	45
2.6.2. Estado da arte - ITSEA como instrumento de avaliação.....	71
3. METODOLOGIA.....	79
3.1. AMOSTRA	79
3.2.1. Descrição geral do Instrumento.....	83
3.2.3. Utilizadores do Instrumento ITSEA.....	92
3.2.4. Administração do ITSEA	92
3.3. PROCEDIMENTOS	94
3.3.1. Procedimentos de tradução dos questionários.....	94
3.3.2. Recolha de dados.....	96

3.4. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	98
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	99
4.1. Tradução dos questionários.....	99
4.2. Verificação de Pressupostos para a Análise Fatorial Exploratória.....	109
4.3. Análise Fatorial.....	111
4.4. Fiabilidade – Análise da Consistência Interna.....	130
4.5. Estudo comparativo entre a perceção dos pais e educadores sobre o desenvolvimento social e emocional.....	133
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	136
6. CONCLUSÕES.....	151
Bibliografia.....	154
ANEXOS.....	ix
ANEXO I - Versão original do ITSEA-"Parent Form".....	ix
ANEXO II - Versão original do ITSEA-"Childcare Provider Form".....	xvi
ANEXO III - Questionário de compreensão do questionário ITSEA- versão pré-teste para pais.....	xxiii
ANEXO IV- Informação e consentimento para direção /coordenação técnica ou pedagógica.....	xxvii
ANEXO V - Informação e consentimento para prestador de cuidados.....	xxix
ANEXO VI - Informação e Consentimento para pais.....	xxxi
ANEXO VII- Questionário Sócio Demográfico para Pais.....	xxxiii
ANEXO VIII - Versão portuguesa do ITSEA- questionário para pais.....	xxxv
ANEXO IX- Versão portuguesa do ITSEA- questionário para prestador de cuidados.....	xliv

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Processo de tradução e adaptação cultural do <i>ITSEA- Infant Toddler Social Emotional Assessment</i>	95
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Distribuição amostral por sexo para cada faixa etária e da NUTS Centro...</i>	79
Tabela 2. <i>Estatística descritiva da Idade do progenitor e educador.....</i>	80
Tabela 3. <i>Domínios e Subdomínios do ITSEA</i>	87
Tabela 4. <i>Termos divergentes que surgiram na primeira tradução da versão Inglesa para a Versão Portuguesa do ITSEA</i>	100
Tabela 5. <i>Termos consensuais resultantes da análise das duas traduções iniciais</i>	102
Tabela 6. <i>Expressões/termos resultados da Retroversão</i>	105
Tabela 7. <i>Termos e expressões selecionados para Pré-teste.....</i>	107
Tabela 8. <i>Resultados KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett.....</i>	110
Tabela 9. <i>Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Externalização - Pais.....</i>	113
Tabela 10. <i>Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Internalização - Pais.....</i>	115
Tabela 11. <i>Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Desregulação - Pais.....</i>	117
Tabela 12. <i>Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Competências - Pais.....</i>	119
Tabela 13. <i>Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Externalização - Educadores.....</i>	122
Tabela 14. <i>Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Internalização - Educadores.....</i>	124
Tabela 15. <i>Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Desregulação - Educadores.....</i>	126
Tabela 16. <i>Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Competências - Educadores.....</i>	128
Tabela 17. <i>Valores de Alpha obtidos.....</i>	132
Tabela 18. <i>Estatísticas descritivas (Média e Desvio Padrão) e diferenças entre a percepção dos Pais e Educadores sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças entre os 12 e os 35 meses.....</i>	135

LISTA DE ABREVIATURAS

AFE - Análise fatorial exploratória

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

ITSEA- Infant Toddlers Social and Emotional Assessment

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

NUTS- Nomenclaturas de Unidades Territoriais - para fins Estatísticos

1. INTRODUÇÃO

A psicomotricidade "compreende a relação, baseando-se na ação (...) pois parece estabelecer uma ligação da nossa experiência interna à ação, à emoção e à intenção do outro" (Mendes Pedro, 2008 como citado em Costa, 2008, p. 295). A psicomotricidade sustenta-se no corpo e em toda a sua complexidade: existencial, expressiva e emocional (Potel, 2010). Posto isto, em psicomotricidade, a criança jamais poderá ser reduzida a uma única visão, uma única verdade!

Um psicomotricista não deve cingir-se a uma realidade singular, a sua essência está na reflexão e busca de vários focos de pensamento sobre os aspetos ligados ao desenvolvimento psicomotor da criança, integrando distintas áreas do desenvolvimento como a psicologia, a psicopatologia, a neurologia e até a psicanálise (Potel, 2010).

Olhar a criança numa perspetiva ecológica de desenvolvimento, tendo em consideração os contextos em que esta se desenvolve é, de alguma forma, ter bem presente a *visão psicomotora* abrangente e complexa do desenvolvimento infantil. Sabe-se, atualmente, que a evolução psicomotora da criança se faz primeiro através de todos os movimentos coordenados pela relação tónica e emocional com a mãe e, depois, pelas relações progressivamente mais complexas com a restante família e com o ambiente envolvente. Sabe-se igualmente, que os pais são os cuidadores mais ligados à criança, durante a primeira infância e que têm um papel preponderante no seu desenvolvimento. No entanto, verifica-se cada vez mais um aumento das crianças a frequentar as creches em Portugal. As crianças entram cada vez mais cedo nas creches e acabam por permanecer muitas horas sob os cuidados dos educadores (Sousa, 2008). Estes cuidadores formais passam, inevitavelmente, também a desempenhar um importante papel na vida destas crianças.

Tendo em consideração o facto do comportamento das crianças poder variar consoante o contexto em que se desenvolvem e de acordo com as relações que estabelecem com outras crianças, adultos, etc. (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Briggs-Gowan, Carter, & Schwab-Stone, 1996; Offord, Boyle, & Racine, 1989 as cited in Carter, Briggs-Gowan, Jones, & Little, 2003), torna-se crucial averiguar e analisar a

forma como os educadores e pais percebem o comportamento e o desenvolvimento social e emocional destas crianças.

Por serem os adultos com quem mais contactam as crianças, os pais e educadores/professores são os informadores a quem frequentemente se recorre em processo de avaliação, essencialmente em idades pré-escolar e escolar (Seabra-Santos & Gaspar, 2012). É evidente que a recolha de informação a partir de várias fontes e contextos enriquece a qualidade da informação obtida (Bagnato & Neisworth, 1991 como citado por Seabra-Santos & Gaspar, 2012).

Enquanto os pais possuem uma visão da criança ao longo do tempo, os educadores têm o horizonte temporal limitado (Hundert, Morrison, Mahoney, Mundy, & Vernon, 1997; Bagnato & Neisworth, 1991; Bates, 1994), contudo, os educadores têm a oportunidade de observar as crianças numa maior variedade de áreas de desenvolvimento (Hundert *et al.*, 1997) e possuem uma base normativa mais sólida que lhes advém do facto de lidarem, diariamente e ao longo do tempo, com muitas crianças da mesma idade (Martin & Bridger, 1999).

Reforçando este nosso interesse e a convicção de que os pais juntamente com os educadores podem contribuir com informações relevantes e abrangentes sobre o desenvolvimento infantil, constatou-se que, com este estudo, poderemos ir ao encontro de uma grande lacuna na investigação científica: a escassez de informação sobre o desenvolvimento da criança, a partir de várias fontes de informação distintas. Muitos estudos (Marceau, Humbad, Burt, Klump, Leve, & Neiderhiser, 2012; Gagne, Saudino, & Asherson, 2011; Perry-Parrish, Waasdorp, & Bradshaw, 2012; Lau & Wu, 2012) abordam as questões sociais e emocionais em crianças na primeira infância e na idade pré-escolar tendo como base a informação proveniente dos pais da criança, no entanto, todos estes estudos apontam a escassez de informação recolhida através de múltiplos informadores como limitação ao próprio estudo. Inclusive, a grande maioria alude como diretriz para futuras investigações a importância de incluir informação vinda de alguém que não a mãe ou pai, como por exemplo, um educador ou professor.

Em Portugal, na área da psicomotricidade deparamo-nos com a escassez de instrumentos de avaliação destinados à avaliação no âmbito do desenvolvimento social e emocional, na primeira infância. O *Infant Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA)* pareceu-nos ser um instrumento bastante completo e interessante no sentido em

que abrange inúmeros aspetos relacionados com o desenvolvimento social e emocional da criança. Além disso, possui um questionário destinado a pais e outro destinado a "outros prestadores de cuidados" que pode ser utilizado para comparar resultados com os resultados obtidos pelos pais, permitindo reunir uma vasta gama de informação acerca da criança, tendo sempre em consideração os vários contextos onde a criança se desenvolve.

Na realidade, sabemos que algumas, das poucas, investigações feitas com o mesmo objetivo do presente estudo, analisaram as perceções de pais e educadores, no entanto compararam resultados de instrumentos distintos. O que põe em causa a exatidão dos resultados do estudo, tal como referem os autores do estudo (Dinnebeil & Rule, 1994).

Posto isto, a nossa motivação na realização do presente estudo assenta no pressuposto de que a perceção dos pais pode diferir da perceção dos educadores, ou não. Contudo, quando avaliamos uma criança, todos os possíveis resultados serão extremamente importantes para refletirmos, questionarmos e investigarmos tudo o que possa estar a condicionar a falta de coerência entre as respostas dos informadores. Aqui está o que é realmente importante quando avaliamos em psicomotricidade: compreender o cerne dos comportamentos da criança para podermos desenvolver planos de intervenção adequados e direcionados para a verdadeira causa dos problemas. Podemos ter discordâncias porque a família/mãe/pai possui alguma psicopatologia e isso influenciar a sua perceção sobre o comportamento da criança, podemos ter uma criança que reage agressivamente na escola porque o contexto e a separação familiar lhe provoca demasiada angústia e em casa permanecer calma, etc., e são todas estas as informações e muitas outras que se pretendem descortinar sempre que fazemos a avaliação de uma criança e para isso, sem dúvida alguma que é necessário, e até benéfico, existirem discordâncias. Só assim a reflexão abrangente e o olhar peculiar sobre o desenvolvimento da criança é possível!

Desta forma, pretendemos estudar as propriedades psicométricas de um instrumento, o ITSEA que consideramos adequado ao nosso estudo e bastante interessante a traduzir e validar para uma amostra da população da região centro de Portugal.

De acordo com o anteriormente exposto, constituem principais objetivos do presente estudo:

1. Proceder à tradução para português, do questionário ITSEA, versão para pais e versão para "outros prestadores de cuidados";
2. Verificar a validade de construto e fiabilidade da versão traduzida para português do ITSEA;
3. Verificar se existem ou não diferenças significativas entre a perceção dos pais e educadores acerca do desenvolvimento social e emocional de crianças na primeira infância.

Face ao conjunto de objetivos anteriormente definidos, foram levantadas as seguintes hipóteses:

1. O instrumento ITSEA apresenta valores estatísticos que confirmam a sua fiabilidade e validade para a população em estudo.
2. Existem diferenças estatisticamente significativas entre a perceção dos pais e dos educadores nos domínios da externalização, internalização, desregulação e competências e nos respetivos subdomínios.

Posto isto, os capítulos que compõem este estudo foram estruturados de modo a explicar toda a investigação de forma objetiva e clara. Assim, neste primeiro capítulo introduziu-se a temática que é objeto do presente estudo, expor a sua pertinência e os objetivos e hipóteses do estudo.

Posto isto, os capítulos que compõem este estudo foram estruturados de modo a explicar toda a investigação de forma objetiva e clara. Assim, neste primeiro capítulo introduziu-se a temática que é objeto do presente estudo, expor a sua pertinência e os objetivos e hipóteses do estudo.

O segundo capítulo expõe a literatura revista e encontra-se dividido em seis grandes subcapítulos. O primeiro subcapítulo diz respeito ao desenvolvimento social e

emocional na primeira infância, abordando o papel das emoções sob dois pontos de vista: neurológico e psicodinâmico e o desenvolvimento ao longo dos três primeiros anos de vida da criança. O segundo subcapítulo aborda-se às questões da autorregulação e mais especificamente à autorregulação emocional, ao papel da socialização na capacidade de autorregulação na criança e aos fatores de risco que podem comprometer uma boa capacidade de autorregulação. O terceiro subcapítulo centra-se na avaliação do desenvolvimento social e emocional na primeira infância e a partir da organização do ITSEA expõe-se as componentes que dizem respeito ao desenvolvimento social e emocional na criança, e logo a seguir apresenta-se um quadro que resume toda a investigação científica que utiliza o ITSEA, como instrumento de avaliação para desenvolver os seus objetivos. No quarto subcapítulo abordam-se questões relativas aos contextos de desenvolvimento na primeira infância, dando especial importância ao contexto creche. No quinto subcapítulo alude-se à importância da avaliação, tendo em conta vários informadores e os múltiplos contextos do desenvolvimento. Para terminar este segundo capítulo, apresenta-se o sexto subcapítulo que reforça o papel da psicomotricidade e a necessidade de intervir em psicomotricidade tendo como base várias áreas do conhecimento.

O terceiro capítulo, metodologia, é constituído por quatro subcapítulos: amostra, instrumento, os procedimentos de tradução do questionário para a população portuguesa e, por fim, o subcapítulo dos procedimentos estatísticos.

O capítulo dos resultados constitui o quarto capítulo onde se apresentam os resultados da tradução do questionário para a língua portuguesa, da análise fatorial e seus pressupostos, os resultados da fiabilidade e os resultados do estudo comparativo entre as perceções de pais e educadores.

A discussão dos resultados apresenta-se ao longo do quinto capítulo, bem como algumas limitações ao nosso estudo e posteriormente as conclusões do presente estudo e sugestões para estudos futuros, no sexto capítulo. Por fim, apresentaremos a bibliografia utilizada no presente estudo e os anexos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Desenvolvimento social e emocional na primeira infância

2.1.1. O papel das emoções

Os avanços das neurociências em muito têm avultado o papel privilegiado das emoções ao nível da psicologia do desenvolvimento, como é apresentado no "Erro de Descartes" (Damásio, 1994).

As emoções são atualmente, unanimemente definidas como fenómenos cerebrais amplamente diferenciados do pensamento, que contêm as suas próprias bases neuroquímicas e fisiológicas (Greenberg, 2002), sendo caracterizadas por mudanças fisiológicas, cognitivas, experienciais e comportamentais e que preparam o organismo para a ação em resposta a um determinado estímulo interno ou externo- desafio ambiental (Kring & Bachorowski, 1999; Sroufe, 1997).

Segundo Damásio (2010), as emoções constituem programas complexos automatizados, resultado de ações modeladas pela evolução. *“As ações são completadas por um programa cognitivo que inclui certos conceitos e modos de cognição, mas o mundo das emoções é, sobretudo um mundo de reações levadas a cabo no nosso corpo, desde as expressões faciais e posições do corpo até às mudanças nas vísceras e meio interno”* (Damásio, 2010, p.143).

As diversas abordagens conceptuais têm destacado os múltiplos componentes biológicos, comportamentais, cognitivos, sociais e de expressão das emoções, demonstrando que estas operam de forma sincronizada a diferentes níveis de processamento (Greenberg, 2002). De facto, a coordenação dos diversos componentes referidos permite a operacionalização das funções motivacionais do comportamento (Buck, 1994; Ekman, 1994; Izard, 1993; Lang, Bradley, & Cuthbert, 1990; MacLean, 1993; Nesse, 1990; Plutchick, 1993 as cited in Mascolo & Griffin, 1998), desempenhando um papel crucial na adaptação do indivíduo às diversas etapas do desenvolvimento humano (Gross, 1999), na sobrevivência, na comunicação e resolução de problemas (Fridja, 1986; Izard, 1991). Além das referidas funções, as emoções também facilitam o processo de tomada de decisão (Oatley & Johnson-Laird, 1987 as cited in Gross, 1998), preparando o indivíduo para respostas motoras rápidas (Fridja,

1986). No entanto, ao mesmo tempo que desempenham funções orgânicas, as emoções também contribuem para uma maior adaptabilidade social, informando o indivíduo acerca das intenções comportamentais dos outros (Fridlund, 1984 as cited in Gross, 1998), fornecendo pistas acerca do que poderá ser benéfico ou prejudicial, permitindo uma adaptação do comportamento social a implementar (Averill, 1998).

As emoções desempenham assim um papel central no desenvolvimento do indivíduo possibilitando a aquisição de competências fundamentais para lidar com as exigências desenvolvimentais, promovendo quer o desenvolvimento cognitivo, ao estimular o conhecimento e as representações emocionais (Barrett, 1998), quer o desenvolvimento social, ao promover uma maior adequabilidade nas relações interpessoais.

Além da perspectiva neurofisiológica apresentada, muitas outras abordagens, tais como a psicológica, apresentam diferentes visões, que destacam o importantíssimo papel das emoções ao longo do desenvolvimento, bem como a capacidade de regulação emocional, que irá ser aprofundada mais adiante.

Uma visão psicodinâmica das emoções

A psicomotricidade aceita como útil a persuasão psicodinâmica para estudar as emoções, nomeadamente para retratar o que é experimentado pelas e com as crianças e os pais. Afinal, enquanto psicomotricistas devemos olhar a criança como um todo e não nos cingirmos a uma visão puramente mecanicista (neuroológica) e tudo o que nela se inscreve, pois a psicomotricidade é muito mais do que um resultado neurológico. É a expressão corporal do funcionamento psíquico é a expressão corporal das emoções, afetos, sentimentos, fantasias e pensamentos.

A emoção é um conceito localizado na interseção de realidades objetivas e subjetivas de um ser humano, em relação constante com o seu mundo. A emoção passa assim, muito rapidamente, de um plano biológico ou neurobiológico para um psicológico e psicodinâmico, passagem que é natural tendo em conta a capacidade de pensar e comunicar do ser humano.

Todos os sinais corporais da emoção dependem da atividade do sistema nervoso simpático e parassimpático sob a excitação das zonas talâmicas, e por isso são inegáveis, as profundas ligações fisiológicas. A sensação ou estado emocional agradável ou desagradável é retido pelo indivíduo como um marcador do seu estado emocional, mas também somático.

Muitos autores tiveram um papel importante na polissemia do termo emoção, contribuindo com muitas definições (Cosnier, 1994 as cited in Claudon & Weber, 2009). Contudo, segundo estes autores, ao invés de uma única definição, devemos propor o conceito de processo emocional como a abordagem mais complexa e naturalmente a mais rica em explicações psicológicas.

Cossette e Ricard (1999 as cited in Claudon & Weber, 2009) também argumentam que não existe uma definição consensual para emoção. Estes autores sintetizaram uma grande parte da literatura internacional em psicologia do desenvolvimento e elaboraram o esquema seguinte para descrever este processo sistemático e abrangente:

"Événement → évaluation de l'événement → expérience subjective consciente + réponse neuropsychologique + action motrice"

Heuyer (1952 as cited in Claudon & Weber, 2009), numa introdução que fez à psiquiatria infantil, elucidou a relação entre a emoção, afetividade, sentimentos e ações e os seus pontos de vista são bastante atuais. A emoção é sistematicamente associada à criança como mudança de postura, tónus muscular e habilidades motoras, ou por outras palavras, como refere Heuyer a emoção da criança é algo visível e perceptível por um observador. Este autor explica que a emoção na criança tem que ser vista como um cruzamento entre o que é biológico e o psicológico, ou melhor, é uma entidade psicodinâmica, inerente ao desenvolvimento da criança.

Para Wallon (1934, 1942 as cited in Claudon & Weber, 2009) a emoção é algo natural e indispensável à vida da criança e está sempre associada às manifestações tónicas, o que lhe dá uma função de significado fundamentalmente social e relacional. Segundo este

autor, são as desarmonias do equilíbrio tônico-emocional que confere o *sofrimento* emocional nas crianças.

Como constatámos anteriormente, a psicofisiologia, a neurologia anatômica e funcional estudam as emoções como resultado de processos biológicos (Damásio, 1999, Haan *et al.*, 2004 as cited in Claudon & Weber, 2009) mostrando que o essencial da emoção se baseia no corpo. Na realidade, não é a parte emocional puramente, que aqui nos importa, mas sim toda a complexidade da emoção nos processos bio-fisio-psicológicos, tendo sempre como base uma compreensão singular e subjetiva da situação. A emoção não é mais que o tempo de vida do sujeito, resultado das vivências que teve, da forma como incorpora os elementos envolvidos em todos os momentos. Assim, as percepções sensoriais e motoras, as trocas de afeto, as características das pessoas envolvidas nas situações, os efeitos sobre estas pessoas e os efeitos de transformação que estas pessoas induzem sobre si própria, são as emoções.

2.1.2. Os três primeiros anos de vida

Desde muito cedo que manifestações de emoções positivas e negativas e diferenças individuais são observadas nos bebês. A confirmar a precocidade do aparecimento das expressões de algumas emoções básicas e o possível caráter inato das emoções básicas, Abe e Izard (1999) descrevem que mais de 95% das expressões faciais apresentadas pelo bebê parecem ser de alegria, tristeza e raiva.

Entre os 4 e os 6 meses começam a emergir os primeiros comportamentos de evitamento e a partir dessa altura é possível observar-se comportamentos de aproximação relativamente estáveis, até aos 13 meses (Rothbart, 1994). Também a frustração e o medo parecem refletir alguma estabilidade no primeiro ano de vida.

Nesta altura, a criança vai adquirir uma maior acuidade na discriminação e no reconhecimento de expressões faciais, bem como uma maior precisão nos comportamentos expressivos. Estas aquisições e a crescente sincronização comunicativa facilitam a comunicação pais-filhos. Também o jogo começa a fazer parte das relações afetivas mais próximas, nele a criança começa a manifestar uma capacidade crescente de manipular as suas expressões emocionais, regulando assim o comportamento do adulto, nomeadamente através do choro (Saarni, 1999).

Vários estudos desenvolvidos durante o primeiro ano de vida revelam que muito precocemente as crianças iniciam as suas interações sociais. Por volta dos dois meses os bebês despertam para a presença dos pares e envolvem-se em mútuos olhares fixos (Eckerman, 1979; Rubin, Bukowski, & Parker, 1998). Aos três meses, aumentam os olhares dirigidos ao outro, os sorrisos, as vocalizações e as brincadeiras são mais apropriadas e contingentes às respostas e imitações dos seus parceiros. Os primeiros comportamentos de imitação estão focados nos objetos, sendo esta a primeira evidência de partilha entre pares, constituindo a base da cooperação da atividade de grupo (Mueller & Silverman, 1989; Rubin, Bartsch, & Parker, 1998). Entre os seis e os nove meses os bebês dirigem olhares, vocalizações e sorrisos para o outro, revelando interesse social (Vandell, Wilson, & Buchanan, 1980).

É durante o primeiro ano de vida que emergem competências sociais importantes, que Rubin, Bukowski e Parker (1998) resumem da seguinte forma: a) aparente

intencionalidade no direcionar dos sorrisos, do franzir de sobrancelhas e dos gestos para os seus parceiros; b) uma observação cuidada dos pares, com revelação clara de um interesse social e c) resposta em consonância com os padrões de comportamento apresentado pelos seus companheiros de brincadeira.

Apesar das crianças se interessarem pelos seus pares (crianças da mesma idade), antes dos 18 meses, as interações com os seus pares são relativamente raras, descoordenadas e relativamente limitadas em termos de complexidade (Brownell & Brown, 1992; Eckerman & Peterman, 2001).

São duas, as habilidades centrais relativas ao desenvolvimento emocional do ser humano: a habilidade para identificar e lidar com pistas emocionais do comportamento em diferentes contextos e a habilidade para inferir as emoções dos outros a partir de pistas situacionais. A investigação desenvolvida neste sentido permite atestar que por volta dos 18 meses a criança já apresenta competências para lidar com as emoções, sendo capaz de associar palavras a um determinado significado verbal para expressar pistas emocionais (Fine, Izard, Mostow, Tretacosta, & Ackerman, 2003). O conhecimento das situações emocionais surge mais tardiamente, quando a criança desenvolve a capacidade de compreender a perspectiva dos outros e de usar a informação que obtém no momento para identificar as emoções evocadas pelos que a rodeiam - teoria da mente (Cutting & Dunn, 1999). As investigações têm destacado desenvolvimentos regulares ao longo do primeiro e segundo ano relativamente à compreensão das emoções dos adultos. No primeiro ano as crianças começam a compreender expressões emocionais positivas e negativas, referindo-se a objetos no mundo (Phillips, Wellman, & Spelke, 2002) e até ao final do primeiro ano, por vezes eles olham para as respostas emocionais dos adultos para obter informações sobre situações ambíguas ou potencialmente perigosas e de seguida ajustam o seu comportamento (Walden & Ogan, 1988). Aos 18 meses de idades, a criança pode entender a expressão de desejo e repulsa do adulto, como distinta dos seus próprios sentimentos e modificar o seu comportamento em conformidade (Repacholi & Gopnik, 1997). Este aspeto irá facilitar os relacionamentos sociais com os pares.

Por volta dos dois anos, verifica-se um crescente aumento da capacidade de nomeação de emoções. Aos dois anos a criança parece ser capaz de usar rótulos emocionais, aos três começa a falar das experiências emocionais dos outros e aos quatro é capaz de

perceber que as reações emocionais podem variar de pessoa para pessoa (Abe & Izard, 1999).

O conhecimento emocional é fortemente acelerado neste período, começando a estabelecer-se ligações entre o sistema emocional e o cognitivo, que facilitam a compreensão dos outros, o estabelecimento de relações sociais empáticas e a internalização de normas sociais pela observação de expressões faciais das figuras de socialização (Izard, Fine, Mostow, Trentacosta, & Campbell, 2002). A emergência da linguagem é um contributo fulcral, facilitando o desenvolvimento da ligação emoção-cognição e permitindo à criança processar e comunicar as emoções. O desenvolvimento linguístico permite à criança aprender vocabulário emocional e aplicá-lo no seu discurso (Cutting & Dunn, 1999).

É durante este segundo ano de vida que a criança se torna capaz de falar sobre os estados emocionais que vivencia (Fine *et al.*, 2003). Diversas investigações e observações em contextos naturais demonstram que por volta dos dois e os três anos as crianças reconhecem com bastante precisão as emoções mais simples, compreendem o vocabulário emocional e tornam-se capazes de utilizar essa informação na interação com pessoas que lhes são familiares, como pais e os irmãos (Dunn, Brow, & Beardsall, 1991).

Juntamente com o crescente desejo e interesse nos pares, as crianças aos dois anos de idade passam por uma fase dramática, a evolução das suas capacidades para entender os objetivos, desejos e emoções dos outros. É na idade pré-escolar que as crianças com um desenvolvimento típico se tornam bastante rebuscadas a nível social, relacionando-se mais com os pares envolvendo-se em brincadeiras elaboradas, jogos complexos, e na conjunta resolução de problemas (Blandon, Calkins, & Keane, 2010). O tempo de interação com os pares aumenta e as brincadeiras começam a desenvolver-se à volta de determinados temas (Rubin, Bukowski, & Parker, 1998). O jogo característico deste período envolve a troca mútua de olhares e a imitação mútua de comportamentos, estabelecendo as bases para posteriores trocas cooperativas envolvendo objetos (Howes & Matheson, 1992). As ações sociais são agora produzidas em resposta ao comportamento do outro.

Rubin, Bukowski e Parker (1998) sumariam as principais aquisições sociais deste período da seguinte forma: (a) capacidade para coordenar o seu comportamento com a

atividade do parceiro; (b) imitação da atividade dos pares e tomada de consciência que é imitado, (c) aparecimento dos turnos de comunicação, (d) comportamento de ajuda e de partilha e (e) capacidade para responder apropriadamente às características dos seus pares. Até ao final do segundo ano, as crianças começam a utilizar palavras emocionais e tornam-se bons leitores das expressões emocionais dos adultos, verificando-se uma crescente consciência do estado mental dos outros (Bartsch & Wellman, 1995; Bretherton, McNew, & BeeghlySmith, 1981; Phillips, Wellman, & Spelke, 2002). Contudo, não existe nenhuma razão empírica para acreditar que as competências interativas das crianças com os pais e outros adultos se estendam necessariamente às suas interações com os pares. De facto, as competências sociais de crianças muito pequenas com os pares permanecem muito aquém das suas competências no relacionamento com adultos (Brownell, Ramani, & Zerwas, 2006).

Por volta do final do segundo ano de vida/início do terceiro, a criança já tem conhecimento de todas as emoções básicas (Ackerman & Izard, 2004) e é a partir desta idade que os comportamentos de raiva e oposição tendem a aumentar.

Enquanto para alguns autores, estas emoções facilitam o desenvolvimento de uma maior autonomia e da consciência de um *self* autónomo (Abe & Izard, 1999; Dunn & Brown, 1994), para outros, a emergência de um sentido de *self* contribui para o aparecimento de expressões emocionais fortes e para o aparecimento das chamadas emoções sociais, como a culpa ou a vergonha (Saarni, 1999).

O aparecimento das emoções sociais por volta do segundo e terceiro ano de vida (Dunn & Brown, 1994) tende a facilitar a adoção de comportamentos pró-sociais e um melhor ajustamento das ações da criança em concordância com o que o meio social espera delas (Abe & Izard, 1999). Contudo, nesta altura as emoções ainda não se encontram bem interiorizadas, pelo que, dependem da presença de um adulto ou de outra pessoa para se manifestarem.

Para além da complexidade comportamental que as crianças manifestam, entre os dois e três anos e meio de idade; elas revelam uma tendência clara para estar com os outros e uma preferência dirigida para alguns pares com quem partilham algumas características (Rubin, Bukowski, & Parker, 1998). Estas preferências seletivas revelam que a criança está preparada para estabelecer relações com os seus pares, como veremos em seguida.

Vários autores defendem que as crianças entre os dois e os três anos e meio de idade são capazes de estabelecer relações recíprocas com os seus pares. No seio destas relações as crianças desenvolvem trocas mútuas de afetos e comportamentos positivos, mas também negativos (Rubin, Bukowski, & Parker, 1998). É neste período, que surgem as zangas e os conflitos, desencadeados sobretudo por disputas da posse de objetos (Durkin, 1995).

Durante o segundo e terceiro anos de vida, a consciência social das crianças rapidamente se expande à medida que vão desenvolvendo as habilidades sociais de compreensão que lhe permite gerar interações cooperativas com os seus pares (Brownell, Ramani, & Zerwas, 2006; Eckerman, Davis, & Didow, 1989; Smiley, 2001). Por isso, espera-se que a compreensão das crianças face às emoções das outras crianças também se desenvolva rapidamente neste período.

O crescimento acentuado no relacionamento entre pares por volta dos 3, 4 anos de idade tem a sua origem no início da compreensão social. O estudo das interações das crianças com adultos nos dois primeiros anos de vida tem sido amplamente estudado. Por outro lado, o desenvolvimento dessas habilidades no contexto com os pares tem sido relativamente ignorado, mas que assume especial importância e deve ser tido em consideração, nomeadamente quando se fala em desenvolvimento social e emocional na primeira infância.

2.2. A autorregulação na primeira infância

2.2.1. A autorregulação emocional

Quando falamos em emoção e desenvolvimento emocional da criança, inevitavelmente estamos a referir-nos a uma questão inerente e essencial no desenvolvimento infantil, a regulação emocional, que segundo muitos autores é intrínseca à própria emoção (Hoeskma, Oosterlaan, & Shipper, 2004; Blandon, Calkins, & Keane, 2010).

As fronteiras entre a emoção e regulação emocional são muito ténues, existindo mesmo alguns investigadores (Campos, Frankel, & Camras, 2004) que rejeitam a possibilidade de distinção entre estes dois constructos. Partimos do pressuposto que o conceito de regulação emocional se inscreve nesta perspetiva, podendo ser definido como o processo relacionado com as mudanças no funcionamento do indivíduo que se associam à ativação de uma emoção (Cole, Martin, & Dennis, 2004).

Segundo Supplee, Skuban, Shaw, e Prout (2009), a regulação da emoção pode ser vista como a capacidade de um indivíduo para transformar uma emoção ou de elaborar mecanismos e estratégias distintas de forma a gerir as emoções - *coping*.

À medida que as crianças vão desenvolvendo formas mais complexas de lidar com as emoções, a capacidade de regulação da emoção amadurece (Dodge, 1991; Eisenberg & Spinrad, 2004; Kopp, 1989 as cited in Supplee *et al.*, 2009). Por exemplo, uma criança pequena que ainda não é capaz de expressão as suas angústias, pode adormecer angustiada, enquanto na idade pré-escolar ela já é capaz de expressar verbalmente as suas emoções ou procurar o conforto de um cuidador, como forma de auto-regulação.

Tem sido proposto que o desenvolvimento da regulação emocional começa nos primeiros meses de vida (Kopp, 1989 as cited in Supplee *et al.*, 2009), com o desenvolvimento que ocorre mais rapidamente até aos 3 anos e na idade pré-escolar (Kochanska & Knaack, 2003; Vaughn, Kopp, & Cracóvia, 1984 as cited in Supplee *et al.*, 2009). Uma combinação de desenvolvimento neurológico (ou seja, atenção) e fatores ambientais (isto é, a interação com os cuidador) tem um grande impacto no cérebro da criança, permitindo-lhe lidar melhor com as emoções. É nesta interação entre biologia e ambiente que reside a hipótese de levar a diferenças individuais, no controlo

emocional (Posner & Rothbart, 2000; Blair, 2002; Calkins & Howse, 2004 as cited in Supplee *et al.*, 2009).

Vários investigadores têm apresentado diferentes perspectivas acerca da definição de regulação de emoção, não sendo estas, muito sólidas (Cole *et al.*, 2004 as cited in Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010). Algumas definem a regulação emocional de acordo com fatores intra e extra orgânicos (pais quando ajudam as crianças a regular as suas emoções), através dos quais a “excitação”/ativação (“*arousal*”) emocional é modulada, controlada, direcionada e até modificada de forma a permitir a adaptação do indivíduo a novas situações (Cicchetti, Ganiban, & Barrett, 1991; Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010), ou seja, é a própria emoção que está a ser alvo de mudança. Outros apresentam processos (cognitivos, comportamentais, relacionais) que são utilizados para gerir/regular as emoções (Eisenberg *et al.* 2007, p. 288; Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010).

Ainda não existe consenso sobre se o mesmo termo deve incluir processos extrínsecos, bem como processos intrínsecos (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010). Os investigadores também parecem discordar relativamente ao considerarem a regulação da emoção como adaptativa. Alguns defendem esta hipótese (Kopp & Neufeld, 2003), outros nem sequer fazem esta suposição (Gross & Thompson, 2007; Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010).

Eisenberg, Spinrad e Eggum (2010) argumentaram que, ambos os fatores, extrínsecos e intrínsecos estão, sem dúvida, envolvidos na regulação da emoção. Estes são indispensáveis para diferenciar a regulação que vem de fora do próprio, *self* (por exemplo, o pai/mãe) e autorregulação que envolve processos intrínsecos, que inclui a seleção da situação, a modificação da situação, a implantação da atenção, mudança cognitiva e modulação da resposta - autorregulação.

2.2.2. O papel da socialização na capacidade autorregulação da criança

A autorregulação é amplamente reconhecida como a base crítica das habilidades sócio – emocionais da criança para agir pró-socialmente com pares e adultos, participar de forma mais produtiva em atividades de aprendizagem e adaptar-se com sucesso a novas situações ou situações desafiadoras (Supplee, Skuban, Trentacosta, & Stoltz, 2011).

Diversas investigações revelam que a competência emocional é claramente importante para que as crianças consigam desenvolver as competências sociais (Denham *et al.*, 2003; Saarni, 1999 as cited in Bandon, Calkins, & Keane, 2010). As competências sociais refletem a capacidade das crianças para serem mais eficazes nas suas interações sociais, de forma a atingir os seus objetivos (Bandon, Calkins, & Keane, 2010 as cited in Bandon, Calkins, & Keane, 2010). Isto inclui, a capacidade de utilizar estratégias emocionais e comportamentais, de forma a exercer e manter com êxito as interações sociais ao longo do tempo (Odom, McConnell, & Brown, 2008 as cited in Bandon, Calkins, & Keane, 2010).

As primeiras interações sociais com os cuidadores são particularmente importantes para a aprendizagem de comportamentos sociais. É a partir desta referência precoce que as crianças, mais tarde, estão aptas para os relacionamentos sociais com os seus pares (Thompson & Meyer, 2007 as cited in Bandon, Calkins, & Keane, 2010). É durante esta importantíssima relação com o cuidador, que as crianças vão aprendendo habilidades e estratégias para lidar de forma construtiva com os seus estados emocionais. Desta forma as crianças vão lidar cada vez melhor com diferentes exigências do seu dia-a-dia (Calkins & Hill, 2007 as cited in Bandon, Calkins, & Keane, 2010). Mães que são sensíveis e recetivas podem ajudar as crianças que tem dificuldade em autocontrolar-se a desenvolver estratégias de regulação que promovam comportamentos socialmente adequados. As mães sensíveis/responsivas são por exemplo, as mães que apoiam e adotam estratégias de distração ou de acalmar o seu filho quando este está perante ambientes geradores de desconforto (Thompson & Meyer, 2007). Pelo contrário, as mães que são demasiado intrusivas ou controladoras podem exacerbar pobres competências reguladoras nos seus filhos, aumentam as exigências das situações, dificultam a gestão emocional e comportamental dos seus

filhos e ainda aumentam a negatividade da situação (Gilliom, Shaw, Beck, Schonberg, & Lukon, 2002 as cited in Blandon, Calkins, & Keane, 2010).

As estratégias parentais que as mães utilizam também têm implicações importantes ao nível do comportamento da criança durante as interações sociais com os pares. A título de exemplo, mães pouco responsivas tem sido associados a filhos com uma menor aceitação dos pares durante os primeiros anos escolares (Petit, Clawson, Dodge, & Bates, 1996 as cited in Blandon, Calkins, & Keane, 2010). Pelo contrário, quando as mães são afetuosas e responsivas as crianças têm mais probabilidades em desenvolver comportamentos pró-sociais na escola, sendo menos agressivas, apresentando uma expressividade emocional apropriada e melhores habilidades de regulação da emoção (Davidov & Grusec, 2006; Isley, O'Neil, Clatfelter, & Parke, 1999; Spinrad *et al.*, 2007 as cited in Blandon, Calkins, & Keane, 2010).

Outro facto que tem sido investigado como influência importante no desenvolvimento de competências socio emocionais e compreensão de outras crianças, são as interações com crianças mais velhas (Dunn, 2002). Nichols, Svetlova e Brownell (2010) nas suas investigações analisaram a compreensão de crianças pequenas e a capacidade de resposta às emoções positivas e negativas dos pares e como é que estas crianças utilizavam um par mais velho para regular o seu jogo com novos brinquedos. Os resultados mostram que as crianças alteram o seu jogo com brinquedos em função da emoção do par. No entanto, as respostas às mensagens emocionais do par, sobre os brinquedos, mudam ao longo do segundo ano de vida.

Independentemente da emoção ser positiva ou negativa, aos 12 meses, a emoção dos pares sobre um brinquedo tende a suprimir o jogo seguinte. Aos 18 meses de idade parece ocorrer uma transição, com as emoções a produzirem apenas pequenas alterações, não significativas durante o jogo com o brinquedo. Por sua vez, aos 24 meses, as emoções negativas dos pares ativam o jogo com brinquedos.

Independentemente da idade, crianças com irmãos diferem nas respostas às emoções quando comparadas com crianças sem irmãos, especialmente quando os pares exibem emoções negativas. Esta investigação foi pioneira no estudo da capacidade de crianças na primeira infância usarem as emoções para gerir o seu comportamento em relação ao mundo exterior, isto é, na relação com os pares. Curiosamente, os resultados sugerem

que as crianças não usam os seus pares de referência social, da mesma maneira que eles fazem com os adultos (Nichols, Svetlova, & Brownell, 2010).

Face ao exposto, conclui-se que ao longo do ciclo da vida, as relações servem, quer como "*inputs*", quer como "*outputs*" para a regulação das emoções; isto é, ao mesmo tempo que as relações servem como um contexto para o desenvolvimento da regulação das emoções, também a regulação das emoções é a componente básica para relações socialmente competentes (Bell & Calkins, 2000).

2.2.3. A autorregulação ao longo do desenvolvimento

Alterações na regulação e controlo do esforço são evidentes nos primeiros anos de vida. Kopp e Neufeld (2003 as cited in Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010) sugerem uma alteração ao longo do tempo, do exterior para fontes internas de controlo. As crianças vão progredindo de uma modulação simples de excitação/ativação (arousal) para um controlo comportamental em que as mesmas são capazes de regular o seu comportamento, sem necessitar de um agente externo que auxilie neste mesmo processo de regulação (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010). Desta forma, os bebés ao nascerem dependem quase exclusivamente de agentes externos (cuidadores) para regular as suas emoções e, gradualmente, ao longo dos primeiros anos de vida, vão aprender a acalmar-se (isto é, autorregulação). Além disso, Kopp e Neufeld (2003 as cited in Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010) referem que estas mudanças ocorrem concomitantemente com a maturação motora e cognitiva.

A autorregulação refere-se a processos que servem para modular a reatividade, especialmente os processos de atenção e controlo dos níveis de esforço. Uma das mais importantes dimensões gerais de temperamento é o controlo do esforço, definida como a capacidade para regular o comportamento e a atenção voluntariamente, como visto na inibição de uma resposta dominante e ativação de uma resposta subdominante (Rothbart & Rueda, 2005 as cited in Rothbart *et al.*, 2011).

As crianças utilizam diferentes estratégias desde muito cedo para se regular e desta forma reduzir o *stress*. Comportamentos auto-calmanes, como por exemplo o chuchar no dedo têm sido associados à redução de negatividade perante eventos frustrantes entre

os 5 e os 10 meses de idade (Stifter & Braungart 1995 as cited in Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010). A capacidade de desviar o olhar de um estímulo também parece constituir uma função reguladora importante em crianças pequenas, assim como a estratégia similar, reorientar a atenção (Grolnick *et al.*, 1996 as cited in Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010).

Efetivamente, uma das principais tarefas ainda durante o primeiro ano de vida, diz respeito ao início da modulação das experiências emocionais (Izard, *et al.*, 2002). É neste período que a criança, através da exposição às expressões emocionais dos outros, começa a aprender as relações existentes entre emoções e comportamento e a ser capaz de se envolver em interações diádicas sincronizadas (Izard *et al.*, 2002). A maior coordenação nas interações com os adultos prestadores de cuidados contribui para o desenvolvimento da capacidade do bebê se autorregular e acalmar (Abe & Izard, 1999; Saarni, 1999). Ao mesmo tempo, a emergência das emoções positivas vai contribuindo fortemente para um saudável desenvolvimento físico e mental da criança. À medida que as semanas e os meses vão passando, vai emergindo uma maior acuidade na discriminação e reconhecimento de expressões faciais que, justamente com uma maior precisão nos comportamentos expressivos, cada vez mais bem emparelhados com circunstâncias específicas, facilita a comunicação pais-filhos e aproxima-os (Saarni, 1999).

Entre os 12 meses e os 36 meses de idade, as habilidades de autorregulação são ainda rudimentares, mas desenvolvem-se muito rapidamente nesta mesma fase. No primeiro semestre do segundo ano as crianças começam a ganhar consciência dos requisitos e expectativas sociais e podem iniciar e encerrar as ações para cumprir essas expectativas e alcançar os objetivos sociais e físicos. No terceiro ano de vida, as habilidades representacionais das crianças crescem de forma a sustentar a sua capacidade de exercer controle sobre as suas próprias ações em resposta a representações internas, tais como regras, ao invés de apenas conseguirem exercer controle nas reações às proibições imediatas de um pai, por exemplo (Kopp, 1982 as cited in Supplee *et al.*, 2011). Uma fonte de variação no início da autorregulação é o sexo. Raikes e seus colegas descobriram que as meninas apresentam maiores competências de autorregulação ao longo da primeira infância entre os 14 e 36 meses de idade (Raikes, Robinson, Bradley, Raikes, & Ayoub, 2007). Outras fontes de variação na capacidade de autorregulação em crianças de tenra idade são as habilidades cognitivas, especialmente o desenvolvimento

do funcionamento executivo que, durante a primeira infância, é particularmente dependente da maturação cerebral (Bernier, Carlson, & Whipple, 2010; Stevens, Lauinger, & Neville, 2009 as cited in Supplee, *et al.*, 2011).

2.2.4. Dificuldades na regulação emocional- quais os fatores de risco para o desenvolvimento?

O conceito de emoção e conseqüentemente regulação emocional têm vindo a assumir um importante papel no campo da psicopatologia do desenvolvimento. Este fator revela-se essencial, fornecendo um enquadramento para a compreensão do papel dos processos normais de desenvolvimento, tanto os adaptativos como inadaptados, que resultam do desenvolvimento (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010).

Os investigadores que estudam estas temáticas investigaram, por exemplo, quais as condições que podem comprometer o desenvolvimento normal, os fatores de risco que podem agravar este mesmo desenvolvimento e de que forma estes aspetos são suscetíveis de resultar em trajetórias típicas ou atípicas do desenvolvimento (Cicchetti & Cohen 2006 as cited in Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010).

Tanto as ciências do desenvolvimento como a psicopatologia do desenvolvimento atestam que a regulação emocional é a capacidade básica que pode promover um desenvolvimento típico e até positivo ou resultar num desenvolvimento atípico, dependendo da sua articulação e de outros fatores como os recursos sociais e questões biológicas (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010).

São muitos os fatores que podem ser considerados de risco para o desenvolvimento de problemas ou dificuldades na regulação das emoções e com isto condicionar o desenvolvimento social e emocional saudável de crianças na primeira infância.

Estes fatores não têm necessariamente que estar associados apenas à criança. A qualidade da vinculação estabelecida entre a criança e cuidador (mãe), ou mesmo desregulação emocional parental também podem constituir fatores de risco. De acordo com Crockenberg *et al.* (2008 as cited in Leve *et al.*, 2010), o comportamento materno desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do comportamento de atenção de uma criança e da sua trajetória de externalização. Um dos fatores de risco, para a

existência de problemas de externalização num determinado momento e mais tarde, muito bem documentados durante a infância é a depressão materna (Campbell, Matestic, von Stauffenberg, Mohan, & Kirchner, 2007; Downey & Coyne, 1990 as cited in Leve *et al.*, 2010; Gravener, Rogosch, Oshri, Narayan, Cicchetti, & Toth, 2011). Existe um extenso corpo de evidências que sugerem que a depressão do cuidador interfere com a capacidade de sensibilidade deste (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 1998 as cited in Leve *et al.*, 2010). Da mesma forma, a ansiedade materna foi relacionada com problemas de comportamento em crianças, incluindo ansiedade / depressão, perturbação de déficit de atenção e perturbação de oposição e desafiante (Meadows, McLanahan, & Brooks-Gunn, 2007 as cited in Leve *et al.*, 2010).

Várias investigações têm tentado abordar as questões da vinculação associadas ao desenvolvimento social e emocional da criança na primeira infância, muitas delas referem-se mesmo aos problemas de desenvolvimento social e emocional como resultado do tipo de vinculação estabelecido (Mikulincer, & Shaver, 2012; Roskam, Stievenart, Van de Moortele, & Meunier, 2011).

A qualidade da regulação emocional conseguida pela díade e o modo como as emoções são vivenciadas nesse contexto relacional “espelham-se”, posteriormente na competência de regulação autónoma pela criança e terá implicações no seu funcionamento emocional futuro.

Pesquisas sugerem que os défices na regulação da emoção e níveis elevados de negatividade na expressão emocional estão ligados a maiores níveis de problemas comportamentais, dificuldades nas relações com os pares e ao aparecimento posterior de psicopatologia (Calkins, Gill, Johnson, & Smith, 1999; Eisenberg *et al.*, 2001; Shipman, Schneider, & Brown, 2004 as cited in Bandon, Calkins, & Keane, 2010).

Inversamente, uma maior capacidade para controlar as respostas emocionais próprias e maior expressividade emocional positiva está diretamente ligada a melhores habilidades sociais, que por sua vez, estão associados a maior qualidade nas relações com os pares (Denham *et al.*, 1990; Keane & Calkins, 2004 as cited in Bandon, Calkins, & Keane, 2010). Estes resultados expõem a ideia de que as crianças que são capazes de regular as suas respostas perante as situações são mais favoráveis a responder de forma socialmente adequada durante as interações sociais com os seus pares.

A manutenção de estados emocionais negativos continuados, associada a algumas formas de psicopatologia infantil, pode ancorar-se também nas dificuldades na regulação emocional ou no desenvolvimento de padrões atípicos de regulação (Cole, Teti, & Zahn-Waxler, 2003). Sabe-se que variáveis como o controlo inibitório e a regulação da atenção parecem moderar a relação entre vários fatores de risco e o ajustamento positivo ou problemático (Lengua, 2002).

2.3. Contextos de desenvolvimento na primeira infância

Tendo em conta uma perspectiva ecológica, o desenvolvimento humano, apenas deve ser entendido quando o ser humano é estudado no contexto dos ambientes em que se desenvolve. O desenvolvimento das capacidades humanas depende, significativamente, de contextos mais latos, sociais e institucionais (Bronfenbrenner, 2002). Este é o mote de partida para dar início a uma análise e reflexão, que considero importante, acerca dos contextos de desenvolvimento da criança, na primeira infância, nomeadamente as creches e as suas implicações no desenvolvimento infantil.

O novo modelo ecológico, ou melhor bioecológico de Bronfenbrenner tende a enfatizar as características biopsicológicas da criança em desenvolvimento, nos contextos em que está inserida. Esta abordagem ecológica (Bronfenbrenner, 1997, 1989) privilegia estudos em que o desenvolvimento é visto de forma contextualizada e em ambientes naturais, contrariando as experiências em laboratórios, visando aprender a realidade de forma abrangente, tal como é vivida e percebida pelo ser humano no contexto onde habita. Portanto, os ambientes onde a criança se desenvolve em interação face-a-face fazem parte do seu microssistema (como a casa, a creche ou a escola). É este microssistema que deve ser analisado e nunca esquecido quando se fala de desenvolvimento infantil.

Além dos ambientes, as estruturas interpessoais também são muito importantes no contexto do desenvolvimento infantil. No seu modelo original, Bronfenbrenner (1996) salienta o grande mérito das relações entre as pessoas, estabelecendo como condição mínima para a formação de díades a presença de uma relação interpessoal recíproca. A premissa básica e mais importante na formação da díade é que, se um dos membros desta díade passar por um processo de desenvolvimento, está a contribuir para a ocorrência do mesmo processo no outro. Desta forma, para o autor, "uma díade é formada sempre que duas pessoas prestam atenção às atividades uma da outra ou delas participam". As díades podem assumir três formas funcionais diferentes no que respeita ao seu potencial para fomentar o crescimento psicológico. A *díade observacional* que ocorre quando uma pessoa presta atenção à atividade do outro e este, por sua vez, reconhece o interesse demonstrado por aquilo que está a fazer. Por outro lado, a *díade de atividade conjunta*, que se refere à situação em que duas pessoas se percebem

fazendo juntas alguma coisa e a *díade primária* naquela em que, mesmo quando os dois membros não estão próximos, ainda continua a existir fenomenologicamente. Estes dois membros são objetos de fortes sentimentos um para o outro, mesmo separados, um influência o comportamento do outro.

Todas estas relações diádicas, são marcadas por uma grande reciprocidade, ou seja, o que um membro faz, influencia o outro e vice-versa. Haddad (1997) refere que "o reconhecimento dessa relação de reciprocidade proporciona uma compreensão chave nas mudanças no desenvolvimento, não apenas das crianças, mas dos agentes primários de socialização: mães, pais, avós, educadores, professores, etc.". Além disto, todas estas formas de díades podem ocorrer simultaneamente ou separadamente, no entanto, exercem sempre poderosas influências na aprendizagem e no desenvolvimento. Outro aspeto que Brofenbrenner refere como bastante importante são os *processos proximais*, processos que não são mais que a interação que ocorre de forma regular em períodos estendidos no tempo, num ambiente imediato. Assim, podemos aferir que os pais e os educadores/professores são intervenientes importantes nos processos proximais. Tão importantes que o autor considera que estes constituem "máquinas ou motores do desenvolvimento".

Posto isto, consideramos muito importante abordar os contextos e as relações diádicas que estão inerentes ao desenvolvimento. Neste caso específico interessa-nos abordar as questões ligadas à creche, enquanto contexto de desenvolvimento e no fundo o papel das educadoras, dado que estes fazem parte dos *processos proximais* das crianças em desenvolvimento.

Na década de 90, aproximadamente, verificou-se nos Estados Unidos da América (EUA) uma mudança nos cuidados prestados por familiares para cuidadores "formais" em creches ou jardins-de-infância. Em 1993, os familiares ainda cuidavam de quase metade (48%) das crianças com menos de 5 anos, cujas mães trabalhavam mas este número tem vindo a decrescer (Casper, 1996 como citado por Papalia, Wendkos, Duskin, 2001). Na realidade, a procura de creches tende a aumentar drasticamente devido à reforma da segurança social que exige que todas as mães trabalhem.

A investigação que aborda estas questões ainda é escassa, no entanto, com a mudança de paradigma também em Portugal, e com o papel ativo da mulher e restantes familiares no mercado de trabalho, a criança pequena tem de abandonar o ceio familiar cada vez

mais cedo e durante um largo período de tempo diário, frequentando a creche (Sousa, 2008). A creche, passa então, a ganhar um peso importante, enquanto contexto (microsistema) de desenvolvimento. Será que esta mudança na vida dos *nostros pequenitos* não terá influências ao nível do seu desenvolvimento social e emocional?! Apesar da restrita investigação a este nível e das muitas críticas e controversas que surgem nas investigações realizadas, pretendo refletir neste ponto esta situação...

"O elemento mais importante na qualidade da creche é a pessoa que presta cuidados à criança, a educadora. O modo como as crianças se relacionam com as figuras que lhes prestam cuidados pode influenciar fortemente o seu comportamento com pares". O educador tem um papel preponderante na prossecução da qualidade do contexto educativo, inicialmente através do estabelecimento de relações de confiança e posteriormente do desenvolvimento de um currículo adequado, bem como, da organização estrutural do ambiente da creche (Papalia, Wendkos & Duskin, 2001, p. 272).

Um dos assuntos já investigados diz respeito aos efeitos da creche na vinculação da criança pequena à mãe. Sabe-se que cuidados precoces regulares, fora de casa ou prestados por outra pessoa que não a mãe, não afetam por si só a segurança da vinculação; contudo, cuidados instáveis ou de má qualidade, quando associados aos efeitos de uma atividade parental não sensível e não responsiva, tornam mais provável a vinculação insegura (NICHD Early Child Care Research Network, 1997a como citado por Papalia, Wendkos, & Duskin, 2001).

No que respeita ao desenvolvimento social, estudos indicam que em geral, as crianças que passaram muito do seu primeiro ano de vida em creches, tendem a ser tão ou mais sociáveis, autoconfiantes, persistentes, empreendedoras e mais capazes de resolver problemas quando comparadas com crianças que permaneceram em casa. Crianças em idade pré-escolar que frequentaram a creche também tendem a sentir-se mais confortáveis face a novas situações, mais sociáveis, menos tímidas e medrosas, mais apoiantes e cooperativas e mais expressivas verbalmente (Clarke-Stewart, 1992; Clarke-Stewart, 1989 como citado por Papalia, Wendkos, & Duskin, 2001). Um estudo realizado com crianças que iniciaram a creche, em média antes dos 7 meses de idade, revelou que entre os 5 e os 8 anos, estas crianças tinham mais amigos e eram fisicamente mais afetuosas com eles, participavam em mais atividades extracurriculares

e eram mais assertivas do que as crianças, que enquanto bebês, tinham permanecido em casa (Field, 1991 como citado por Papalia, Wendkos, & Duskin, 2001). Contudo, também se verificou que as crianças que frequentavam a creche eram mais desobedientes e menos educadas com os adultos, mais autoritárias e agressivas com outras crianças, mais barulhentas, violentas e exigentes (Clarke-Stewart, 1992; Clarke-Stewart, 1989 como citado por Papalia, Wendkos, & Duskin, 2001). O que se verifica com a análise da reduzida literatura científica existente é que ainda existem muitos resultados e dados controversos acerca do efeito da frequência das creches por crianças pequenas, e por isso a necessidade de investigar mais estas questões impera.

Quando as crianças entram pela primeira vez na creche, elas são confrontadas com a separação dos pais, deparando-se com novas rotinas, pessoas desconhecidas e em geral, menor possibilidade de obter interação de um-para-um com adultos. A adaptação a todos estes novos padrões associados aos cuidados não-parentais pode ser um momento difícil e stressante para as crianças (Ahnert, Gunnar, Cordeiro, & Barthel, 2004; Griebel & Niesel, 2009 as cited in Datler, Ereky-Stevens, Hover-Reisner, & Malmberg, 2012). Esta situação é, particularmente, visível em crianças e bebês cuja regulação da emoção em grande parte, depende da disponibilidade e proximidade dos seus cuidadores primários (Fonagy, Gergely, Jurista, & Target, 2002; Robertson & Robertson, 1989; Schore, 2001; Siegel, 2001; Stern, 1985 as cited in Datler *et al.*, 2012).

As crianças pequenas associam a separação dos seus cuidadores primários (pai/mãe) e o estar com pessoas desconhecidas em ambientes desconhecidos a sentimentos de insegurança, perda e até mesmo ameaça. (Ainsworth, 1969, 1973; Ainsworth, Bleher, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1969 as cited in Datler *et al.*, 2012). De forma a estimular e facilitar as interações das crianças nas atividades da creche, a criança tem primeiramente de superar os seus sentimentos iniciais de insegurança e conseguir lidar com a separação e a ausência dos seus pais (Datler, Datler, & Hover-Reisner, 2010; Roux, 2004 as cited in Datler *et al.*, 2012). Na verdade, quando a criança entra numa nova "rede" de cuidadores, isto pode ser muito perturbador mesmo que não seja a primeira vez que ela é confrontada com a separação e a ausência dos seus pais. Particularmente, na primeira infância, as mudanças e a instabilidade dos seus cuidadores ou a existência de múltiplos cuidadores estão associadas a comportamentos menos tolerantes e menores níveis de interação, durante o jogo com os pares (Howes &

Hamilton, 1993; Howes & Stewart, 1987; Morrissey, 2009; NICHD Early Childcare Research Network, 1998 as cited in Datler *et al.*, 2012).

Investigações recentes apontam para a associação entre a entrada da criança para a creche e os níveis de cortisol produzidos pela criança em resposta ao *stress* vivenciado no momento (Vermeer & Van Ijzendoorn, 2006 as cited in Datler *et al.*, 2012). Nas primeiras 2 semanas dos cuidados na creche sem a presença da mãe, foram observados níveis superiores (entre os 75% e 100%) de cortisol nas crianças, comparativamente aos níveis apresentados em casa (Ahnert *et al.*, 2004 as cited in Datler *et al.*, 2012). Alguns estudos têm demonstrado também que quando a criança é exposta a novos tipos de cuidados, os níveis de angústia aumentam (Ahnert *et al.*, 2004; Cryer *et al.*, 2005 as cited in Datler *et al.*, 2012) e o seu comportamento apresenta-se mais inibido (Fein, Gariboldi, & Boni, 1993; Feldbaum, Christenson, & O'Neal, 1980; McGrew, 1972 as cited in Datler *et al.*, 2012).

Assim, a entrada para a creche pode deixar as crianças numa situação de risco e pode inibir a sua participação nas interações com pares e cuidadores, bem como a exploração do seu ambiente. No entanto, um dos achados mais consistentes e positivos na infância é que, quando a qualidade dos cuidados é elevada e quando os bebês e crianças pequenas têm um bom relacionamento com seus prestadores de cuidados primários (pais), a experiência de creche pode promover a aprendizagem e o desenvolvimento da sua maturidade sócio-emocional (Belsky *et al.*, 2007; Brooks-Gunn, Han, & Waldfogel, 2002; Campbell, Lamb, & Hwang, 2000; Dornes, 2006, chap. 7; Howes, Smith, & Galinsky, 1995; Laewen, 1992; NICHD Early Childcare Research Network, 2000, 2003, 2005; NICHD Early Childcare Research Network & Duncan 2003; Sylva *et al.*, 2011 as cited in Datler *et al.*, 2012). Um estudo realizado em 2005 por Crockenberg e Leerkes estudou os efeitos interativos da qualidade e tipo de cuidados não parentais em creche, e o temperamento da criança associado aos comportamentos de externalização e internalização das crianças por volta dos 30 meses. Os resultados deste estudo detetaram que longas horas de cuidados não-parentais foram associadas a níveis superiores de comportamento de externalização em crianças facilmente frustradas e maiores níveis de internalização em crianças identificadas como altamente angustiadas e muito ativas na resposta à novidade. O estudo também concluiu que as crianças que frequentavam creches de melhor qualidade apresentavam menores níveis de comportamentos

externalizados e internalizados, quando comparadas com crianças que frequentavam creches de menor qualidade.

Na realidade, a influência de outras relações afetivas e de outros espaços de interação (contextos de desenvolvimento) no desenvolvimento da regulação das emoções tem sido menos enfatizada. O interesse tem vindo a manifestar-se na relação diádica. Vários investigadores questionam algumas das propostas da teoria da vinculação e avançam com uma nova conceptualização: a teoria da rede social, em que se consideram outras relações sociais, além da relação de vinculação (Lamb, 2005).

Perante o exposto, julgo só haver uma forma de olhar para desenvolvimento social e emocional da criança, considerando o contexto em que a criança se desenvolve e as relações com os cuidadores primários (pais) e os cuidadores formais, como os educadores, de outra forma a investigação neste âmbito será demasiado redutora à luz de uma perspetiva mais ecológica.

Quando as crianças pequenas estão inseridas em grandes grupos (como em creches, por exemplo), estas podem experienciar maior interação com as restantes crianças da mesma idade, algo que é potencialmente importante para o desenvolvimento das competências sociais. Ao mesmo tempo, grupos grandes podem aumentar a probabilidade de conflitos entre crianças e reduzir a oportunidade de interação com o adulto, o que pode de ambas as formas ter implicações no desenvolvimento social e emocional (Crosby, Dowsett, Gennetian, & Huston, 2010).

2.4. Avaliação do desenvolvimento - múltiplos informadores

Apesar de cada vez mais se falar da importância de uma intervenção global centrada na criança e tendo em consideração os vários contextos onde esta se desenvolve, ainda há um caminho longo a percorrer neste sentido.

Muitos estudos (dos quais irei fazer referência mais adiante) que abordam as questões sociais e emocionais em crianças na primeira infância referem-se ao importante papel dos pais, cuidadores primários (cuidadores mais próximos à criança), pessoas que têm muita facilidade em facultar informação sobre o desenvolvimento infantil; no entanto, todos estes estudos apontam a escassez de informação por múltiplos informadores como uma limitação aos próprios estudos. A grande maioria aponta como diretriz para futuras investigações a importância de incluir informação recolhida por alguém que não o pai/mãe, como por exemplo um educador (Marceau *et al.*, 2012; Gagne, Saudino, & Asherson, 2011; Perry-Parrish, Waasdorp, & Bradshaw, 2012; Lau & Wu, 2012).

Apesar de os pais serem frequentemente as pessoas mais intimamente envolvidas e os informadores mais disponíveis para prestar informações sobre crianças muito pequenas, o ideal seria a obtenção de informação através de múltiplas fontes (como por exemplo, os pais e outros prestadores de cuidados infantis). Os problemas apresentados por algumas crianças podem estar associados ao contexto em que esta se desenvolve e portanto as perceções dos diferentes informadores podem diferir (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Briggs-Gowan, Carter, & Schwab-Stone, 1996; Offord, Boyle, & Racine, 1989 as cited in Carter *et al.*, 2003).

Ao mesmo tempo, as perceções dos pais relativamente aos problemas da criança podem conferir um risco para problemas posteriores na criança. Desta forma, a avaliação dos problemas da criança é otimizada se forem consideradas as possíveis influências do nível de desenvolvimento da criança, do contexto em que está inserida, de quem presta a informação acerca do seu desenvolvimento, centrando-se em grupos de comportamentos, em vez de comportamentos isolados. Também é importante salientar que a identificação de problemas sociais, emocionais e comportamentais na criança nem minimiza a contribuição do ambiente familiar para o desenvolvimento e continuidade dos problemas no início, nem nega a necessidade de intervenções precoces. De facto, as autoras (Carter *et al.*, 2003) referem estudos que avaliam o desenvolvimento da criança

e o seu ambiente familiar (Shaw *et al.*, 1994) revelando que cada aspeto, singularmente, contribui para a previsão dos problemas mais tarde.

A estratégia que as autoras adotaram no seu próprio estudo foi a de se focalizar na criança, baseando-se na suposição de que os pais vão fornecer informações mais confiáveis sobre os comportamentos dos seus filhos pequenos, podendo estar implícita informação sobre perturbações diádicas/triádica, ou sobre os seus próprios comportamentos parentais inadequados (Carter *et al.*, 2003).

Outro estudo (Mongillo, Briggs-Gowan, Ford, & Carter, 2009) que utilizou o ITSEA-versão para pais, como instrumento de avaliação teve como objetivo analisar se a exposição da criança a situações traumáticas estaria relacionada com problemas sócio-emocionais e comportamentais da criança. Este estudo apresenta como uma grande limitação o facto de a informação ter sido fornecida por um único informante, colocando em evidência a possibilidade das crianças poderem ter expressado sintomas adicionais que não foram observados com facilidade pelos pais ou que os pais não tenham associado à exposição destas às situações traumáticas. Nesta amostra, os pais pareciam mais sensíveis às mudanças ligadas à externalização, desregulação, domínios atípicos e não adaptados, áreas do funcionamento, aspetos que podem ser simplesmente mais visível exteriormente e/ou prejudiciais para os pais. Embora os dados sugiram que as crianças expostas a situações potencialmente traumáticas experienciam maiores níveis de sintomas internalizados do que os seus pares (que não estão expostos a estas situações) os pais parecem não estar a atribuir sintomas de internalização à exposição a situações traumáticas. O estudo acrescenta ainda que examinar a contribuição da angústia dos pais, história traumática e possíveis problemas psicopatológicos, assim como os relatos da perceção dos educadores sobre os sintomas da criança seria uma área importante a investir em futuras investigações.

Velderman, Crone, Wiefferink e Reijneveld (2009) realizaram um estudo cujo objetivo foi avaliar os níveis de prevenção relativamente à atuação dos profissionais de intervenção precoce, no que diz respeito a: identificar e agir sobre os problemas psicossociais entre crianças e jovens na população geral e determinar a concordância com os relatos dos pais sobre os problemas comportamentais e emocionais. O ITSEA (versão para pais) foi o instrumento de avaliação utilizado para recolher as informações pretendidas da amostra. Estes investigadores revelam igualmente que uma das

limitações do seu estudo é o facto de terem utilizado o ITSEA (versão para pais) unicamente, e que a identificação de problemas pelos técnicos também foi baseada na observação da criança e nas informações facultadas por colegas, observando a mesma criança. Eles referem ainda que a identificação de problemas psicossociais pelos técnicos poderá ter sido influenciada pelas respostas dadas pelos pais, no ITSEA. Ou seja, os pais poderiam ter levantado preocupações excessivas e isso provocar impacto sobre a identificação de problemas pelos técnicos. Este facto leva-os novamente a refletir na importância de existirem várias fontes de informação sobre o desenvolvimento e comportamentos da criança. Será que se consegue uma avaliação rigorosa e precisa quando se tem em consideração apenas uma fonte de informação e se avalia num só contexto?!

Um estudo (Treyvaud *et al.*, 2009) que pretendeu analisar a saúde mental dos pais de crianças que nasceram prematuras e analisar as relações entre a saúde mental dos pais e o desenvolvimento sócio-emocional de bebés prematuros e de termo, expõe que é um desafio obter diretamente medidas válidas e confiáveis de dificuldades sócio-emocionais das crianças. Segundo este mesmo estudo, o facto de muitas crianças não estarem incluídas numa creche, com cuidadores formais fora de casa faz com que a obtenção de relatórios / informações externas sobre o desenvolvimento sócio-emocional, do ponto de vista de outros prestadores de cuidados, seja tarefa difícil. Frequentemente são utilizadas avaliações em que a informação é relatada pelos pais/mãe, o que põe em evidência o potencial da saúde mental da própria mãe podendo influenciar a sua perceção relativamente ao comportamento da criança (por exemplo, Breslau, Davis, & Prabucki, 1988 como citado por Treyvaud, 2009). Embora existam algumas evidências a partir de um estudo de Chilcoat e Breslau (1997 as cited in Treyvaud, 2009) de que as mães com uma história de depressão e ansiedade foram mais suscetíveis a relatar maiores níveis de externalização nos seus filhos, as suas perceções sobre as dificuldades de internalização foram mais precisas, o que sugere que problemas de saúde mental não põem em causa, necessariamente, a validade das perceções parentais no desenvolvimento da criança.

Ao contrário do que nos indica o estudo anterior, relativamente à dificuldade em encontrar crianças em creche (estudo desenvolvido em 2009 na Austrália), nestes últimos anos temos vindo a observar um acréscimo do número de creches em Portugal. As crianças desde muito cedo passam muitas horas nas creches, ao cargo de cuidadores

formais (educadores) e por isso torna-se cada vez mais importante, a quando de uma avaliação perceber a criança não só na perspectiva dos pais, como na perspectiva de outros cuidadores, neste caso as educadoras que passam bastante tempo com as crianças pequenas.

Investigações mais recentes (Buss, 2011) também na área do desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas denotam uma maior preocupação pelos diferentes contextos. Este estudo, já coloca em evidência a importância dos múltiplos contextos de desenvolvimento e a possível influência dos contextos, nos índices de ansiedade e regulação do medo. Esta investigação foi realizada tendo em consideração uma variedade de contextos, como o familiar e o escolar (jardim de infância), recorrendo por isso a várias fontes de informação: pais e professores destas crianças.

Visser, Smeekens, Rommelse, Verkes, Van Der Gaag e Buitelaar (2010) no seu estudo pretenderam explorar a utilidade do instrumento de avaliação ITSEA, dirigido aos pais e que cobre uma vasta gama de problemas sociais e emocionais e competências comportamentais. Os participantes foram crianças dos 12 aos 36 meses de idade e que terão sido referenciadas para uma avaliação psiquiátrica infantil. Participaram crianças com problemas de externalização e internalização dentro do espectro do autismo.

A validade do ITSEA foi testada em comparação com dois questionários, respondidos pela mãe para excluir todas as diferenças no tipo de informação como possível causa de discrepâncias entre os instrumentos, e em relação aos diagnósticos clínicos após análise multidisciplinar. No entanto, e mais uma vez, os autores mencionam que seria interessante, em futuras pesquisas investigar a convergência dos escores ITSEA após a administração a vários informadores, como pais e educadores.

Sabol e Pianta (2012), numa das suas investigações referem-se aos trabalhos preliminares de Koepke e Harkins (2008) e Mantzicopoulos e Neuharth-Pritchett (2003) nesta área, demonstrando o potencial das perspectivas múltiplas. Por exemplo, na infância, pode ser útil avaliar a percepção dos professores, bem como observar as relações entre díades. No entanto, reforça a ideia de que são necessárias mais investigações nesta área de forma a confirmar a robustez dos resultados através de informadores múltiplos e clarificar os resultados do comportamento e desenvolvimento sócio emocional obtido através da informação de diferentes informadores.

Além disto, estes mesmos investigadores da área da educação apontam para a necessidade de expansão para além do paradigma diádico e propõem intervir em vários níveis, dentro do sistema de desenvolvimento, incluindo a comunidade, sala de aula, família e contextos individuais (Sabol & Pianta, 2012).

Também outros investigadores (Guralnick, 2010) lembram que relativamente ao desenvolvimento social de crianças pequenas, os modelos contemporâneos sugerem que os melhores resultados serão obtidos através da utilização de uma abordagem abrangente. Para conseguirmos analisar as relações com os pares, deve investir-se em vários contextos, incluindo escolas, casas (por exemplo, brincar/jogar, ...) e comunidades (por exemplo, parques infantis, creches). Cada um destes contextos oferece uma oportunidade única para a intervenção e avaliação. Além disso, colegas, pais, professores, e outros podem ter importantes, às vezes independentes, percepções sobre a competência da criança com outras crianças. No entanto, inevitavelmente, cada uma destas percepções irá influenciar os processos de desenvolvimento da criança. Assim sendo, no mínimo, os esforços de avaliação e de intervenção devem envolver os educadores/prestadores de cuidados das crianças, bem como os pais. Para ter dados seguros, adaptações nos instrumentos de avaliação serão necessários para os diferentes contextos, desta forma, as intervenções irão certamente assumir formas diferentes, correspondentemente.

Um estudo recente (Perry-Parrish, Waasdorp, & Bradshaw, 2012), que aborda questões ligadas à nomeação de expressões emocionais entre pares, recolhe informação de pais e educadores e refere que as nomeações de emoções entre pares são significativamente associadas aos relatos de professores, ao contrário do que acontece quando comparando com os relatos dos pais. Os investigadores neste estudo, reforçam ainda, que apesar de terem em consideração várias fontes de informação, que pesquisas futuras poderiam explorar ainda mais estas mesmas questões, recolhendo ainda mais informação tendo em conta outros contextos.

Mais investigações nesta área (Supplee *et al.*, 2011; Mian, Godoy, Briggs-Gowan, & Carter, 2012) vêm confirmar as sugestões apresentadas anteriormente. Investigações futuras devem incluir vários métodos (por exemplo, observações, entrevistas e vinhetas de toda a história do informante pai/mãe), incluindo avaliação do comportamento da criança fora do “gabinete” para aumentar a generalização dos resultados.

Concluindo, na perspectiva de Bronfenbrenner (1997) qualquer investigação, cujo objeto de pesquisa se insere numa rede psicossocial, como é o caso das crianças pequenas que frequentam a creche, deve ser analisada muito rigorosamente. Neste caso, partindo do princípio que a creche e os cuidados não parentais fazem parte de uma rede social onde a criança se está a desenvolver, então, não se pode deixar de observar o seu ambiente natural.

A validade ecológica das investigações científicas sobre o desenvolvimento humano, deve ser questionada sempre que se verificarem discrepâncias entre a percepção que vários sujeitos podem ter da mesma situação. O investigador deve tentar compreender o significado psicológico ou a percepção que os participantes no estudo têm em relação a uma determinada situação ou aquele contexto em particular.

2.5. O papel da psicomotricidade na atualidade e a necessidade de investir em várias áreas do conhecimento

A psicomotricidade é o significado da atividade psíquica enraizada no movimento, e o movimento em si, baseia-se nos elementos básicos que são as modelações tónicas em interação com o ambiente humano, uma fonte de várias sensações e posteriores emoções (Potel, 2010).

A psicomotricidade deve ser entendida com base na psicopatologia e psicodinâmica, para além da habitual perspetiva neuromotora.

Segundo Joly (2011) as etapas do desenvolvimento motor e psicomotor estão bastante presentes no conhecimento atual dos especialistas da primeira infância. Inclusive, a psicologia do desenvolvimento apresenta um conjunto de testes, avaliações, fichas de observações, entre outros, sobre o desenvolvimento psicomotor. Além disto, a psicologia do desenvolvimento define e evidencia um conjunto de etapas e períodos críticos do desenvolvimento psicomotor da criança. Esta define tipos de *leis de desenvolvimento* (céfalo-caudal e próximo distal), vetores essenciais em torno dos quais o desenvolvimento psicomotor se desenvolve e estrutura (maturação neurológica), e finalmente, identifica os "operadores" e organizadores que promovem o desenvolvimento (aprendizagem e as diversas experiências de estimulação precoce) (Joly, 2011). Denota-se uma crescente preocupação e interesse por parte dos investigadores na relação dual entre corpo e mente, mas a abordagem tem sido feita, sempre a partir de uma perspetiva neuromotora. Ora vejamos o que nos diz a investigação científica:

A pobre coordenação motora tem sido reconhecida como um fator que contribui para o funcionamento social e emocional adverso em crianças em idade escolar. Crianças com dificuldades motoras são mais introvertidas e ansiosas e vêm-se fisicamente e socialmente menos competentes do que os seus pares (Cummins, Piek, & Dyck, 2005).

Um estudo sobre os problemas de coordenação motora e problemas sociais e emocionais (Cummins, Piek, & Dyck, 2005) investigou se crianças em idade escolar com habilidades motoras pobres têm habilidades de reconhecimento emocional igualmente pobres e se este facto pode estar ligado a problemas no comportamento social. Foi igualmente, colocada a hipótese de que as dificuldades na capacidade

empática podem estar relacionadas com a baixa capacidade de processamento visuo – espacial, em crianças com perturbação da coordenação motora (como definido pela APA, 2002). Os resultados desta investigação mostram que crianças com dificuldades motoras evidenciam um desempenho mais baixo na capacidade de reconhecer e alterar expressões faciais em função da emoção. Esta diferença manteve-se mesmo quando o processamento visuo-espacial foi controlado. Ao controlar o reconhecimento emocional e organização visuo-espacial, as habilidades motoras da criança permanecem como um significativo preditor do comportamento social.

Investigações mais recentes (Piek, Bradbury, Greer, Elsley, & Tate, 2008a; Piek, Dawson, Smith, & Gasson, 2008b; Piek, Barrett, Smith, Rigoli, & Gasson, 2010) continuam a averiguar relações nestas áreas. Um dos estudos (Piek *et al.*, 2008a) pretendeu investigar a relação entre a coordenação motora, o reconhecimento emocional e comportamentos de internalização em crianças em idade pré-escolar, partindo do princípio que as crianças em idade escolar com problemas no movimento, tais como perturbação da coordenação motora, evidenciam posteriormente problemas emocionais. Neste estudo, não foi possível estabelecer uma relação direta entre as dificuldades de coordenação motora e os défices no reconhecimento de emoções faciais, ao contrário do que seria esperado. Contudo, as habilidades motoras foram positivamente relacionadas com a compreensão da emoção na criança. A correlação entre a capacidade motora esperada e a ansiedade/depressão foi significativa. Os resultados do estudo apontam para a necessidade de mais investigação sobre a relação entre as habilidades motoras e o desenvolvimento sócio - emocional em idade pré-escolar.

Outro estudo (Piek *et al.*, 2010) identificou uma relação entre problemas sociais e emocionais e problemas motores em crianças em idades pré-escolar e idade escolar. O objetivo desta investigação foi determinar como é que as habilidades motoras na infância se relacionam com os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva em idades entre os 6 e os 12 anos. Parece que o desenvolvimento das habilidades motoras globais (dos 4 meses aos 4 anos) prediz o nível de ansiedade/sintomatologia depressiva na idade escolar. Estas descobertas podem ajudar na identificação precoce de crianças em risco de perturbações de ansiedade e depressão na idade escolar. Se as crianças (4 meses-4 anos) apresentam problemas no seu desenvolvimento motor global, estas estão mais dispostas a problemas de ansiedade, na idade escolar. Este facto encaixa-se com descobertas anteriores de que os marcos locomotores são preditivos de desenvolvimento

posterior (Biringen, Emde, Campos, & Appelbaun, 1995; Piek *et al.*, 2008b as cited in Piek *et al.*, 2010) e, em particular, o desenvolvimento de problemas de ansiedade (Sigurdsson *et al.*, 2002 as cited in Piek *et al.*, 2010).

Os resultados deste estudo são suportados por outros investigadores (Campos, Anderson, Barbu-Roth, Hubbard, Hertenstein, & Witherington, 2000) que argumentaram que as experiências locomotoras precoces são um agente essencial para o desenvolvimento e não deve ser negligenciada quando as intervenções apropriadas são consideradas. Ele também fornece uma importante contribuição em termos de identificação precoce de problemas emocionais em crianças. Shaffer *et al.* (1985 as cited in Campos *et al.*, 2000) descobriu que crianças com problemas neurológicos leves e evidências de problemas de ansiedade têm um risco maior de perturbações de ansiedade na adolescência. Assim, é imperativo que medidas preventivas sejam tomadas para garantir que as crianças com problemas a nível motor não desenvolvam ansiedade e perturbações depressivas em idades precoces e posteriormente (Campos *et al.*, 2000).

Face ao exposto, constata-se o crescente interesse por diferentes áreas (motora, emocional/psicológica), no que concerne à compreensão do indivíduo, no entanto, o indivíduo ainda é entendido como uma unidade fragmentada, o copo (neurológico) por um lado e as emoções/toda a dimensão psicológica por outro, que se podem interligar e cruzar. Mas é aqui que as atuais abordagens da psicomotricidade pretendem ir mais além.

Joly (2011) refere-se à perspetiva neuro-desenvolvimental como uma "tautologia enganosa e inútil". Segundo este autor, falar de desenvolvimento é obviamente falar na dimensão neurológica, no entanto, falar de desenvolvimento neurológico e centrá-lo de forma militante no cerne dos problemas neurológicos é reduzir questões complexas e importantes de tantos outros fatores que estão envolvidos no desenvolvimento da criança. Parece que a única dimensão séria e científica é a neurológica contra o modelo fenomenológico complexo do ser humano na sua qualidade psíquica específica.

A mudança deste paradigma é essencial para a psicomotricidade!

O desenvolvimento neurológico e/ou neuromotor pode ser válido e muito importante, aumentando a visão de algumas questões mais instrumentais, de razões neurológicas ou

genético-bio-fisiológicas. Contudo, para isso não é necessário ignorar o psicomotor, psicológico, emocional e relacional (Joly, 2011).

Joly (2011) refere que quando olhamos para as tendências atuais da psicopatologia do desenvolvimento e incidimos nas teorias de desenvolvimento implícitas nas diferentes formas de pensar as psicopatologias (tomando como exemplo o paradigmático espectro do autismo e as perturbações pervasivas do desenvolvimento), deparamo-nos com o mesmo reducionismo. A própria ideia de desenvolvimento centra-se apenas no desenvolvimento neurológico com consequências diretas na gênese das patologias. Este é definitivamente o conceito de desenvolvimento que predomina parecendo por vezes quase forçada a uma leitura quase genética dos problemas e patologias do desenvolvimento.

Pensar num determinado assunto sob um ponto de vista psicomotor deve encarar o ser humano como um todo, o seu sofrimento, os riscos funcionais e instrumentais. Esta complexidade epistémica está na base da verdadeira psicomotricidade, sendo destacado por Ajuriaguerra, impondo a absoluta necessidade de uma visão multidimensional e integrada a qualquer perspetiva psicopatológica (Joly, 2011). Lapierre, nas suas obras, afirma mesmo que a prática psicomotora visa reestruturar a história corporal-afetiva do sujeito, concebendo o ser humano em todas as dimensões – afetiva, emocional, motora e cognitiva. Lapierre recebe influências não só da Psicanálise, onde vai absorver muitos dos seus conceitos, como também da neurofisiologia, o que lhe permitiu compreender os comportamentos observados nas experiências vividas nas atividades psicomotoras e também da teoria walloniana, principalmente no que respeita ao “diálogo tónico” (Lapierre, 1986).

Segundo Joly (2011), nenhuma perspetiva de desenvolvimento é suficiente para compreender a complexidade e especificidades de todo o desenvolvimento psicomotor. Porque como Marguerite Auzias (colaboradora próxima de J. Ajuriaguerra, prefácio em Vaivre-Douret, 2004 como citado por Joly, 2011, p.229), disse:

"traiter du développement moteur du jeune enfant implique une triple démarche : considérer la base psychomotrice essentielle de l'être humain, étudier les formes primitives de celle-ci dès après la naissance et être attentif à ses aspects évolutifs ... guidés par deux préoccupations principales la maturation et les phénomènes relationnels"

Ao observar/avaliar a criança sob ponto de vista psicomotor não é necessário entender o desenvolvimento motor ou neuromotor mas sim o desenvolvimento psicomotor como um todo e para isso será necessário incluir: a) todos os instrumentos atuais de medidas neuropsicológicas; b) a apreensão subjetiva e envolvendo sempre o observador para uma compreensão profunda relacional e intersubjetiva do caso, valorizando a dimensão tónica e do corpo como registo psicoafectivo e c) gestão preventiva e terapêutica das perturbações do desenvolvimento psicomotor, tendo a iniciativa de compreensão complexa do que é o desenvolvimento e o exercício de reabilitar das funções a ser descrito como terapia relacional (Joly, 2011).

Em Portugal, João dos Santos teve uma enorme importância com o contributo que deu à psicomotricidade e à importância depositada no cariz Relacional desta terapia. Também ele defende o princípio de que o homem é constituído por soma e psique, ou corpo e espírito. E neste caso, qualquer alteração do funcionamento físico modifica a atitude da pessoa (EU) agindo de forma reflexa sobre o funcionamento neuromotor. Pelo contrário, os conflitos intrapsíquicos, sobretudo no plano do consciente-inconsciente que não puderam ser mentalizados ou pela força do próprio conflito ou pela imaturidade das estruturas nervosas, exteriorizam-se através do corpo e da sua expressão psicomotórica, de forma bastante desarticulada ou mesmo incontrolável. E isto verifica-se quanto mais as estruturas neuropsíquicas estiverem insuficientemente desenvolvidas. Isto significa que a vida psíquica se reflete no comportamento, tal como as modificações físicas se refletem na vida psíquica/emocional. Nesta interdependência recíproca é ponto de ligação, o corpo, por nele se inscrever, com visibilidade, a vida psíquica, inscrição que se chama, em linguagem psicológica, psicomotricidade (João dos Santos como citado por Branco, 2010).

A psicomotricidade é a expressão corporal do funcionamento psíquico. É o que, no comportamento humano, diz respeito à expressão corporal das emoções, afetos, sentimentos, fantasias e pensamentos (João dos Santos como citado por Branco, 2010).

Sabe-se que a evolução psicomotora da criança se faz, primeiro, através de todos os movimentos coordenados pela relação tónica e emocional com a mãe e, depois, pelas relações progressivamente mais complexas com a restante família, o ambiente e o grupo, urge sublinhar a importância que a educação primeva tem no desenvolvimento neurológico, isto é, no desenvolvimento regular dos neurónios e no seu acabamento

morfológico, que é a base do desenvolvimento psicomotor e da expressão motórica equilibrada (João dos Santos como citado por Branco, 2010).

Seguindo um pensamento Walloniano, dir-se-á que a criança aprende a parar o corpo, a suspender o movimento (movimento cristalizado), para, interiorizando esse movimento, compreender o que a rodeia. Numa visão mais psicanalítica, dir-se-á que a criança reprime o movimento para poder *mentalizar* e *registar* pela palavra ou pelo desenho, e em vez de agir (*acting out*). Apoiando-se nestas ideias, João dos Santos, propõe que a motricidade reprimida favorece o sonho, a fantasia e o simbolismo, que são aspetos fundamentais para a formação do equilíbrio emocional e afetivo e para o funcionamento mental (João dos Santos como citado por Branco, 2010).

"Exprimir no comportamento a vida psíquica, emocional, afetiva e mental não é ser somente capaz de movimentar coordenadamente os músculos e os membros, de falar sem "tropeçar nas palavras" (gaguez), de olhar sem "trocar" os olhos (estrabismo) ... é muito mais do que isso: é saber estar e comportar-se na vida, é sobretudo ser e querer aperfeiçoar-se como pessoa utilizando as capacidades do corpo, são ou deficiente para expressão com ele e através dele, o enriquecimento evolutivo interior" (João dos Santos como citado por Branco, 2010, p. 279).

Em psicomotricidade é de extrema importância a adoção da atitude relacional, não só quando se trata de reeducar, reabilitar e integrar a deficiência física, sensorial e mental, mas também quando se trata de acudir a perturbações psíquicas, agudas ou não, reativas a um ambiente familiar e/ou social desfavorável ou até agressivo. Este conflito reativo que nos apresenta João dos Santos, diz respeito ao resultado de um conflito exterior entre o indivíduo e o ambiente, um conflito de imagens interiorizadas. Situações reativas em idades precoces correspondem à *perturbação da relação binária mãe-filho*. (João dos Santos como citado por Branco, 2010).

Muitas vezes é a partir das situações reativas que surgem as perturbações emocionais. Estas perturbações por serem excessivas dificultam ou até impossibilitam a sua mentalização ou transformação em vida interior, quer por insuficiência das estruturas neurológicas, quer pela existência de falhas precoces e o único escape da criança consiste em descarregar sobre os órgãos e expressão motora do seu corpo a tensão e sofrimento que é incapaz de elaborar mentalmente. A sua motricidade é então atingida

por vivências inconscientes que se manifestam sob a forma de interferências motoras parasitas incompreensíveis, desvios de gestos significativos ou expressões mímicas e pantomima, que João dos Santos designa como *Síndomas psicomotores do desenvolvimento*, em que os problemas emocionais se exprimem através de um comportamento motor.

Durante anos e anos de observações e prática clínica, João dos Santos, constatou que crianças que acompanhou na *Casa da Praia*, em idade escolar (6 aos 8 anos), apesar de serem crianças normais e inteligentes, apresentavam um núcleo depressivo, um estado de tristeza que as bloqueava e fazia passar ao ato como defesa para não mentalizarem o sofrimento que as afligia, o que as impedia de funcionarem bem a nível emocional, afetivo e mental. O resultado seria não conseguir alcançar o que mais lhes dava prazer, isto é, satisfazerem a sua curiosidade e aprenderem com segurança e sucesso, deslocando as suas angústias, medos e conflitos para o corpo.

João dos Santos aborda sempre a temática da psicomotricidade num registo relacional, orientado para o investimento afetivo do objeto, porque só este registo torna possível ao ser humano traduzir no corpo, quaisquer que sejam os problemas que o afetem (João dos Santos como citado por Branco, 2010).

Desta forma, compreende-se que a psicomotricidade é definida, por João dos Santos, como a vida psíquica expressa em comportamento. Ao detetar precocemente problemas emocionais podemos estar a prevenir graves problemáticas psicomotoras (João dos Santos como citado por Branco, 2010).

Em Portugal, a psicomotricidade começa a tentar olhar para a criança, interessando-se cada vez mais por diferentes áreas, como a psicologia e a psicanálise, e em perceber a criança como um todo. No entanto, como podemos observar, o indivíduo ainda é muitas vezes entendido como uma unidade fragmentada, o copo, o neurológico por um lado e as emoções/toda a dimensão psicológica por outro e por isso há ainda um longo caminho a percorrer...

Atualmente "não faz sentido criar um novo dualismo no seio da psicomotricidade", como refere Fernandes (2012). Não existem diferentes psicomotricidades e, por isso, não faz sentido falar de psicomotricidade relacional, funcional ou qualquer outra psicomotricidade, mas sim falar apenas de psicomotricidade (Fernandes, 2012, p. 4).

A psicomotricidade olha para a criança como uma unidade, onde não existe lugar para separar o copo da mente, onde o movimento (corpo) é a única expressão do psiquismo e está associado aos afetos (Wallon, 1989 as cited in Fernandes, 2012). "A motricidade e o desenvolvimento geral da personalidade não estão isolados das emoções" (Wallon, 1989 as cited in Fernandes, 2012, p. 6).

Se repararmos o instrumento de avaliação utilizado no presente estudo, fala-nos de externalização, com uma das grandes dimensões a serem avaliadas e que se reflete no desenvolvimento social e emocional das crianças. Esta é uma dimensão que se traduz em agressividade, impulsividade e/ou atividade, ou seja, todas as formas de expressão corporal, expressão de movimento. A importância da psicomotricidade reside em refletir sobre aspetos não na forma como a agressividade ou a impulsividade tem influência no desenvolvimento emocional e social da criança, mas muito mais profundo refletir no que é a génese deste comportamento e tudo o que a ele possa estar associado. "O comportamento é o espelho motor de tudo o que se passa no mundo interior da criança" (Stretch, 2001 como citado por Moutinho, 2012, p. 47). Quando a criança apresenta um comportamento agressivo, impulsivo e reativo ao desassossego emocional, fala-se em comportamento "agido", ou em passagem ao ato, fenómeno que deve ser visto como "uma forma particular de externalização, que utiliza a motricidade ou o equivalente e que se distancia da resolução do conflito psíquico" (Matos, 2005, p. 107 como citado por Moutinho, 2012, p.47).

Posto isto, e segundo Potel (2010), a psicomotricidade assenta essencialmente no corpo, em toda a sua complexidade: existencial, expressivo e identidade emocional. "O ser humano não pode ser reduzido a uma única visão, uma única verdade" (Potel, 2010). A psicomotricidade deve ter sempre presente e ativa vários focos de pensamento sobre aspetos essenciais como o corpo e a expressão do corpo dando acesso à relação e abrindo-nos à mais contemporâneas visões conceituais mais amplas. Portanto, a peculiaridade da nossa profissão é baseada, em parte, na sua capacidade de adaptação e integração em áreas muito diversas (psicologia, neurologia, etc.) e campos teóricos por

vezes opostos. Esta abertura é claramente interessante e essencial ao trabalho do psicometricista, desde que não se torne pejorativo ou sinónimo de "qualquer coisa" que faria da profissão psicometricista, uma profissão com perda de significado e fundamentações. Daí a necessidade de estar sempre a investigar e aprofundar novos argumentos e pesquisa teórica e clínica.

Tal como refere, Oliveira relativamente à intervenção psicomotora em crianças na primeira infância com perturbações regulatórias: *"Pensamos que, mais do que este enriquecimento sensorial, o que de facto é preponderante no tratamento da criança é a qualidade das relações que se estabelecem. Não deixa de ter alguma importância o processo de ajustar os "inputs" sensoriais do ambiente ao seu perfil sensorial. Mas isso só promove o tratamento no que concerne à sua sensorialidade, ficando porém questionado numa perspetiva global, o desenvolvimento da criança para fazer face ao seu quotidiano. É primordial que haja primeiro que tudo o conhecimento do funcionamento mental da criança integrada na sua família, na sua cultura. É nosso intuito que uma intervenção a esse nível seja tri-focal: o direto com a criança; o apoio aos pais e o acompanhamento junto dos educadores/ professores"* (Oliveira, 2002, p. 93-94).

2.6. Avaliação do desenvolvimento social e emocional

2.6.1. Dimensões avaliadas pelo ITSEA

De seguida iremos fazer uma referenciação aos aspetos comportamentais ligados ao desenvolvimento social e emocional na primeira infância, tendo como base a organização estrutural proposta pelo instrumento de avaliação utilizado no presente estudo.

2.6.1.1. Sintomas Externalizados

Segundo Carter e Briggs-Gowan (2006) a atividade/impulsividade, agressividade/provocação e a agressividade entre pares são aspetos que constituem sintomas ou comportamentos externalizados.

Durante a primeira infância espera-se que todas as crianças evidenciem alguns comportamentos de externalização. A maioria das crianças tanto na primeira infância como na idade pré-escolar têm momentos de maior excitação. Nesses momentos é, por vezes difícil o controlo dos próprios impulsos. Por vezes querem algo, e para isso quebram as regras que normalmente respeitam, o mesmo ocorre quando estão irritados e acabam por ser agressivos. A comparação de uma criança aos seus pares (da mesma idade e sexo) permite à partida verificar se determinada criança está sob o risco de problemas de externalização, relativamente ao que seria esperado para a sua idade. Estes problemas que podem surgir incluem dificuldade em inibir/controlar os impulsos, ser hiperativo e agressivo, e não cumprir as regras. As perturbações que são mais facilmente associadas aos comportamentos externalizados são perturbação de défice de atenção e hiperatividade, perturbação de oposição e desafiante e perturbação do comportamento. No entanto, nenhum instrumento é por si só, suficiente (nem mesmo o ITSEA), para fazer um diagnóstico de alguma destas problemáticas. O ITSEA pode sim, ser importante para identificar comportamentos que constituem sintomas destas perturbações. É essencial saber a frequência, intensidade, qualidade e duração dos comportamentos relatados no ITSEA para que se possa proceder a qualquer diagnóstico (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

Pesquisas consistentes mostram que as crianças com níveis elevados de emoções negativas durante a infância, tendem a ter mais dificuldades na regulação da emoção e

problemas de externalização na infância e na adolescência (Bates, Pettit, Dodge, & Ridge, 1988; Eisenberg *et al.*, 2009; Rothbart & Bates, 1998; Sanson *et al.*, 2004; Shaw, Bell, & Gilliom, 2000; Vitaro, Barker, Boivin, Brendgen, & Tremblay, 2006; Vitaro, Brendgen, & Tremblay, 2002 as cited in Lipscomb, Leve, Shaw, Neiderhiser, Scaramella, Ge, Conger, Reid, & Reiss, 2012). Alguns investigadores têm proposto que durante este período (em que a maioria das crianças estão a desenvolver estratégias para gerir as suas emoções e comportamentos durante as situações desafiadoras), as crianças, que têm manifestado aparecimento precoce de elevados níveis de comportamentos de externalização, podem não ter conseguido apreender as estratégias de regulação mais eficazes. Deste modo, as crianças que apresentam mais tarde maior risco de dificuldades sociais e emocionais podem ser aquelas que apresentam níveis iniciais elevados de comportamentos externalizados e estratégias de regulação mais desajustadas, em vez de estratégias adaptativas durante situações emocionalmente difíceis (Eisenberg *et al.*, (2009 as cited in Lipscomb *et al.*, 2012).

Supplee *et al.* (2009) ressalta o defendido por vários investigadores (Gilliom, Shaw, Beck, Schonberg, & Lukon, 2002; Stansbury & Zimmerman, 1999), que estratégias de regulação pobres foram encontradas e associadas a problemas posteriores de externalização em crianças na primeira infância.

Investigações anteriores revelam que os níveis de externalização, normativamente, atingem o seu nível mais elevado por volta dos dois anos de idade e, conseqüentemente decrescem ao longo do tempo (Tremblay, 2000 as cited in Blandon, Calkins, & Keane, 2010). Este decréscimo verifica-se precisamente durante o período de desenvolvimento em que as crianças estão a ganhar maior capacidade de autorregulação (Blandon, Calkins, & Keane, 2010). Contudo, em algumas crianças não se verifica este decréscimo nos comportamentos externalizados, o que dá lugar a um fator de risco para o desenvolvimento de problemas graves de adaptação, mais tarde, persistindo durante todo o período pré-escolar (Campbell, 2002, Blandon, Calkins, & Keane, 2010).

Existem também evidências que indicam que as crianças em situação de risco (crianças vítimas de maus tratos) podem apresentar estados elevados de excitação e reatividade (Fisher, Stoolmiller, Gunnar, & Burraston, 2007) o que os pode levar a concentrar-se em sinais negativos que normalmente invocam emoções negativas, como a raiva (Shackman, Shackman, & Pollak, 2007 as cited in Leve *et al.*, 2010).

Parece ser consensual que níveis maiores de raiva associados a comportamentos de externalização são, tendencialmente, preditores de uma menor orientação pró-social da criança (Rydell, Berlin, & Bohlin, 2003). Por outro lado, as dificuldades no controlo do esforço estão fortemente associadas à emoção negativa da criança e ainda ao desenvolvimento da consciência (Posner & Rothbart, 2000), fundamental para um comportamento social adequado.

Uma perturbação não se caracteriza só por uma forte intensidade de emoções. Um baixo nível de emoções negativas pode estar associado a comportamentos de externalização quando associada a um subcontrolo emocional e a uma pobre regulação do comportamento. Do mesmo modo, níveis elevados de emoções negativas podem estar relacionados com sintomas externalizados, quando associados a um baixo controlo do comportamento. Em contraste, uma boa regulação da atenção, juntamente com comportamentos sociais ajustados, poder estar associada a poucos comportamentos problemáticos (Eisenberg, Fabes, Guthrie, & Reiser, 2000). Estes dados indicam-nos que as várias dimensões do temperamento podem interagir com resultados distintos.

Um outro importante preditor dos comportamentos exteriorizados é a qualidade da parentalidade. (Olson, Bates, Sandy & Lanthier, 2000; Narusyte, Andershed, Neiderhiser & Lichtenstein, 2006), bem como a qualidade da vinculação que se estabelece entre o cuidador e a criança (Troxel, Trentacosta, Forbes, & Campbell, 2013). A exposição a comportamentos parentais severos e punitivos durante o desenvolvimento precoce, influencia negativamente o comportamento da criança e está associada a comportamentos mais agressivos (McKee *et al.*, 2007). A negatividade materna, também foi tida em consideração para prever o comportamento de externalização em adolescentes meninos e meninas (Kim, Hetherington, & Reiss, 1999). Patterson, Reid e Dishion, (1992) também sugerem que a disciplina ineficaz como repreensão e falta de monitoramento resulta num aumento dos problemas de comportamento em crianças e comportamentos antissociais em adolescentes.

a) Atividade/impulsividade

Crianças que são relatadas pelos pais como muito ativas, inquietas, crianças com dificuldades em estar sentadas e/ou permanecer quietas no mesmo lugar, terão valores elevados quando avaliados neste subdomínio. Será esperado que crianças com hiperatividade e déficit de atenção revelem valores elevados de atividade e impulsividade. O início e a duração dos sintomas são aspetos importantes a ter em consideração quando se avalia uma criança. Por exemplo, quando o excesso de atividade tem um início relativamente recente ou constitui um novo problema na criança, outros aspetos, como ansiedade ou medo deveriam ser explorados (Carter & Briggs-Gowan, 2006). Assim, poderá perceber-se se há alguma situação pontual ou não, que poderá estar a despoletar este tipo de comportamentos na criança.

b) Agressividade/provocação

A agressividade/provocação diz respeito a diferentes aspetos da agressividade e provocação na primeira infância. Além de comportamentos agressivos óbvios (bater, chutar, morder, magoar os outros propositadamente, violar as regras, etc.), outros comportamentos relacionais mais subtis de provocação e agressividade estão incluídos. Em crianças com alguma problemática ou suscetíveis de desenvolver perturbações como desafiante e de oposição ou problemas de comportamento, seria de esperar elevados níveis deste comportamento (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

c) Agressividade com pares

A agressividade com pares inclui todos os comportamentos que demonstram agressividade para com os pares, com exceção da agressividade direcionada a irmãos. Esta, durante a primeira infância pode ser um comportamento típico, como resposta a provocações (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

Como a autonomia das crianças é afirmada com os seus pares, os conflitos surgem. Ao aprender a negociar conflitos, as crianças podem usar a agressividade ostensiva ou dissimulada para resolver esses conflitos. É esperado um aumento da agressividade pelos pares quando as crianças começam a envolver-se em jogos e brincadeiras. No entanto, é esperado que esta agressividade diminua, dado que as competências sociais da criança vão aumentando. Ao mesmo tempo, a criança vai desenvolvendo, cada vez mais, a linguagem que lhe permite exprimir-se, através da palavra, sem que tenha tanta necessidade de utilizar a agressividade (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

Quando os pais e/ou outros cuidadores começam a ter noção das situações que desencadeiam a agressividade entre pares, podem ter um papel importante, distraíndo, por exemplo, a criança dessa situação. Elevados níveis de agressividade com os pares podem remeter para a dificuldade na criança em gerir as interações com os mesmos, ou especificamente com uma determinada criança. Neste último caso, é importante aprofundar os fatores que fazem despoletar esta agressividade com a determinada criança em particular, e intervir antes que essa situação se agrave (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

3.6.1.1. Sintomas Internalizados

Segundo Carter e Briggs-Gowan (2006), a depressão/isolamento; ansiedade geral; a angústia de separação e a inibição à novidade são todos aspetos diretamente ligados aos sintomas ou comportamentos internalizados.

Segundo as mesmas autoras as criança que tem problemas de internalização "sofrem em silêncio", ao contrário das crianças que externalizam os problemas e que são detetadas facilmente. As crianças que externalizam os problemas veem o seu comportamento caracterizado por agressividade, excesso de atividade/impulsividade e comportamentos disruptivos, que tipicamente desorganiza a vida familiar e a relação com os pares. Pelo contrário, as crianças com problemas de internalização mais dificilmente são detetadas, dado que o seu comportamento tímido, inibido, mais sossegado não interfere na dinâmica familiar nem na relação com os pares. O domínio da internalização reflete uma variedade de sintomas de perturbações afetivas (por exemplo, depressão e ansiedade geral) (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

O facto dos problemas internalizados serem vistos como menos problemáticos pelos pais, professores e outros cuidadores pode dificultar a identificação precoce de problemas de internalização, dado que a criança tem as habilidades verbais pouco desenvolvidas nesta fase e uma capacidade mais limitada para descrever estados de sentimentos internos (Tandon, Cardeli, & Luby, 2009).

A depressão e ansiedade constituem a maior componente de problemas de internalização na infância. Ambas parecem resultar especificamente da regulação ineficaz da tristeza e do medo (Kovacs & Lopez- Duran, 2010 as cited in Luebbe, Kiel, & Buss, 2011).

A compreensão dos problemas de internalização em crianças na primeira infância tem ficado para trás quando comparado com os avanços em outras áreas da psicopatologia nestas mesmas faixas etárias. No entanto, dezoito investigações longitudinais descrevem a estabilidade de sintomas internalizados mesmo quando identificados precocemente durante a infância. Por exemplo, Briggs-Gowan e Colleagues (2006 as cited in Tandon, Cardeli, & Luby, 2009) investigaram os comportamentos de internalização em crianças de 12 meses, em que as taxas de persistência são de 37,8% num corte de nascimentos de

base populacional de crianças de 1 a 3 anos, e sem diferenças significativas entre os sexos.

Investigação mais recente tem mostrado que as crianças com problemas de internalização são mais conducentes a sentimentos de tristeza e são menos impulsivas, quando comparadas com as crianças que apresentam problemas de externalização num estudo sobre *emotividade e controlo do esforço* (capacidade de suprimir uma resposta dominante, exibindo uma resposta menos dominante), como uma forma de regulação em crianças com idades entre os 4 e os 8 anos (Eisenberg *et al.*, 2001 as cited in Tandon, Cardeli, & Luby, 2009). Elevados níveis de controlo do esforço parecem estar associados a sintomas de internalização ou aparente supercontrolo, enquanto os níveis baixos de controlo do esforço estão associados a sintomas de externalização. Níveis moderados de controlo do esforço estão associados a uma regulação mais adaptativa (Murray & Kochanska, 2002 as cited in Tandon, Cardeli, & Luby, 2009). Uma menor impulsividade está associada a crianças que aparentam ser inibidas e mais dispostas a problemas de internalização como ansiedade (Eisenberg *et al.*, 2001; Kagan *et al.*, 1999 as cited in Tandon, Cardeli, & Luby, 2009).

Devido à natureza autodirigida dos sintomas de internalização, os padrões de relato desta dimensão variam de acordo com quem recolhe a informação. Estudos longitudinais, que utilizam múltiplos agentes na recolha de informação têm sugerido que o relato dos pais sobre os sintomas de internalização prediz sintomas semelhantes aos 5 anos de idade. Outros estudos têm sugerido que o relato dos pais, ao contrário do relato dos educadores, sobre os sintomas de internalização pode prever uma melhor observação dos sintomas durante uma brincadeira (Hinshaw, Han, Erhardt *et al.* as cited in Tandon, Cardeli, & Luby, 2009).

As crianças que apresentam níveis elevados de emoções negativas no início de vida estão sob risco de problemas posteriores de internalização (Rothbart & Bates, 2006 as cited in Luebbe, Kiel, & Buss, 2011). Se o contexto onde as emoções negativas forem apresentadas for tido em consideração, é possível prever, com maior facilidade, quais as crianças que estão em risco de problemas (Eisenberg *et al.*, 2001; Rothbart & Bates, 2006 as cited in Luebbe, Kiel, & Buss, 2011). Por exemplo, o medo que a criança expressa em contextos de baixa ameaça está mais fortemente associada à reatividade fisiológica e ao risco de problemas de internalização, posteriormente, do que o medo

expresso em situações que no geral provocam angústia (Buss, in press; Buss, Davidson, Kalin, & Goldsmith, 2004 as cited in Luebbe, Kiel, & Buss, 2011). Estes estudos sugerem que o aparecimento de emoções negativas em situações onde a maioria das crianças pequenas permaneceriam neutras ou representariam uma experiência de prazer, indica dificuldades na regulação emocional e uma má adaptação.

É muito interessante verificar que a emoção negativa, tendo em consideração o contexto, pode determinar a forma como as mães tomam decisões perante aquele contexto, e a forma como posteriormente analisam se os comportamentos emocionais são problemáticos ou não (Hane *et al.*, 2006 as cited in Luebbe, Kiel, & Buss, 2011). Ou seja, se uma mãe, rotineiramente, se depara com situações em que a criança apresenta emoções negativas, quando outras crianças não apresentam, ela pode perceber o seu filho como mais retraído, triste ou com medo (comportamentos internalizados). Posto isto, vários investigadores colocam a hipótese de que a emoção negativa exibida em contextos de baixa ameaça se relacionam mais intimamente com a percepção materna de problemas de internalização do que o efeito negativo em situações de elevada ameaça (Luebbe, Kiel, & Buss, 2011).

A emoção negativa das crianças, também pode influenciar as respostas emocionais, reações verbais e comportamentais das mães, constituindo por isso, um aspeto importante na construção ampla da socialização (Eisenberg, Cumberland, & Spinrad, 1998 as cited in Luebbe, Kiel, & Buss, 2011).

a) Depressão/isolamento

A tristeza, falta de energia e falta de prazer ou diversão nas atividades são aspetos ligados à depressão/isolamento na criança. Crianças que apresentam um comportamento muito diferente podem apresentar igualmente níveis elevados de sintomas depressivos, como o caso de crianças com perturbação do espectro do autismo. Por vezes, as crianças que apresentam um perfil sensorial com um limiar neurológico elevado, apresentando-se hiporesponsivos, também podem apresentar elevados níveis neste subdomínio, uma vez que tem pouca energia, são lentos a responder às atividades do envolvimento e por vezes parecem menos divertidos nas brincadeiras, comparadas com crianças da mesma idade (Carter & Briggs-Gowan, 2006). É importante por isso, analisar com atenção este aspeto e compreender a verdadeira causa destas características na criança. É essencial fazer muito bem a distinção entre uma criança que tem um temperamento apático e uma criança cujo comportamento mudou radicalmente com o início dos sintomas depressivos (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

b) Ansiedade geral

Na ansiedade geral podemos distinguir dois grupos de comportamentos. O primeiro é a ansiedade/preocupação, que inclui itens gerais sobre o medo, preocupação, nervosismo, pesadelos e sentir-se doente, quando nervoso ou chateado. O segundo, ansiedade, enfoca comportamentos observados em crianças na primeira infância que estão sob o risco da Perturbação Obsessivo-Compulsiva, como ser perfeccionista e ter várias preocupações específicas, tais como preocupações sobre ficar sujo e/ou preocupações com o próprio corpo. Isso também inclui, os rituais de colocar as coisas numa ordem especial, repetidamente. Na primeira infância, por vezes as crianças utilizam determinados rituais como colocar brinquedos por uma ordem específica, porque esta atividade lhes dá muito prazer. No entanto, esta é uma questão que deve ser sempre investigada, porque são as crianças que demonstram menos ou nenhum prazer neste tipo de atividade que podem estar sob risco de um problema de desenvolvimento. Por exemplo, as crianças com perturbações do espectro do autismo frequentemente alinham

objetos de forma perseverante ou repetitiva, mas mostram pouco prazer na atividade (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

c) Ansiedade de Separação

A ansiedade de separação é um importante preditivo da vinculação estabelecida entre a mãe e o bebê. Este deve ser um aspeto importante a ter em consideração uma vez que reflete a qualidade da vinculação. Crianças que apresentam altos níveis de ansiedade de separação procuram a proximidade constante dos pais, porque têm dificuldade em lidar com a mudança ou com situações desconhecidas. Estas crianças têm muitas vezes dificuldade em sentir-se seguras na ausência dos pais. Os níveis de ansiedade de separação, também podem refletir a necessidade da criança em se afirmar/desafiar e torna-se autónoma. Por exemplo, quando a criança é deixada na creche, o choro e a angústia manifestada pode ser a forma de expressar uma preferência simples para estar com o pai e/ou mãe em vez de ansiedade de separação (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

d) Inibição à novidade

Segundo Carter e Briggs-Gowan (2006) a inibição à novidade é influenciada pelo temperamento da criança e pela sua predisposição biológica. A inibição à novidade, intrinsecamente ligada ao temperamento, parece ser um fator de risco para o posterior desenvolvimento da ansiedade (Biedernan *et al.*, 2001; Manassis, Hudson, Webb, & Albano, 2004 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006). Uma criança que apresente elevados níveis neste subdomínio apresenta-se tímida e inibida em novas situações, com novos adultos e/ou crianças. Estas crianças, também são mais sensíveis às mudanças no seu ambiente e podem manifestar-se mais intensivamente com mudanças a um novo cuidador, ou por exemplo com uma simples mudanças no mobiliário de casa. Quando os pais estão sensíveis a estas questões e compreendem o temperamento do filho, estes podem ter um importante papel facilitando a adaptação social e emocional da criança, especialmente quando preparam a criança para uma mudança e garantem suporte emocional à criança ajudando-a a sentir-se mais confortável em novas situações.

Contudo, não é recomendado que se evitem mudanças para minimizar o "sofrimento" da criança (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

3.6.1.3. Desregulação

O domínio da desregulação, de acordo com a proposta das autoras do ITSEA, é composto por: emotividade negativa, sono, alimentação e sensibilidade sensorial. Segundo as autoras, quando o ITSEA foi criado, o domínio da desregulação foi considerado um recurso de investigação do instrumento, que pode ser importante para a compreensão do desenvolvimento social e emocional das crianças na primeira infância. Embora menos centrado na psicopatologia infantil, as razões mais comuns para as referências aos problemas de comportamento infantil, nos primeiros anos de vida são o sono e os problemas alimentares. Além disso, alguns comportamentos foram selecionados para identificar possíveis problemas regulatórios que são característicos em crianças na primeira infância e que podem ser diagnosticados como perturbações regulatórias (DC: 0-3; Zero to Three: National Center for Infant, Toddlers, and Families, 1994 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006). Ao analisar estes comportamentos, deve ter-se em consideração a intensidade, frequência e duração das respostas emocionais e sensibilidade à estimulação sensorial (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

a) Emotividade negativa

A emotividade negativa é composta pela reatividade que envolve a velocidade e a intensidade da resposta emocional negativa de uma criança e a regulação que envolve a capacidade da criança para modular essa resposta emocional negativa. A emotividade negativa está relacionada com o estilo temperamental da criança. No ITSEA, o subdomínio da emotividade negativa está altamente relacionada com cada um dos subdomínios de desregulação e apresenta moderadas associações com subdomínios dos domínios da externalização e internalização. Isto acontece, porque por exemplo a depressão e a perturbação de oposição e desafiante incluem a presença de emoções negativas, como parte da sua expressão (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

As investigações indicam (como referido anteriormente) que os níveis elevados de emoções negativas estão associados a crianças com problemas de internalização (Rydell, Berlim, & Bohlin, 2003; Shaw, Keenan & Vondra, 1994; Shaw, Owens, Vondra, Keenan, & Winslow, 1996; Snyder, Stoolmiller, Wilson, & Yamamoto, 2003 as cited in Supplee, 2009).

b) Sono

Problemas no sono podem constituir uma forma diferente da criança manifestar problemas comportamentais. Por exemplo, crianças traumatizadas manifestam problemas de separação, então, com o medo do escuro ou evidenciando problemas de oposição, elas podem apresentar dificuldades em adormecer ou mesmo problemas de sono (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

Nos primeiros meses de vida o bebé tem como tarefa importante do seu desenvolvimento, adquirir a homeostasia/equilíbrio fisiológico que proporciona períodos de vigília e calma ao longo do dia, ou melhor, a autorregulação. É durante estes períodos que o bebé aprende e interage com o ambiente e organiza um padrão de respostas comportamentais face às suas experiências. Aproximadamente aos 3 meses, os padrões de alimentação e de sono tornam-se mais regulares e previsíveis, atingindo um estado de regulação (Santos, 2004).

Os problemas de sono são alguns dos problemas mais prevalentes, persistentes e marcantes, para os pais com filhos com menos de 36 meses de idade (Byars, Yolton, Rausch, Lanphear, & Beebe, 2012). As crianças com problemas de sono podem anunciar um aumento do risco de problemas emocionais e comportamentais (Gregory & O'Connor, 2002; Jansen, Saridjan, Hofman, Jaddoe, Verhulst, & Tiemeier, 2011) e também levar a interrupções no sono dos pais, interferindo no bem-estar e no clima emocional da família (Dahl & El-Sheikh, 2007).

É universalmente aceite que a qualidade do sono tem um impacto no desenvolvimento das crianças. Perturbações no sono ou sono inadequado pode afetar negativamente o desenvolvimento biopsicossocial da criança. Gregory (2002 as cited in Tomisaki *et al.*, 2010) descobriu que as perturbações do sono podem prever problemas emocionais/comportamentais. Além disso, Dahl (2009 as cited in Tomisaki *et al.*, 2010) detetou que as perturbações no sono, resultado de cansaço estão associadas a dificuldades em focar a atenção, ao baixo limiar para expressar a emoção negativa (irritabilidade fácil e frustração) e dificuldade em controlar impulsos e emoções. Alguns investigadores (Touchette, Petit, Tremblay, & Montplaisir, 2009) descreveram que crianças que apresentam sono noturno de curta duração antes dos 3,5 anos de idade apresentam um aumento de risco de hiperatividade, elevada impulsividade e baixos desempenhos cognitivos aos 6 anos de idade, em comparação com crianças que dormem 11 horas por noite.

Tomisaki *et al.* (2010) numa investigação que realizaram esmiuçaram a associação entre hábitos de sono e o desenvolvimento de competências sociais. Os cuidadores responderam a alguns questionários sobre hábitos de sono quando as crianças tinham 9 e 18 meses de idade. A interação cuidador-criança foi observada quando a criança tinha 30 meses de idade e as características da interação foram analisadas, utilizando a Escala de Avaliação de Interação, como uma medida da competência social. A atitude dos cuidadores ao adormecer a criança aos 9 meses foi significativamente correlacionada com competências sociais das crianças aos 30 meses. Além disso, a atitude dos cuidadores para adormecer crianças aos 9 meses foi significativamente correlacionada com hábitos de sono das crianças entre os 9 e os 18 meses. Estes factos evidenciam que a atitude dos cuidadores para adormecer, é um fator importante no desenvolvimento de competências sociais de crianças, na primeira infância. Neste estudo também foi possível observar que as crianças cujos cuidadores não dão muita importância ao dormir

não têm hábitos de sono aos 9 e 18 meses. Estas crianças obtiveram baixa pontuação nos níveis de competências sociais, autonomia, regulação emocional e empatia.

Outros estudos debruçam-se sobre as questões do sono e as suas implicações no desenvolvimento emocional. Um dos estudos (Jansen *et al.*, 2011) tentou perceber se os problemas de sono precedem ou não problemas de ansiedade e depressão aos 3 anos de idade. O sono foi analisado aos 2 e aos 24 meses de idade e a depressão e ansiedade aos 36 meses. O que se verificou foi que os problemas de sono aos 24 meses estavam relacionados com ansiedade ou sintomas depressivos aos 18 meses. Os resultados deste estudo também indicaram que dissonias (perturbações do sono) e a presença dos pais durante o início do sono, entre os 2 e os 24 meses estão associados a ansiedade e sintomas depressivos, aos 3 anos de idade. Parasónias (pesadelos, terror noturno e sonambulismo), sono de curta duração e a ausência de uma hora específica para adormecer aos 24 meses (mas não aos 2 meses) eram precedidos de ansiedade ou sintomas depressivos. Estas associações não foram significativas devido à ansiedade das crianças ou aos sintomas depressivos aos 18 meses. A investigação não forneceu evidências concretas entre a existência de ansiedade, e os sintomas depressivos que dariam origem a problemas de sono, posteriormente. No entanto, os resultados atestam a importância dos problemas de sono, em fases precoces do desenvolvimento, porque as perturbações de sono estão associadas com frequência a ansiedade ou sintomas depressivos.

Em 2003, foi realizado um estudo, que concluiu, que a persistência ou a recorrência de problemas no sono em crianças estava associada à depressão materna, no entanto, estas mães pareciam não diferir nos níveis de *stress*, mecanismos de "*coping*" ou funcionamento familiar quando comparadas com outras mães em que os filhos não apresentavam problemas de sono (Lam, Hiscock, & Wake, 2003).

A primeira infância é um período particularmente importante no desenvolvimento da vinculação e do sono e no impacto que estes têm no ajustamento, posteriormente. A primeira infância é tipicamente um período em que os padrões de sono começam a consolidar-se e a tornar-se mais estáveis e a maioria das crianças começam a dormir durante a noite sozinhas (Dahl, 1996 as cited in Troxel *et al.*, 2013). Além disso, várias alterações no desenvolvimento sócio emocional das crianças que ocorrem durante a primeira infância podem ter implicações diretas na interação entre pais e filhos bem

como no sono. Vários estudos longitudinais demonstram que os problemas de sono na primeira infância, relatados pelos pais, estão associados a níveis elevados de ansiedade e depressão (Gregory, Van der Ende, Willis, & Verhulst, 2008; Jansen *et al.*, 2011 as cited in Troxel *et al.*, 2013) e a um início precoce de consumo de álcool e outras substâncias na adolescência (Wong, Brower, Fitzgerald, & Zucker, 2004 as cited in Troxel *et al.*, 2013). Assim, a primeira infância pode oferecer uma janela crítica para investigar a dinâmica da vinculação - sono, e para identificar as crianças que continuam a ter dificuldade de autorregulação à noite, e pode vir a ser um risco maior para o desenvolvimento posterior de problemas emocionais e comportamentais (Troxel *et al.*, 2013).

c) Alimentação

No que concerne à alimentação podemos distinguir os problemas típicos e atípicos na alimentação. Os comportamentos que apontam para problemas típicos dizem respeito à relutância em aceitar novos alimentos e à recusa de comer determinados alimentos. Os problemas atípicos estão relacionados a comportamentos como: cuspir a comida, recusa em comer alimentos que necessitam de mastigação, engasgos e asfixia com alimentos. A recusa em comer determinados alimentos está por vezes associada à sensibilidade sensorial da criança e desta forma as crianças podem recusar um determinado alimento pela sua textura. Esta recusa alimentar também pode refletir uma perturbação relacional, muitas das vezes as refeições podem tornar-se uma fonte de conflito e tensão em vez de um tempo agradável (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

Quando as crianças apresentam problemas alimentares, levam muitas vezes ao aumento significativo de *stress* nos pais, o que se reflete com frequência na relação com a criança. A percentagem de crianças que se apresentam muito seletivas com a comida aumenta de 19 a 50% dos 4 aos 24 meses de idade (Carruth, Ziegler, Gordon, & Barr, 2004). Esta é uma característica que prevalece, independentemente do sexo, etnia ou condições socioeconómicas. Normalmente, as simples e transitórias flutuações de apetite estão associadas a mudanças no ambiente ou quotidiano, entrada na creche, nascimento de irmãos. Tal como as perturbações no sono, os problemas na alimentação podem ser um sinal de desenvolvimento de uma criança à procura de autonomia. No

entanto, também podem apresentar formas mais complexas de recusa alimentar grave, pondo em risco a própria vida da criança. As crianças são por natureza muito cautelosas com novos alimentos e normalmente necessitam de exposições frequentes e variadas a novos alimentos antes de os aceitarem, seja pela sua textura diferente, temperatura, aparência, etc. (Wright, Parkinson, Shipton, & Drewett, 2007; Cathey & Gaylord, 2004).

Tanto os fatores intrínsecos à própria criança como fatores associados ao meio e atitudes maternas, podem favorecer o desenvolvimento normal da alimentação e dos comportamentos alimentares. Dahl, Eklund e Sundelin (1986) avultaram quatro fatores preditivos de problemas alimentares: problemas alimentares na infância dos pais; ansiedade elevada durante a gravidez, dificuldades na amamentação e problemas de saúde da mãe.

Na verdade, o desenvolvimento da capacidade de discriminação sensorial e a capacidade de reconhecer e de separar as emoções das sensações físicas, a "«diferenciação "somato-psíquica"», vai permitir à criança pequena distinguir progressivamente a situação de alimentação, do alimento, e do dador de cuidados e separando as diferentes emoções desencadeadas por cada um destes elementos (Gonçalves & Rodrigues, 1998). Alguns autores defendem mesmo a existência de períodos sensíveis no desenvolvimento do bebé para aceitar novos sabores (entre os 4 e os 6 meses) e de sólidos (aos 6-7 meses), períodos estes que podem determinar o sucesso na diversificação alimentar e o desenvolvimento da capacidade motora oral normal (Skuse, 1993). É, a partir do final do primeiro ano de vida, que se verifica uma diminuição do apetite e do interesse pelo momento da alimentação. É essencialmente neste momento que se começam a verificar modificações do gosto em relação aos sabores e à consistência dos alimentos, uma maior seletividade dos mesmos, a variabilidade do apetite, e a facilidade de distração pelo ambiente, no momento da refeição (Gonçalves & Rodrigues, 1998).

É durante o segundo ano que a criança começa a manifestar com maior frequência comportamentos de teimosia e birras, como formas de afirmar as suas vontades e desejos. São comuns nesta fase às recusas em se alimentar e as refeições tornam-se momentos desagradáveis tanto para as crianças como para os pais, principalmente se estes insistem em alimentá-la (Gonçalves & Rodrigues, 1998).

À medida que a criança vai passando por diferentes fases do seu desenvolvimento emocional, vão surgindo consecutivas alterações no comportamento da criança em relação à sua alimentação e estas alterações podem constituir momentos cruciais para o aparecimento de dificuldades alimentares, caso os pais não estejam alerta para estas questões (Gonçalves & Rodrigues, 1998).

d) Sensibilidade Sensorial

As crianças com sensibilidade sensorial podem reagir mais intensamente a sons específicos, paladares, estímulos táteis, movimentos, estimulação vestibular ou mesmo à luminosidade. Crianças com atrasos no desenvolvimento estão sob risco mais elevado de apresentar valores elevados no subdomínio da sensibilidade sensorial, do que as crianças com desenvolvimento típico. Crianças que apresentam maiores níveis de angústia ou desconforto podem ter dificuldades em se adaptar à novidade (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

O desenvolvimento emocional e comportamental da criança está intrinsecamente ligado à atividade regulatória que envolve o processamento sensorial, a comunicação e o controlo dos níveis de excitabilidade (Cicchetti, 1996 & Greenspan, 1994).

São os processos neurofisiológicos subjacentes ao controlo das emoções, que têm em consideração a manutenção da integridade dos mecanismos de regulação interna e dos limiares de reatividade sensorial (Thompson, 1994, 2008). Alguns investigadores (Fox & Ruter, 2010) defendem que as diferenças individuais a nível comportamental têm precedentes no funcionamento do sistema nervoso central e sistema nervoso autónomo, o que demonstra que a capacidade de regulação emocional do bebé parece estar relacionada com as suas competências para modelar e integrar a informação sensorial. A literatura sobre esta temática (Arbesman & Lieberman, 2010; Cosby, Johnston, & Dunn, 2010; Fuertes, Lopes-dos-Santos, Beeghly, & Tronick, 2009) aponta, com frequência, associações entre perturbações regulatórias, problemas de modulação sensorial e alterações do comportamento. Situações de defensibilidade tátil, visual e auditiva também estão significativamente associadas ao temperamento irritável e hiperatividade (Case-Smith, Butcher, & Reed, 1998).

Ao chegar ao cérebro, toda a informação sensorial oriunda tanto dos recetores internos (vestibulares e proprioceptivos) como externos (táteis, auditivos e visuais) é interpretada, associada, confrontada com aprendizagens e memórias armazenadas e processadas nas estruturas cerebrais num contínuo de transações entre os níveis de ordem comportamental, neurobiológicos e ambientais, tendo como resposta a produção de um comportamento, que em situações normais, se prevê adaptado (Bundy & Murray, 2002; Miller, 2006).

À partida, espera-se que a criança tenha capacidade neurológica para regular e modular toda a informação sensorial que lhe chega. Quando são visíveis perturbações neste processo, elas podem estar relacionadas com o meio (excesso ou insuficiência de estímulos) ou com a própria criança (dificuldades na modulação e/ou processamento dos estímulos sensoriais). Podem surgir então, situações de hiper ou hipo-reatividade sensorial com respetivas repercussões a nível comportamental: comportamentos irritáveis, imprevisíveis, menor envolvimento social, etc. (Lane, 2002; Reebye & Stalker, 2008).

Todo este processo de integração sensorial se enquadra numa estrutura de influências recíprocas entre os processos psicológicos, neurofisiológicos e destes com as estruturas cerebrais, mais precisamente, com as estruturas cerebrais inferiores e com as denominadas áreas de associação, nomeadamente, tálamo, tronco cerebral e hipocampo (Mulligan, 2002).

Outras investigações (Smith, Roux, Naidoo, & Venter, 2005) confirmam que os hábitos alimentares e as escolhas alimentares de crianças com defensibilidade táctil e crianças sem defensibilidade táctil diferem significativamente. As crianças com defensibilidade tátil apresentam uma considerável falta de apetite, hesitação em comer alimentos estranhos, recusa a determinados alimentos por causa do seu cheiro ou temperatura, e a recusa em comer em casa de outras pessoas. Estas crianças apresentaram também, bastante resistência em comer legumes. Na realidade, as crianças com defensibilidade táctil apresentaram uma acentuada aversão relativamente às texturas ou consistência, cheiros e temperatura de alimentos quando comparadas com crianças com boa integração sensorial.

3.6.1.4. Competências

As competências dizem respeito aos comportamentos de submissão, atenção, motivação, imitação/jogo, empatia e relacionamento pró-sociais com pares. Para compreender completamente o desenvolvimento social e emocional na primeira infância é necessário avaliar as competências sociais e emocionais, bem como os problemas comportamentais (Briggs-Gowan & Carter, 1998; Carter, 2001; Carter *et al.*, 2003 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006). A avaliação das competências sociais e emocionais é importante, apresentando destaque nas habilidades sociais que podem colocar a criança em situação de risco de problemas de comportamento e indicando áreas fortes que podem constituir pontos focais para uma possível intervenção (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

Tendo em consideração o ITSEA, uma diferença importante entre o comportamento avaliado nos domínios dos problemas (externalização, internalização e desregulação) e o comportamento avaliado no domínio das competências é que as competências sociais e emocionais devem aumentar com a idade (Carter *et al.*, 2003 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006), com as crianças a desenvolverem um repertório cada vez mais sofisticado de competências sociais e emocionais.

Apesar de nos domínios dos problemas se verificarem flutuações ao longo do tempo, por exemplo, aumento de agressividade/provocação que é esperada por volta dos 18 meses de idade, o aumento de problemas de comportamento associados a mudanças de desenvolvimento deve diminuir, em períodos de desenvolvimento subsequentes. Quando os níveis de problemas de comportamento se apresentam relativamente baixos apresentando níveis ótimos, níveis elevados no domínio das competências são o esperado. Portanto, potenciais atrasos no domínio das competências são indicados por valores baixos nos subdomínios correspondentes (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

a) Submissão

De forma a garantir a segurança, o bem-estar da família e crianças é importante que as crianças sigam regras em casa, como ouvir os pais e cooperar em tarefas do dia-a-dia. Ao longo do tempo, as crianças adquirem maior capacidade de inibição e de habilidades cognitivas e linguísticas o que leva a um aumento da capacidade de autocontrole. Com o aumento das capacidades cognitivas e linguísticas é de esperar que elas apresentem um autocontrole e uma capacidade cognitiva necessária para ouvir, lembrar-se e cumprir as regras da família. Crianças que apresentam problemas de comportamento podem apresentar complicações nestas áreas. Crianças com comportamentos do tipo desafiante/opositor podem recusar-se a seguir determinadas regras, como forma de exercer a sua vontade de desafiar. No entanto, crianças com sintomas de depressão/isolamento podem ignorar ou simplesmente deixarem de estar motivadas para cumprir as regras impostas, muitas vezes por acreditarem que não vão ser capazes de responder aos pedidos que lhes são feitos (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

As crianças que não estão motivadas para se desenvolverem ao nível social também apresentam muitas vezes dificuldades nesta área das competências, porque estas crianças não estão motivadas para participar nas interações sociais rotineiras e não estão motivadas para responder a pedidos exteriores. Muitas vezes é equacionada a possibilidade da criança poder ter problemas de audição porque parece não ouvir as ordens que lhes são incutidas (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

É importante compreender muito bem, em que contextos ocorrem estes comportamentos, de forma a definir as estratégias mais indicadas a cada criança e perceber como é efetivamente o comportamento da criança a estas solicitações, se a criança fica irritada ou apática por exemplo e em que condições a criança pode ser motivada a ter um comportamento adequado (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

b) Atenção

O aumento dos níveis de atenção e concentração na criança à medida que a sua idade vai avançando, é um aspeto essencial no desenvolvimento infantil (Carter *et al.*, 2003 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006). Inclusive, a capacidade que a criança tem, desde muito cedo, para lidar com esta habilidade tem implicações importantes ao nível do desenvolvimento social e emocional na primeira infância.

A capacidade de desviar a atenção de acontecimentos frustrantes, desempenha um papel preponderante no desenvolvimento infantil. Os comportamentos envolvidos na regulação da atenção sofrem uma mudança de desenvolvimento entre os 3 e 6 meses de idade (por exemplo, a aquisição de habilidades de orientação visual e a capacidade de desviar o olhar) (Johnson, Posner, & Rothbart, 1991; Posner & Peterson, 1990 as cited in Leve *et al.*, 2010), tornando a infância o momento ideal para examinar os processos atencionais. Vários investigadores têm dado muita importância ao aspeto da atenção durante a primeira infância Stifter e Braungart (1995 as cited in Leve *et al.*, 2010) indicaram que entre os 5 e 10 meses de idade as crianças estão mais predispostas a desfocar a sua atenção, desviando o olhar de acontecimentos frustrantes. Isto acontece, à medida que a angústia infantil vai diminuindo, o que sugere que a capacidade de desviar a atenção de situações frustrantes desempenha um papel regulador importante. Além disso, a convergência de evidências de estudos longitudinais indicou uma ligação entre o foco de atenção sobre os acontecimentos frustrantes e problemas de externalização mais tarde.

Num estudo longitudinal de crianças de 5 meses de idade, Crockenberg *et al.* (2008 as cited in Leve *et al.*, 2010) descobriram que as crianças que não conseguiram desviar a atenção dos acontecimentos frustrantes apresentaram maior agressividade aos 2 - ½ anos de idade.

A associação entre este comportamento infantil e níveis de agressividade mais tarde torna-se mais acentuada quando as mães incentivam os seus filhos a olhar para o evento frustrante, o que é consistente com a noção de que a regulação maternal é essencial na moderação dos problemas de externalização. Crockenberg e seus colegas (as cited in Leve *et al.*, 2010) referem que a atenção focalizada para um evento frustrante é a resposta dominante e que desviar a atenção com sucesso reflete uma capacidade de

regulação da frustração, adaptativa. As características reguladoras da mãe podem prejudicar o desenvolvimento da capacidade de uma criança para desviar a atenção dos acontecimentos frustrantes, contribuindo inadvertidamente para o desenvolvimento de problemas de externalização.

Vários estudos longitudinais têm investigado os problemas de atenção na primeira infância usando outros métodos e encontraram associações similares com problemas de externalização subsequentes. Por exemplo, Caspi, Henry, McGee, Moffitt e Silva (1995 as cited in Leve *et. al.*, 2010) constataram que a "incapacidade para modular a atenção e a falta de controle, aos 3 anos foram prospectivamente associada a problemas de externalização na adolescência.

As crianças que apresentam dificuldades em manter a atenção e concentração são mais favoráveis a evidenciar características de hiperatividade. No entanto, as crianças podem manifestar dificuldades em manter a atenção e concentração sem serem hiperativas. Crianças excessivamente ansiosas e preocupadas podem apresentar dificuldade em prestar atenção. As crianças que eventualmente são diagnosticadas com hiperatividade e déficit de atenção devem apresentar preocupação excessiva no que diz respeito à atenção e normalmente são descritas pelos pais, como sempre, tendo apresentado estas características. Em contrapartida, quando a ansiedade está a interferir com a regulação da atenção, os problemas na atenção devem coincidir com o aparecimento de sintomas de ansiedade (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

c) Motivação

A motivação diz respeito a uma construção complexa, que inclui persistência face ao desafio e prazer depois do sucesso, orientado para a tarefa. As crianças que geralmente são classificadas pelos pais com altos níveis neste subdomínio, provavelmente evidenciam uma orientação positiva ao abordar problemas difíceis. Mesmo perante uma situação complicada, as crianças manifestam persistência. Normalmente crianças distraíveis (facilmente distraídas) são avaliadas apresentando níveis baixos de motivação (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

A persistência é em parte um aspeto temperamental do desenvolvimento e os estudos têm mostrado que pais que adotam um estilo parental positivo têm filhos com maiores probabilidades de apresentarem valores elevados nos domínios da motivação (Turner & Johnson, 2003 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006).

A motivação é um aspeto muito importante do desenvolvimento, auxiliando as crianças de diversas formas, inclusive academicamente, na forma como maximizam as suas competências cognitivas para o sucesso, por exemplo, adotando diferentes estratégias para resolver um problema, quando não é, à partida, fácil de solucionar (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

Quando se verificam problemas neste subdomínio os pais podem ser encorajados a fornecer oportunidades para o sucesso, apresentando à criança, pouco a pouco atividades desafiadoras (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

d) Imitação/jogo

O jogo é um aspeto central no desenvolvimento das crianças. As crianças devem desenvolver um conjunto variado de habilidade de jogo durante toda a infância. As crianças utilizam o jogo para a prática de uma ampla gama de habilidades e funções (Cantor & Singer, 1990 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006). As habilidades de imitação avaliadas pelo ITSEA refletem o jogo social que exige interação com os outros e/ou imitação dos comportamentos sociais, como por exemplo imitar o bater palmas ou o dizer adeus. O desenvolvimento e a elaboração da brincadeira têm sido associados à competência social com os pares (Howes & Matheson, 1992 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006) e à aquisição de linguagem (Irwin, Carter, & Briggs-Gowan, 2002 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006). Por exemplo, crianças com perturbações do espectro do autismo apresentam com regularidade défices nestas áreas, porque estas crianças tendem a ter dificuldades de imitação e as habilidades de representação simbólica são necessárias para participar nas brincadeiras (Rogers, Hepburn, Stackhouse, & Wehner, 2003 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006). Crianças ansiosas manifestam, muitas vezes, medo de coisas específicas o que pode suscitar interrupções no jogo quando os temas das brincadeiras são assustadores. As habilidades do jogo estão intimamente relacionadas com o desenvolvimento cognitivo.

Uma criança com atraso de desenvolvimento pode utilizar menores habilidades durante o jogo, tendo em conta a sua idade, contudo, estas habilidades podem estar em concordância com o seu desenvolvimento cognitivo.

e) Empatia

As crianças empáticas são aquelas crianças que estão mais atentas/alerta para o estado de humor dos outros, ficam angustiadas e tristes quando as outras crianças estão angustiadas ou tristes, e felizes quando as outras crianças estão felizes. A criança empática além de perceber a angústia no outro, ela é motivada a minimizar essa angústia nos outros. Na primeira infância, uma criança com habilidades de empatia bem desenvolvidas pode dar o seu brinquedo para tentar acalmar uma criança que está triste ou aborrecida, assim como pode tentar distrair o pai, através de uma brincadeira, quando se apercebe que o pai está aborrecido. Crianças que apresentam níveis baixos de empatia podem estar mais favoráveis à agressividade, uma vez que estas crianças não percebem e não são influenciadas negativamente pelas consequências emocionais que uma experiência pode ter noutra pessoa. A criança empática fica chateada e triste quando magoa outra criança ou um adulto; já a criança não empática pode não perceber ou não se importar quando vê que a sua ação provocou algo de negativo no outro (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

Uma boa capacidade de regulação emocional está também associada ao desenvolvimento da capacidade de empatia (Guthrie *et al.*, 1997) e negativamente correlacionada com comportamentos de externalização (Zhou *et al.*, 2002).

f) Relacionamentos pró-sociais com pares

Construir relacionamentos está no cerne do desenvolvimento de uma criança, e isso inclui relacionamentos com os seus pares (Guralnick, 2001; Ladd, 2005; Rubin, Bukowski, & Laursen, 2009 as cited in Guralnick, 2010). As dinâmicas de dar e receber e as trocas sociais entre pares que vão ocorrendo ao longo de todo o período da primeira infância, normalmente resultam em formas criativas e cada vez mais sofisticadas de jogos sociais. As interações com pares em casa, na escola, na creche e numerosos outros contextos ao longo da primeira infância, proporcionam às crianças uma base importante de habilidades sociais geralmente referidas como “competências de relacionamento entre pares”. Na realidade, as competências básicas relacionais com pares podem ser observadas ao longo dos primeiros anos (12-36 meses) e estas competências estão relacionadas com um conjunto subjacente de processos psicológicos que regem a complexidade de habilidades sociais necessárias para vencer os desafios sociais apresentados pelos seus pares em toda a fase da infância (Howes, 1987, 1988 as cited in Guralnick, 2010).

O desenvolvimento de relações positivas com os pares é uma das tarefas centrais do período pré-escolar (Cicchetti, 1984; Sroufe & Rutter, 1984 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006). As habilidades básicas, necessárias para que a criança consiga desenvolver ligações fortes e positivas com os pares, na idade pré-escolar começam a surgir muito cedo, logo no período da primeira infância (Howes, 1988 as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2006).

Além de abordar a opinião dos pais sobre o relacionamento positivo nas brincadeiras com outras crianças, este subdomínio do ITSEA apresenta questões sobre o envolvimento das crianças com outras crianças, a preferência por algumas crianças em detrimento de outras e a coordenação de atividades lúdicas com outras crianças (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

Se uma criança é pobre em habilidade pró-sociais com os pares, pode ser muito benéfico ajudar a criança, dando-lhe algumas estratégias quando está a brincar com outras crianças, incentivando a criança a mostrar habilidades positivas como troca e a partilha de um brinquedo. É interessante analisar os resultados deste subdomínio ao mesmo tempo que se analisa o subdomínio da agressividade. Algumas crianças podem

ser agressivas e mesmo assim demonstrarem competências pró-sociais adequadas, enquanto outras, podem não manifestar quaisquer problemas de agressividade e ainda assim apresentarem défices ou atrasos na aquisição de competências com os pares. Estas crianças necessitam de diferentes tipos de intervenção. Quando através do ITSEA chegamos à conclusão de que existem problemas ou atrasos neste subdomínio é importante e extremamente valioso poder observar a criança em contexto com outras crianças ou recolher informação de outros prestadores de cuidados, como educadores que tem a oportunidade de observar a criança num ambiente com outras crianças. Existem inúmeras razões para as crianças poderem apresentar dificuldades nos relacionamentos com os pares, incluindo a presença de uma criança agressiva na creche, um ambiente caótico, com pouca estruturação, regras e rotinas ou um ambiente que é desajustado para as necessidades temperamentais da criança (por exemplo, um ambiente muito estimulante para uma criança que é facilmente excitável por ambientes estimulantes) (Carter & Briggs-Gowan, 2006).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.6.2. Estado da arte - ITSEA como instrumento de avaliação

Após selecção do instrumento de avaliação ITSEA para a realização da presente investigação, considerámos essencial explorar o estado da arte no que respeita à utilização do instrumento ITSEA como instrumento de avaliação, verificando que tipo de estudos existe, quais os objetivos principais, a metodologia utilizada e os resultados e conclusões principais obtidas. De seguida será apresentado um quadro que resume a pesquisa efetuada.

Título do artigo	Autores / Data	Objetivos	Metodologia	Principais Resultados / Conclusões com base no ITSEA
Lactational Exposure to Polybrominated Diphenyl Ethers and its Relation to Social and Emotional Development among Toddlers	Hoffman, Adgent, Goldman, Sjödin, e Daniels (2012)	Investigar as associações entre os níveis de éteres de difenilas polibromadas no leite materno e o desenvolvimento sócio emocional em crianças.	O estudo sobre as infeções e nutrição na gravidez é constituído por uma amostra de mulheres da Carolina do Norte grávidas e os seus filhos, até aos 36 meses de idade. As amostras de leite materno obtidas até aos 3 meses pós-parto foram analisadas, ao nível dos compostos de éteres de difenilas polibromadas. O questionário ITSEA foi preenchido pelas mães quando as crianças tinham cerca de 30 meses de idade (N=222). Foi avaliada a relação entre as concentrações de leite materno de cinco congéneres de éteres de difenilas polibromadas, BDE-28, 47, 99, 100 e 153 e o desenvolvimento sócio - emocional das crianças aos 30 meses de idade.	Pequenas, mas consistentes associações positivas detetadas entre BED-47, 99 e 100 e aumento de comportamentos de externalização, especificamente atividade/impulsividade. Os resultados, embora imprecisos, sugerem uma associação entre a exposição precoce a compostos de éteres de difenilas polibromadas e o aumento dos comportamentos de atividade/impulsividade na primeira infância.

2. REVISÃO DA LITERATURA

<p>Social–Emotional Difficulties in Very Preterm and Term 2 Year Olds Predict Specific Social–Emotional Problems at the Age of 5 Years</p>	<p>Treyvaud, Doyle, Lee, Roberts, Lim, Inder, e Anderson (2012a)</p>	<p>Analisar as relações entre as primeiras dificuldades sociais e emocionais e problemas sociais e emocionais, posteriormente e se este difere por grupo (bebés muito prematuros ou bebés a termo).</p>	<p>Participaram no estudo 189 bebés nascidos de uma gestação inferior a 30 semanas ou com menos de 1.250 g ao nascer e 78 bebés a termo. Os questionários preenchidos pelos pais foram usados para avaliar o desenvolvimento social e emocional aos 2 (ITSEA) e aos 5 anos (SDQ-Strengths and Difficulties Questionnaire). As informações sobre o risco social e de desenvolvimento cognitivo das crianças foram recolhidas nas crianças, aos 5 anos de idade.</p>	<p>Os sintomas emocionais aos 5 anos de idade foram associados a problemas de internalização, aos 2 anos de idade. Problemas de comportamento, hiperatividade/défice de atenção, aos 5 anos de idade, foram associados a problemas de externalização, aos 2 anos. Problemas de relacionamento com colegas e comportamentos pró-sociais, aos 5 anos de idade foram pressentidos pelas competências socio-emocionais, aos 2 anos de idade. Estas associações não foram influenciadas pelos grupos (prematuros e a termo). Devem ser discutidas intervenções específicas para a deteção precoce de problemas sociais e emocionais.</p>
<p>Can the home environment promote resilience for children born very preterm in the context of social and medical risk?</p>	<p>Treyvaud, Inder, Lee, Northam, Doyle e Anderson (2012b)</p>	<p>Analisar as relações entre o ambiente familiar e o desenvolvimento precoce, em crianças pré-termo, explorando se um ambiente familiar é o ideal para promover a resiliência.</p>	<p>Em particular, os investigadores exploraram se o efeito do ambiente familiar era mais evidente quando existia risco social ou biológico, medindo através da análise à substância branca, por meio de uma ressonância magnética. Dados sobre o ambiente doméstico e desenvolvimento social e emocional foram analisados, através do questionário de triagem familiar (HSQ) e o ITSEA (questionário para pais). O desenvolvimento cognitivo e motor foi analisado através da aplicação da escala de Desenvolvimento Bayley-II.</p>	<p>O ambiente familiar foi associado a um melhor desenvolvimento cognitivo e socio-emocional, após ajuste do risco social e biológico. O ambiente familiar (casa) teve menos efeitos sobre a desregulação em crianças com lesões leves ou de moderadas a severas, na substância branca. A necessidade de apoiar os pais a criar um ambiente familiar ideal é discutida.</p>
<p>Regional cerebral development at term relates to school-age social-emotional development in</p>	<p>Roge, Anderson, Thompson, Kidokoro, Wallendorf, Treyvaud,</p>	<p>Avaliar a relação entre o desenvolvimento regional do cérebro em crianças pré-termo de forma a detetar possíveis relações com problemas socio-emocionais, mais tarde, uma</p>	<p>Um total de 111 bebés (gestação <30 semanas e peso de nascimento <1,250g) foram avaliados através de ressonância magnética, para deteção de lesões na substância branca, do volume do hipocampo e métricas cerebrais.</p>	<p>Coefficiente de difusão, aparentemente maior no córtex órbito-frontal direito foi associado a problemas socio-emocionais aos 5 anos de idade. Nas raparigas, o volume menor do hipocampo foi associado a maiores níveis de hiperatividade, problemas entre pares e na</p>

2. REVISÃO DA LITERATURA

very preterm children.

Roberts, Doyle, Neil, Inder (2012)

vez que crianças prematuras têm um risco elevado de desenvolverem problemas socio-emocionais, incluindo autismo e problemas de déficit de atenção.

O desenvolvimento social e emocional foi avaliado pelo ITSEA, quando as crianças tinham 2 anos de idade e o questionário – SDQ, quando as crianças tinham 5 anos.

pontuação total no questionário SDQ. Nos rapazes, uma menor região frontal foi associado a piores pontuações no subdomínio das relações pró-sociais. Muitas das descobertas ao nível do hipocampo permaneceram significativas após o ajuste para peso ao nascer, a inteligência, o risco social, imaturidade e saúde mental dos pais. Alterações precoces no desenvolvimento regional cerebral em bebês muito prematuros relacionam-se com défices específicos no desempenho socio-emocional de crianças em idade escolar. Estes resultados variam de acordo com o sexo. Os resultados ressaltam evidências de base neuroanatômica para os desafios comportamentais encontrados em crianças muito prematuras.

Assessment of psychopathology in 2- to 5-year-olds: Applying the Infant–Toddler Social Emotional Assessment

Visser, Smeekens, Rommelse, Gaag e Buitelaar (2010)

Averiguar a utilidade do instrumento de avaliação ITSEA, através do questionário aplicado aos pais e que analisa uma vasta gama de comportamentos, problemas e competências emocionais e sociais, em crianças em idades pré-escolares, referenciadas para avaliação em pedopsiquiatria.

Pais e mães de 85 crianças (23,2% meninas, com idade 15-57 meses) com problemas de externalização ou internalização dentro do espectro do autismo preencheram o questionário ITSEA, a lista de comportamentos da criança [*Child Behavior Checklist* (4-18 CBCL/2-3 e versões)], e o domínio relativo à criança, dentro do questionário de Índice de Stress Parental.

O questionário ITSEA mostrou uma boa relação de confiabilidade entre os pais e a sua validade foi apoiada por correlações significativas com os correspondentes domínios do *Child Behavior Checklist* (4-18 CBCL/2-3 e versões) e do questionário, Índice de Stress Parental. As evidências que sustentam a validade do questionário ITSEA para a psicopatologia foram evidenciadas, através das escalas, com bons níveis de precisão no diagnóstico de problemas psiquiátricos. Isto, pela combinação das subescalas externalização, internalização e domínios de competência. O valor do instrumento ITSEA está relacionado com a capacidade de avaliar sistematicamente uma vasta gama de comportamentos problemáticos e competências. O ITSEA pode ser útil para criar perfis de funcionamento de crianças em idade pré-escolar, durante uma avaliação de pedopsiquiatria.

2. REVISÃO DA LITERATURA

<p>Identification and management of psychosocial Problems among toddlers by preventive child health care professionals</p>	<p>Velderman, Crone, Wiefferink, Reijneveld (2009)</p>	<p>Avaliar os níveis de identificação de problemas psicossociais, através de uma equipa de profissionais de saúde infantil preventiva e agir sobre os problemas psicossociais de crianças e jovens Holandeses; - Determinar a concordância com relatos dos pais sobre o comportamento e problemas emocionais; - Analisar associações entre problemas psicossociais e fatores sociodemográficos e historial clínico das crianças estudadas.</p>	<p>A equipa de profissionais de saúde infantil preventiva examinou uma amostra nacional de crianças com 14 meses de idade, através de um exame físico e uma avaliação mais aprofundada, sobre a saúde e desenvolvimento infantil. Obtiveram, ainda, dados sócio - demográficos, em diálogo com um ou ambos pais, na presença da criança. Recorreram ao ITSEA, versão para pais, para obter informações relativas ao comportamento e problemas emocionais e sociais na criança.</p>	<p>Os resultados indicam que a equipa de profissionais de saúde infantil preventiva identifica com frequência problemas psicossociais em crianças de 14 meses de idade. No entanto, foi perdida muita informação dos pais, pela não resposta ao questionário ITSEA. Em geral, a população em estudo evidencia melhorias importantes, a quando da deteção precoce de problemas psicossociais em crianças e jovens. As associações com variáveis sociodemográficas foram fracas. Uma etapa seguinte deve ser a avaliação de vários métodos para melhorar a deteção e tratamento precoce e eficaz referência neste grupo etário. Vários instrumentos, como o BITSEA (versão reduzida do ITSEA) estão agora a ser estudados numa amostra representativa de crianças na Holanda.</p>
<p>Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm.</p>	<p>Treyvaud, Anderson, Lee, Woodward, Newnham, Inder, Doyle e Anderson, (2009)</p>	<p>Observar a saúde mental dos pais de crianças que nasceram muito prematuras e analisar as relações entre a saúde mental dos pais e o desenvolvimento social e emocional precoce de crianças pré-termo e a termo.</p>	<p>Participaram no estudo 177 crianças muito prematuras e 69 crianças a termo, bem como os respetivos pais. A saúde mental dos pais foi avaliada pelo questionário de Saúde Geral (GHQ-28), quando as crianças tinham dois anos (idade corrigida). O desenvolvimento social e emocional da criança foi avaliado utilizando o ITSEA e o paradigma estruturado de interação pai-filho.</p>	<p>Vinte e seis por cento dos pais de crianças nascidas muito prematuras e 12% dos pais de crianças nascidas a termo apresentaram problemas de saúde mental, clinicamente significativos. Os problemas de saúde mental dos pais foram associados ao risco aumentado de desregulação em crianças muito prematuras e a termo. Estas descobertas avultam a necessidade de identificar e apoiar os pais de bebés muito prematuros, com problemas de saúde mental.</p>
<p>Individual differences in preschoolers' salivary cortisol and alpha-</p>	<p>Tracy, Spinrad, Nancy Eisenberg, Douglas,</p>	<p>Identificar as relações entre a reatividade ao stress situacional, através da observação de emoções e informações da mãe sobre o temperamento e ajustamento de crianças em idade pré-</p>	<p>Foi realizada uma colheita de saliva em crianças, antes e após, confronto com uma situação frustrante, de forma a avaliar o cortisol salivar. Além de outros instrumentos (Laboratory Temperament sssessment Battery: Observação de emoções na criança, Child Behavior Checklist (CBQ, Rothbart et</p>	<p>Quarenta e sete por cento das crianças avaliadas apresentaram um aumento do cortisol salivar, após estarem perante uma situação frustrante. Os níveis de cortisol salivar foram associados a níveis relativamente baixos de raiva, impulsividade (externalização) e elevada capacidade de regulação em meninas. No entanto, o mesmo não se verificou para os</p>

2. REVISÃO DA LITERATURA

<p>amylase reactivity: Relations to temperament and maladjustment</p>	<p>Granger, Natalie, Eggum, Haugen, Anne, Kupfer, Claire Hofer, Julie, Sallquist, (2009)</p>	<p>escolar.</p>	<p>al.,1994) foi utilizado o questionário ITSEA, preenchido pelas mães, de forma a avaliar o comportamento da criança, sob a avaliação de dois domínios: externalização e internalização e subdomínios respetivos.</p>	<p>meninos. Concluiu-se que reatividade ao stress situacional não estava relacionada com as emoções das crianças, mas sim, com a capacidade de regulação da mãe.</p>
<p>Impact of Traumatic Life Events in a Community Sample of Toddlers</p>	<p>Mongillo, Briggs-Gowan, Ford e Carter (2009)</p>	<p>Avaliar o impacto social e emocional de acontecimentos de vida potencialmente traumáticos e experimentados em crianças, entre os 6 e os 36 meses de idade.</p>	<p>Foi avaliado um corte de nascimentos dos 18 aos 36 meses de idade, da Região Metropolitana de New Haven. Foram contactados os pais de 917 crianças para responder a um questionário que incluía, entre vários (CBCL, <i>Post-Traumatic Stress Disorder</i> - PTSD), o instrumento de avaliação ITSEA-versão para pais.</p>	<p>As crianças expostas a eventos traumáticos apresentam maiores níveis de externalização, desregulação, através da avaliação do ITSEA, bem como no CBCL nas escalas de internalização e externalização, ao contrário das crianças que não estão expostas a estes eventos. Aproximadamente um quinto das crianças expostas a eventos traumáticos foram relatadas, pelos seus pais, por terem experimentado uma mudança dramática no seu funcionamento, após esse mesmo evento e foram descritas como tendo altos níveis de sintomas compatíveis com o stress pós-traumático. Este estudo revela como principal limitação o facto de a informação ter sido prestada por um único informante. É possível, as crianças tenham experimentando sintomas adicionais que não foram facilmente observáveis para os seus pais, ou que estes não os tenham associado à exposição a determinado evento.</p>
<p>Reliability and validity of standardized</p>	<p>Jianduan, Huishan, Shuhua,</p>	<p>Avaliar a confiabilidade e validade da versão chinesa do ITSEA (CITSEA).</p>	<p>A investigação foi realizada através de um corte transversal em catorze cidades do Sul,</p>	<p>A versão chinesa do ITSEA é válida e as propriedades psicométricas desta versão traduzida (incluindo</p>

2. REVISÃO DA LITERATURA

Chinese version of Urban Infant–Toddler Social and Emotional Assessment	Xiaonan, Guoyan, Guangli, Junxi (2009)	<p>Norte, Leste, Oeste Centro da China. Os pais responderem por auto-administração ao questionário ITSEA.</p> <p>Participaram no estudo um total de 5323 crianças saudáveis (2690 meninos e 2633 meninas) com idade compreendidas entre 12 a 36 meses das 14 cidades, recrutados através de um esquema de amostragem em múltiplos estágios.</p> <p>Dados sociodemográficos também foram obtidos e realizada a tradução do ITSEA. A confiabilidade e validade do CITSEA foram examinadas através de métodos psicométricos.</p>	<p>confiabilidade e validade) são consideradas aceitáveis. Ele pode ser usado como um instrumento de avaliação de problemas sociais e emocionais, incluindo atrasos na competência sócio-emocional para as crianças chinesas.</p>	
Infant Joint Attention, Temperament, and Social Competence in Preschool Children	Hecke, Vaughan, Mundy, Acra, Block, Delgado, Parlade, Meyer, Neal e Pomares (2007)	<p>Analisar as associações entre a atenção infantil e desenvolvimento social e emocional em crianças com 12, 15, 24 e 30 meses.</p>	<p>As crianças foram avaliadas numa sala de laboratório, decorada com cartazes, um sofá, uma mesa de testes, um intercomunicador e várias cadeiras. A administração da escala inicial de comunicação social foi gravada, através de um espelho unidirecional, usando equipamento de vídeo Super-VHS Panasonic e um microfone preso ao teto da sala de laboratório.</p> <p>Outras informações foram obtidas através da aplicação de alguns questionários aos pais (<i>Early Social Communication Scales, Toddler Behavior Assessment Questionnaire – Revised, Bayley Scales of Infant Development-Second</i>. E o ITSEA nos domínios de externalização e competências sociais.</p>	<p>Iniciar episódios de atenção conjunta ou ainda responder às tentativas dos adultos de redirecionar e manter a atenção conjunta foram associados às competências sociais e comportamentos externalizados, aos 30 meses, mesmo quando avaliado o temperamento aos 15 meses, cognição e linguagem aos 24 meses e variáveis sociodemográficas.</p> <p>Os resultados sugerem que, as associações existentes entre a linguagem, cognição e a atenção conjunta na infância refletem aspetos robustos do desenvolvimento, que estão relacionados com as diferenças individuais e com o aparecimento de competência social e comportamentais na infância.</p>
Évaluation du développement socioémotionnel de l'enfant d'un à	Bracha, Gerardin, Perez-Diaz, Perriot,	<p>Apresentar as propriedades psicométricas da adaptação francesa do ITSEA.</p>	<p>A adaptação francesa envolveu tradução e retroversão e foi aplicado a 179 pais com bebés em centros de pediatria e 115 pais com bebés em creches. O método estatístico</p>	

2. REVISÃO DA LITERATURA

<p>trois ans : validation de la version française de l'Infant-Toddler Social and Emotional Assessment A French adaptation of the Infant-Toddler Social and Emotional Assessment</p>	<p>de LaRocque, Flament, Leroux, Cohen, Reinert, Mazet e Carter (2007)</p>	<p>utilizado foi a análise confirmatória. A análise das variâncias detetou o efeito de idade e sexo sobre os valores médios de domínios e escalas.</p>	<p>Análise fatorial confirmatória apoiou uma estrutura fatorial latente comparável à descrita para o ITSEA. Todos os domínios e a maioria dos subdomínios mostram a confiabilidade intradomínios adequada. O ESEJE aparece como um instrumento promissor na deteção precoce de problemas comportamentais e atraso nas aquisições entre os 12 e os 36 meses de idade.</p>	
<p>Can we differentiate sensory over- responsivity from anxiety symptoms in toddlers? perspectives of occupational therapists and psychologists</p>	<p>Ben-sasson, Orsmond, Carter e Fogg (2007)</p>	<p>Verificar as diferenças entre as opiniões emitidas por terapeutas ocupacionais e psicólogos relativamente aos comportamentos, que espelham problemas no processamento sensorial e perturbações de ansiedade.</p>	<p>Vinte e quatro terapeutas ocupacionais e vinte e cinco psicólogos preencheram dois questionários (ITSEA- <i>Infant Toddler Social Emotional Assessment</i> e ITSP- <i>Survey of Sensory Processing and Anxiety Indicators in Toddlers</i>), enviados por correio. Os itens avaliados dizem respeito a escalas sensoriais e de ansiedade.</p>	<p>Os terapeutas ocupacionais apresentaram maior tendência para avaliar os diferentes assuntos como sinais ou sintomas de problemas do processamento sensorial, em comparação com os psicólogos. Os terapeutas ocupacionais estão mais seguros da distinção entre as escalas sensoriais e de ansiedade. Neste mesmo estudo, os terapeutas ocupacionais diagnosticaram mais casos como problema do processamento sensorial, enquanto os psicólogos diagnosticaram mais casos com ansiedade generalizada. Estes resultados refletem as perspetivas dos diferentes profissionais sobre o comportamento e as dificuldades em distinguir estes mesmos problemas em crianças na primeira infância.</p>
<p>Are Infant- Toddler Social- Emotional and Behavioral Problems Transient?</p>	<p>Carter, Bosson- Heenan, Guyer e Horwitz (2006)</p>	<p>Analisar a persistência de problemas sociais e emocionais e de comportamento em crianças, na primeira infância, através da informação obtida por pais.</p>	<p>A amostra foi composta por 1082 crianças, identificadas, a partir de registos de nascimentos. As crianças tinham idades compreendidas entre os 12 e os 40 meses de</p>	<p>Foram detetados valores elevados nos domínios da internalização, externalização e/ou desregulação, sugerindo problemas sócio emocionais e comportamentais, através da avaliação do questionário ITSEA, versão para pais. Os resultados indicam que os problemas no</p>

2. REVISÃO DA LITERATURA

		idade. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: questionário sociodemográfico; ITSEA; Escala de Comprometimento da Vida Familiar; Preocupação sobre a criança; Índice de <i>stress</i> parental; Inventário de depressão; Inventário da ansiedade-Beck; Escala de ambiente familiar e Inventário de Inventos de Vida.	desenvolvimento social e emocional e de comportamento não são transitórios e destaca a necessidade de intervenção precoce, avaliação nos vários domínios e família e a eficácia da detecção e intervenção precoce.
The Infant–Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): Factor Structure, Reliability, and Validity	Carter, Briggs-Gowan, Jones, Little (2003)	- Descrever as propriedades psicométricas do instrumento de avaliação, ITSEA. - Apresentar os resultados de uma amostra diversificada a nível sociodemográfico, de um corte de 1235 pais de crianças, entre os 12 e os 36 meses. Os pais foram contactados por carta para participarem no estudo, sendo informados da sua seleção para um estudo sobre o desenvolvimento social, emocional e comportamental de crianças, na primeira infância. Participaram no estudo crianças entre os 12 e os 36 meses de idade (N=1235; 605 rapazes e 630 raparigas). Foram utilizadas variáveis sociodemográficas; ITSEA; Child Behavior Checklist for 1.5-5; Colorado Child Temperament Inventory; Center for Epidemiologic Studies Depression Inventory; Beck Anxiety Inventory; Vineland Adaptive Behavior Scales for Children—Expanded Form; The Infant Mullen Scales of Early Learning e Evaluator Ratings of Child Problems and Competencies.	A análise fatorial confirmatória apoiou as hipóteses nos domínios de Internalização, externalização, regulamentares e competência, bem como as 17 escalas individuais, que compõem o ITSEA. As análises dos subdomínios revelaram invariância estrutural que deverá significar diferenças de níveis, em ambos os sexos e faixas etárias em criança de 6 meses de idade. Diferenças de sexo sugerem alguns problemas, sobretudo na escala de competência, em meninos classificados como maiores níveis de atividade / impulsividade e meninas com resultados mais elevados nas subescalas da ansiedade, correspondente à escala de Competência. A confiabilidade <i>teste-reteste</i> considera-se aceitável.

3. METODOLOGIA

3.1. AMOSTRA

A amostra foi constituída por 167 pais (16 do sexo masculino e 151 do sexo feminino) de crianças saudáveis (84 do sexo masculino e 83 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 12 e os 35 meses de idade ($M=25$ e $DP=7$) e pelos respetivos educadores ($N=27$). Esta amostra foi recolhida na região centro de Portugal.

Para obter a amostra foi essencial definir uma amostragem probabilística estratificada por sexo na região centro de Portugal (baseada nos censos de 2001). Desta forma, foi necessário considerar que o total de crianças que abrangem estas idades é de 45 579 no Centro (23 108 do sexo masculino e 22 471 do sexo feminino). Assim, para definir o tamanho da amostra (n) representativo da população (N) da NUTS centro foi utilizada a seguinte fórmula: $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z_{1-\alpha/2}^2 * (N-1) + p*(1-p)]$, através do programa Epi Info 3.5.3 (Center for Disease Control and Prevention), ao qual acedemos na data de 1 de Dezembro de 2011. O valor encontrado é de 164 crianças, para uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 80%.

Seguidamente foi realizada a amostragem probabilística estratificada por sexo na NUTS Centro, na qual a amostra de cada estrato (n_h) é dada pelo produto entre a população de cada estrato (N_h) e a razão entre o tamanho da amostra (n) e a população total (N): $n_h = N_h * n/N$. Esta amostragem pode ser verificada na tabela 1.

Tabela 1. *Distribuição amostral por sexo para cada faixa etária e da NUTS Centro*

NUTS	<i>n</i> masculino para cada faixa etária	<i>n</i> feminino para cada faixa etária
Centro	83	81

Nesta região foram seleccionadas aleatoriamente 18 creches, tendo como base um total de 88 creche (dados facultados pelo Instituto Nacional de Estatística e Carta Social). Em cada uma destas creches foram aleatoriamente seleccionadas por salas, 50% das crianças, através do método moeda ao ar, até alcançar o n representativo de cada sexo.

Assim, alcançamos 220 crianças, das quais 119 crianças do sexo masculino e 101 crianças do sexo feminino, da NUTS Centro. Nove pais recusaram-se a participar no estudo. Deste modo, obtivemos uma amostra total de 211 crianças, 114 do sexo masculino e 97 do sexo feminino.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão crianças prematuras (idade gestacional < 36 semanas); crianças com baixo peso à nascença (< 2200g); crianças com baixo índice de Apgar (1º e 5º minutos com pontuações abaixo de 5); crianças que foram sujeitas a complicações no parto (por exemplo, necessidade de reanimação e anóxia grave) e crianças que possam estar associadas a atraso de desenvolvimento e/ou crianças com anomalias genéticas ou congénitas conhecidas (por exemplo síndrome de Down).

Destas 211 crianças (114 do sexo masculino e 97 do sexo feminino) foram ainda excluídas 44 crianças (30 do sexo masculino e 14 do sexo feminino) por apresentarem características definidas como critério de exclusão (foram excluídas 24 crianças com baixo peso à nascença; 11 apresentaram baixo índice de apgar; 7 foram sujeitas a complicações graves durante o parto e 2 com anomalias genéticas).

Desta forma, a amostra de estudo foi constituída por 167 crianças (84 do sexo masculino e 83 do sexo feminino).

De modo a compreender o perfil dos inquiridos, apresenta-se de seguida um resumo da estatística descritiva dos dados.

A amostra compreende 167 progenitores com idades compreendidas entre os 20 e os 46 anos, sendo $M=22$ e $DP=5$, tabela 2.

Tabela 2. Estatística descritiva da Idade do progenitor e educador

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
idade do progenitor que responde ao questionário	167	20	46	33	5
idade do educador que responde ao questionário	27	26	54	33	6

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica da amostra verifica-se que a grande maioria dos informadores (pais) correspondem às mães das crianças (91,0%) enquanto apenas 9,0% correspondem aos pais das crianças. Relativamente ao sexo do inquirido podemos ver que a maioria é do sexo feminino (90,4%) e são quase na totalidade (97,0%) portugueses.

Considerando o meio onde residem os pais, verificamos pouca discrepância entre o meio rural (40,4%) e o meio urbano (39,2%), havendo ainda uma minoria de 20,5% que reside num meio semi-urbano.

Sabemos também que todos (100%) os inquiridos afirmam que sabem ler e escrever português e que a esmagadora maioria (91,0%) é casado ou vive em união de facto.

No que concerne às habilitações literárias do progenitor podemos concluir que a maioria (38,9%) possui uma licenciatura e uma percentagem não muito diferente (37,7%) tem o 12º ano de escolaridade, ou equivalente a este. Cerca de 11,4% dos progenitores inquiridos têm o 9º ano de escolaridade/3º ciclo do ensino básico e apenas uma percentagem residual (1,8%) tem habilitações inferiores a esta. É também uma percentagem muito pequena a correspondente aos inquiridos com bacharelato (5,4%) e com mestrado (4,8%).

Quanto à situação profissional do progenitor podemos verificar que a maioria dos progenitores inquiridos (87,4%) está numa atividade de profissão remunerada e apenas 10,2% se encontram desempregados. Podemos ainda observar que apenas 0,6% é estudante e 1,2% tem profissão de doméstica.

Pretendemos conhecer o tipo de atividade profissional dos progenitores inquiridos e concluímos que a maioria (87,3%) tem um emprego sem carga física. Por fim, quanto ao rendimento do agregado familiar podemos ver que a maioria tem entre 1505 e 2990 euros (34,5%). No entanto a percentagem de inquiridos cujo agregado familiar tem entre 905 a 1500 euros não difere muito da anterior (31,5%), assim como aqueles que auferem valores entre os 505 e os 900 euros (25,5%).

No que concerne à caracterização sociodemográfica dos educadores, verificou-se que todos os educadores são do sexo feminino. Verificamos também que a maioria reside em meio urbano (77%), meio semi-urbano (14%) e meio rural (9%).

Sabemos também que todos (100%) os educadores inquiridos afirmam que sabem ler e escrever português e que a maioria (81,0%) é solteiros e os restantes (19%) são casados ou vivem em união de facto.

Relativamente às habilitações leterárias dos educadores podemos constatar que a maioria (87%) possui licenciatura e uma minoria (13%) dos educadores possuem mestrado.

3.2. INSTRUMENTO

3.2.1. Descrição geral do Instrumento

Infant-Toddler Social and Emotional Assessment - ITSEA, consiste num instrumento de avaliação clínica que se encontra empiricamente validado (ou baseado em pesquisas) tendo como objetivo identificar problemas sociais e emocionais e competências que compreendem áreas de interesse nas crianças, com idade entre os 12 e os 35 meses e 30 dias de idade (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

Este instrumento de avaliação permite obter informações dentro de quatro grandes domínios, respeitantes ao desenvolvimento social e emocional da criança: Externalização, Internalização, Desregulação e Competência.

O ITSEA encontra-se mais apropriado para utilização nos estágios iniciais de uma avaliação, fornecendo um método eficiente para reunir uma grande quantidade de informações sobre a perceção dos pais ou prestadores de cuidados infantis (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

Desta forma, o ITSEA é composto por duas versões: a versão para pais "Parent Form" (ANEXO I) e a versão para prestadores de cuidados "Childcare Provider Form" (ANEXO II).

A versão original do ITSEA foi padronizada e normalizada com base numa amostra representativa nacional que foi estratificada para coincidir com os censos de 2002 nos Estados Unidos da América (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

Baseado nos estudos de investigação prévia, o ITSEA tem sido utilizado com sucesso num diversificado leque de famílias com crianças entre os 12 e os 35 meses e 30 dias de idade, incluindo famílias cujos pais são abrangidos por uma ampla gama de origens socioeconómicas e educativas, e famílias com crianças que possuem uma vasta gama de dificuldades de desenvolvimento, incluindo atrasos globais de desenvolvimento e atrasos de linguagem específica. Outra característica importante do ITSEA consiste na sua aplicação. Esta é apropriada a crianças que ainda não utilizam palavras, porque apenas alguns itens/questões fazem referência à fala (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

O ITSEA é apropriado e deve ser utilizado sempre que o objetivo é reunir o máximo de informações abrangentes sobre o desenvolvimento social e emocional em crianças entre os 12 aos 35 meses e 30 dias de idade.

As respostas obtidas pela versão para pais irão possibilitar a definição de um perfil de problemas de comportamentos e competências, e ainda, auxiliar na identificação das áreas que podem ser importantes para avaliações posteriores e/ou definição de planos de tratamento. O ITSEA ao incluir questões sobre uma ampla gama de comportamentos típicos e atípicos, os pais podem descrever os comportamentos dos seus filhos sem os terem de julgar como incomuns para uma criança de uma determinada idade.

O ITSEA encontra-se atualmente disponível nas versões Inglês e Espanhol.

Considerando as questões de definição de problemas de comportamento e de competências do ITSEA, Briggs-Gowan e Carter (2006, as cited in Briggs-Gowan & Carter, 2007) referem dois tipos de problemas de foro comportamental.

O primeiro tipo de problemas abrange os comportamentos comuns ao desenvolvimento típico, tais como a agressividade, o medo ou a tristeza. Estes comportamentos podem tornar-se problemáticos, quando ocorrem de forma frequente, ou com grande intensidade, ou por seu turno, quando a sua frequência ou intensidade ocorre menos vezes de acordo com o esperado (Briggs-Gowan & Carter, 2007).

A segunda tipologia dos problemas comportamentais abrange os comportamentos que nunca se encontram apropriados ao padrão de desenvolvimento, tais como aqueles que podem ser observados nas crianças com a Perturbação de Espectro de Autismo (por exemplo, movimentos de *flapping*, ou movimentos das mãos desadequados) (Briggs-Gowan & Carter, 2007).

Atendendo à conceptualização do ITSEA, de acordo com Del Carmen e Carter (2004, as cited in Briggs-Gowan & Carter, 2007), este instrumento surgiu devido a uma maior consciencialização existente nas últimas duas décadas acerca da existência de problemas sociais e emocionais/comportamentais nas crianças até aos três anos de idade, proporcionando um crescente reconhecimento da importância para utilizar novos métodos de avaliação que incluíssem vários domínios. Com base nesta consciência, fundamentam que uma avaliação abrangente é essencial para a identificação e sinalização de todas as áreas, nas quais a intervenção é justificada, documentando a sua

eficácia e que o conhecimento geral referente à adaptação sócio emocional da criança assume implicações importantes ao nível do plano e abordagem de tratamento adotado. Deste modo, o acesso aos problemas sociais e emocionais, bem como ao atraso na aquisição de competências, permitem melhorar o conhecimento das necessidades das crianças referentes a outros domínios de funcionamento no âmbito da intervenção precoce (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

Deste modo e como resposta à falta de instrumentos de avaliação que permitissem avaliar os problemas e competências que estivessem apropriados à idade compreendida entre um a três anos de idade, o ITSEA foi desenvolvido (Carter & Gowan, 1993, as cited in Carter *et al.*, 2003). A definição operacional de problemas inclui os comportamentos que são tradicionalmente denominados por Externalização e Internalização (Achenbach, 1966 as cited in Carter *et al.*, 2003) bem como problemas regulatórios ou comportamentos de *má-adaptação*.

A seleção dos itens, que estão na base do desenvolvimento do ITSEA compreendeu uma revisão da literatura acerca do desenvolvimento psicológico e psicopatológico, focando as manifestações de dificuldades precoces na infância, as quais são de interesse neste período de vida. Os diagnósticos apresentados no DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Mental-Fourth Edition-Text Edition*) e no DC: 0-3 (Diagnostic Classification:0-3) foram analisados, a fim de identificar áreas e sintomas específicos nos bebés e crianças, para que fosse abordado de forma abrangente a psicopatologia precoce. A conclusão retirada com base nesta revisão permitiu identificar três domínios de problemas necessários na estruturação do ITSEA: Externalização, Internalização e Desregulação. A fim de uma melhor compreensão, os sintomas pertencentes a perturbações raras também foram contemplados (Carter & Briggs-Gowan, 2007). Assim, como o domínio das Competências, apresentando as competências essenciais que vão sendo desenvolvidas ao longo desta faixa etária.

3.2.2. Estrutura e domínios avaliados no ITSEA

Quanto à estrutura do questionário, o ITSEA comporta 166 itens, que podem ser quantificados de acordo com três opções de resposta: 0-não verdadeiro/raramente; 1-um pouco verdadeiro/algumas vezes; 2-muito verdadeiro/frequentemente.

Compreende três domínios (internalização, externalização e desregulação) e seis Competências (submissão, atenção, motivação, imitação/jogo, empatia e relações pró-social com os pares).

O domínio Internalização compreende os subdomínios Depressão/Isolamento, Ansiedade Geral, Ansiedade de Separação e Inibição à Novidade.

O domínio Externalização compreende os subdomínios Atividade/Impulsividade, Agressividade/Provocação e Agressividade entre os pares.

Por último, o domínio Desregulação compreende os subdomínios Emotividade Negativa, Sono, Alimentação e Sensibilidade Sensorial.

O ITSEA compreende ainda três grupos de itens denominados por Grupo de Itens Mal Adaptados, Grupo de Itens que contempla as relações sociais e Grupo de Itens Atípicos. Estes grupos incluem itens que ocorrem de forma rara na população em geral. Especificamente, ocorrem em menos de 5 % da população.

O Grupo de Itens Mal Adaptados inclui itens que abordam comportamentos que refletem sintomas presentes no Síndrome de tourette, perturbação de stress pós-traumático, problemas que indicam falta de atenção social, comportamentos sexualizados, pica (perturbação caracterizada pela persistência para comer substâncias não-nutritivas).

O Grupo de Itens referente às Relações Sociais contempla abordagens sobre o comportamento social, que revelam interesse pelos outros, tais como comportamento afetivo, relações de contacto e atenção social.

O Grupo de Itens Atípicos focaliza movimentos repetitivos, hábitos que são incomuns, e que se referem a crianças portadoras da Perturbação do Espectro do Autismo, as quais se encontram mais propensas a desenvolver este tipo de comportamentos e menos dispostas a desenvolver comportamentos como “apontar para mostrar” ou partilhar (Carter *et al.*, 2004, as cited in Carter & Briggs-Gowan, 2007).

Os domínios, bem como os seus subdomínios e os grupos de itens aqui referidos encontram-se sintetizados na tabela 2 (Anexo I e II).

Tabela 3. *Domínios e Subdomínios do ITSEA*

Domínio	Subdomínios
Externalização	Atividade / Impulsividade
	Agressividade/Provocação
	Agressividade entre pares
Internalização	Depressão/Isolamento
	Ansiedade Geral
	Ansiedade de Separação
	Inibição à Novidade
Desregulação	Emotividade Negativa
	Sono
	Alimentação
	Sensibilidade Sensorial
Competências	Submissão
	Atenção
	Motivação
	Imitação/Jogo
	Empatia
	Relações pró-sociais com os pares

Adaptado de Carter e Briggs-Gowan (2007)

a) ITSEA- Questionário para Pais

O questionário para pais do ITSEA fornece informações importantes sobre vários aspetos inerentes ao desenvolvimento social e emocional da criança, incluindo problemas de externalização, problemas de internalização, problemas de desregulação, comportamentos adaptativos, comportamentos atípicos, relacionamento social e competências sócio emocionais (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

O questionário para pais é constituído por seis grandes secções (secção A, secção B; secção C; secção D; secção E e secção F) e demora cerca de 25 minutos a ser concluído. O pai ou familiar que responde ao questionário deve estar familiarizado com o comportamento da criança no dia-a-dia. Em caso de adoção ou pais de acolhimento, que se encontram recentemente a cuidar da criança, o ITSEA deve ser preenchido após os pais terem cuidado da criança durante pelo menos 1 mês, para garantir que os pais tiveram tempo suficiente para se familiarizarem com o comportamento da criança. Nos casos de guarda compartilhada ou visitação, os pais devem rotineiramente passar tempo suficiente com o seu filho para se manterem bem informados e se sentirem confortáveis para relatar múltiplos aspetos do funcionamento social e emocional da criança e do seu comportamento no último mês (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

O questionário para pais foi desenvolvido para ser utilizado como parte de uma avaliação mais abrangente, que pode incluir como suplemento, questionário para outros prestadores de cuidados e outras ferramentas de avaliação e/ou métodos. Este instrumento não pretende constituir um instrumento de diagnóstico nem foi realizado para ser utilizado separadamente para direccionar as crianças para um serviço/especialidade médico(a) específico(a) (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

Através dos resultados obtidos pelo questionário dos pais, os médicos/técnicos de saúde podem obter informações detalhadas sobre uma vasta gama de comportamentos, incluindo comportamentos que não são observados durante uma visita rotineira de pediatria, intervenção precoce ou numa visita ao consultório médico (por exemplo, problemas relacionados com a alimentação, o dormir, com o relacionamento com os pares). O ITSEA também permite que os médicos/técnicos de saúde obtenham informações sobre os comportamentos que podem elevar a preocupação clínica sobre a criança, apesar de os pais não verem os comportamentos da criança como parte de um

padrão possivelmente preocupante (por exemplo, é afetuoso com estranhos) (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

Apesar de os itens do ITSEA não abordarem questões relacionadas com o início, fim ou duração dos sintomas, é essencial, para fazer um diagnóstico formal, que as respostas aos itens do ITSEA forneçam ao médico/técnico informações iniciais sobre a presença ou não de um determinado sintoma no último mês, e se presente, a frequência para o qual a criança exibiu esse sintoma (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

Uma vez que um conjunto de critérios sintomáticos é satisfeito a este nível preliminar, um médico/técnico pode realizar questões adicionais para determinar ou não se existe um conjunto de sintomas a interferir com o progresso do desenvolvimento da criança ou causando sofrimento à família, e/ou para determinar se uma perturbação está presente ou ausente (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

O ITSEA é um instrumento valioso na programação e avaliação do tratamento e pode ser utilizado para monitorar as mudanças no funcionamento de crianças ao longo do tempo (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

O ITSEA também inclui muitos itens que avaliam as competências sociais e emocionais de forma a ser utilizado para identificar as crianças que podem ter défices ou atrasos na aquisição de competências sociais e emocionais ou excluir a existência de problemas de comportamento. O domínio das competências do ITSEA e os subdomínios habilitam o clínico/técnico para avaliar a aquisição das competências sociais e emocionais em função da idade cronológica ou idade mental. A avaliação das competências é fundamental para a identificação de crianças que não a satisfazer as expectativas na área do desenvolvimento social e emocional. A avaliação das competências também é importante na identificação dos “pontos fortes” da criança de forma a contribuir para o delineamento do plano de tratamento e desenvolvimento educacional (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

b) ITSEA- Questionário para "outros prestadores de cuidados"

O questionário para outros prestadores de cuidados o “Childcare Provider” foi desenvolvido como um suplemento do formulário para pais. Não foi desenvolvida nenhuma norma para este questionário, no entanto, as pontuações obtidas dos itens avaliados podem ser comparadas com os resultados do questionário para pais (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

O questionário ITSEA para o prestador de cuidados deve ser preenchido por alguém que cuida da criança diariamente ou semanalmente durante pelo menos no último mês e é constituído por seis grandes secções (secção A, secção B; secção C; secção D; secção E e secção F), tal como a versão para os pais (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

Ao utilizar o questionário para outros prestadores de cuidados, pode-se explicar aos pais que os seus filhos podem adotar comportamentos distintos com diferentes pessoas e em diferentes ambientes e que perceber como é que a criança se comporta nestes diferentes ambientes, nomeadamente na creche, proporciona uma compreensão mais rica e mais completa acerca desta criança (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

É interessante poder comparar os resultados dos questionários respondidos pelos pais e os respondidos pelos prestadores de cuidados dessa mesma criança, para determinar se um determinado comportamento é observado de forma semelhante em diferentes contextos. A comparação dos dois questionários permite identificar as áreas em que os dois observadores, essencialmente concordam ou discordam relativamente ao comportamento e competência de uma criança. Segundo as autoras (Carter & Briggs-Gowan, 2007), é importante reconhecer que os prestadores de cuidados infantis geralmente relatam baixos níveis de problemas e competências. Se os resultados do questionário do prestador de cuidados relativamente a um domínio de problema ou subdomínio forem significativamente maior do que a pontuação obtida no questionário respondido pelos pais, deve ser explorada essa discrepância. Existem duas exceções para esta recomendação, relativamente ao subdomínio da Depressão/Isolamento, uma vez que os outros prestadores de cuidados tendem a relatar maiores pontuações nestes subdomínios. Por esse motivo deve ser explorada ainda mais esta discrepância. Outra informação importante a ter em consideração é se os pais e os prestadores de cuidados indicam problemas de comportamento no mesmo domínio e no mesmo subdomínio. As

questões em cada subdomínio são apresentadas pela mesma ordem em ambas as versões dos questionários. Pode ser possível através da comparação dos itens individuais dentro dos domínios em ambos os questionários encontrar diferenças significativas, e estas diferenças não interferirem com o resultado no domínio. Por exemplo, uma criança aparece referenciada com elevada pontuação no domínio da externalização, no entanto, tanto o pai/mãe como o prestador de cuidados pode ter classificado diferentes subdomínios com valores elevados (o pai pode ter dado pontuações elevadas na subdomínio da agressividade enquanto o prestador de cuidados dá valores elevados na subdomínio da atividade/impulsividade o que resulta numa elevada pontuação no domínio da externalização). Este facto sugere um consenso geral de que a criança está a vivenciar dificuldades no domínio da externalização, mas que os problemas podem ser expressos de formas distintas em contextos diferente ou com indivíduos diferentes a observar. Uma criança pode adotar comportamentos diferentes em dois contextos, provavelmente devido às exigências dos ambientes diferentes (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

As discussões podem ser mais ricas quando envolvem ambas as partes, pais e prestadores de cuidados, resultando num reforço clinicamente significativo acerca do comportamento da criança na presença de adultos diferentes e em ambientes distintos (Carter & Briggs-Gowan, 2007).

3.2.3. Utilizadores do Instrumento ITSEA

O instrumento de avaliação ITSEA foi projetado para ser utilizado por profissionais qualificados com treino formal na utilização e interpretação da ferramenta de avaliação padronizada e que têm a sua formação/supervisão na área da saúde mental e desenvolvimento específico para trabalhar com pais e crianças pequenas: psicólogos, psiquiatras, técnicos da área da saúde mental, técnicos nas áreas da intervenção precoce, assistentes sociais, pediatras, profissionais de enfermagem, técnicos da área da pediatria ou educadores das escolas/creches. Se algum dos técnicos referidos anteriormente não está qualificado para usar o ITSEA poderá fazê-lo apenas se ele ou ela é supervisionada por um profissional qualificado que tenha experiência em saúde mental infantil e está familiarizado com a avaliação padronizada, e pode auxiliar na interpretação dos resultados.

O ITSEA não deve ser preenchido pelos pais ou responsáveis sem orientação de um profissional qualificado que é treinado para interpretar os resultados adequadamente e compreende perfeitamente todas as características desta ferramenta.

3.2.4. Administração do ITSEA

Ao preencherem o ITSEA os pais podem fazê-lo como preenchimento de um questionário autoadministrado ou como uma entrevista estruturada. O questionário original para pais está disponível em Inglês e Espanhol. Os pais que falam as duas línguas devem preencher o questionário numa das que se sintam mais confortáveis.

O resumo dos resultados é a última folha do questionário ITSEA, versão para pais. Deve preencher-se todos os dados demográficos no topo da folha e retirar toda a restante informação do acesso aos pais. Os pais não devem ter acesso a esta folha porque está organizada por domínios, subdomínios o que pode influenciar as suas respostas, e conseqüentemente interferir nos resultados da avaliação.

Se os pais preferirem responder ao questionário sob a forma de questionário autoadministrado, o pai/mãe terá de ler todos os itens do formulário e marcar as suas respostas no formulário, circulando a opção mais adequada. É importante incentivar os

pais a ler todas as instruções e colocar questões caso alguma coisa não seja suficientemente clara.

Na maioria das vezes, os pais optam por responder ao questionário sob a forma de autoadministração. No entanto, se algum técnico preferir preencher o questionário como parte de uma entrevista estruturada, é importante que o entrevistador leia as instruções e perguntas verbalmente sem fazer qualquer interpretação perante os pais. É muito difícil manter uma entrevista estruturada, porque muitas vezes os pais querem falar sobre o seu filho. Se um pai/mãe pede ajuda relativamente à classificação de uma questão deve-se incentivar os pais a dar a resposta que eles acham melhor descrever o seu filho.

Como a criança pode ter comportamentos diferentes com pai/mãe, tendo as respostas de ambos pode fornecer um importante *insight* sobre o comportamento da criança. Neste caso, os pais devem completar independentemente o questionário, para que as respostas de um dos pais não influenciem as respostas do outro.

Para alguns itens, os pais podem indicar que não tiveram a oportunidade de observar determinados comportamentos da criança (por exemplo, o comportamento na relação com os pares) ou que a criança não é capaz de se comportar de determinada maneira devido a certas restrições (por exemplo, limitações físicas). Por exemplo, uma criança socialmente competente que é fisicamente incapaz de imitar o bater de palmas ou fazer adeus (item do subdomínio da Imitação/Jogo) não pode ter uma cotação de 0 no item. Uma pontuação destas iria reduzir artificialmente a pontuação da criança no subdomínio da Imitação/Jogo e no domínio das competências, em resultado de uma limitação física. Neste caso, os pais devem colocar um círculo no N como “Nenhuma oportunidade”. Itens com respostas N não são adicionados na contagem final, mas afetam a pontuação uma vez que os itens são eliminados do cálculo da pontuação final.

Para os restantes itens os pais circulam a resposta mais adequada, de acordo com a intensidade/frequência dos comportamentos “Não verdadeiro/Raramente” (0); “Um pouco verdadeiro/Algumas vezes” (1) ou “Muito verdadeiro/Frequentemente” (2).

3.3. PROCEDIMENTOS

3.3.1. Procedimentos de tradução dos questionários

O processo de tradução do instrumento de avaliação utilizado no presente estudo, o ITSEA - *Infant Social and Emotional Assessment* (versão para pais- *parent form* e versão para "outros prestadores de cuidados" - *childcare provider form*) é apresentado de seguida, ao longo de seis fases, como base numa adaptação da metodologia de Figueiredo (2005) e Campana e Tavares (2009):

Primeira fase - Para efetuar a tradução inicial do instrumento procedeu-se à entrega das versões originais (versão para pais e versão para "outros prestadores de cuidados") a duas profissionais independentes (tradutora A e tradutora B), cuja língua materna é a da versão a adaptar, com conhecimentos aprofundados na língua original do instrumento (possuidoras de licenciatura no ensino da língua Inglesa). Assim, constituiu-se um primeiro painel do qual se obteve as duas traduções de cada questionário (tradução A e tradução B).

Segunda fase - Foram entregues, ambas as traduções (tradução A e tradução B) ao painel de peritos, constituído por dois professores da Universidade de Évora (Professor Doutor Jorge Fernandes e Mestre Vera Oliveira). Procedeu-se assim à análise das versões traduzidas pelos peritos, especialistas nas áreas de Psicomotricidade e Psicossomática, no sentido de verificar o rigor da tradução e a terminologia específica. Respeitando a opinião que reuniu maior consenso no painel de peritos, foi realizada a versão pré-final em português do instrumento.

Terceira fase - Após a análise do painel de peritos, os questionários do ITSEA, versão para pais e versão para "outros prestadores de cuidados" foram entregues a um tradutor independente, para que este realizasse a retrotradução dos questionários.

Quarta fase - Os questionários foram novamente entregues e revistos pelo painel de peritos, chegando-se a um consenso final que permitiu a elaboração dos questionários "versão pré-teste".

Quinta fase - Os questionários "versão pré-teste" foram aplicados a 10 pais e 3 educadoras, assim como algumas questões foram efetuadas através de um questionário complementar de compreensão (ANEXO III), de forma a garantir o registo de todas as dúvidas/dificuldades dos pais e educadoras ao responder ao questionário, garantindo a compreensão total de todos os itens.

Sexta fase - O painel de peritos voltou a reunir-se para analisar e discutir os resultados do pré-teste efetuado. Desta forma, procedeu-se às últimas alterações, obtendo-se assim a versão final traduzida do questionário ITSEA (questionário versão para pais e do questionário versão para "outros prestadores de cuidados") (Figura 1).

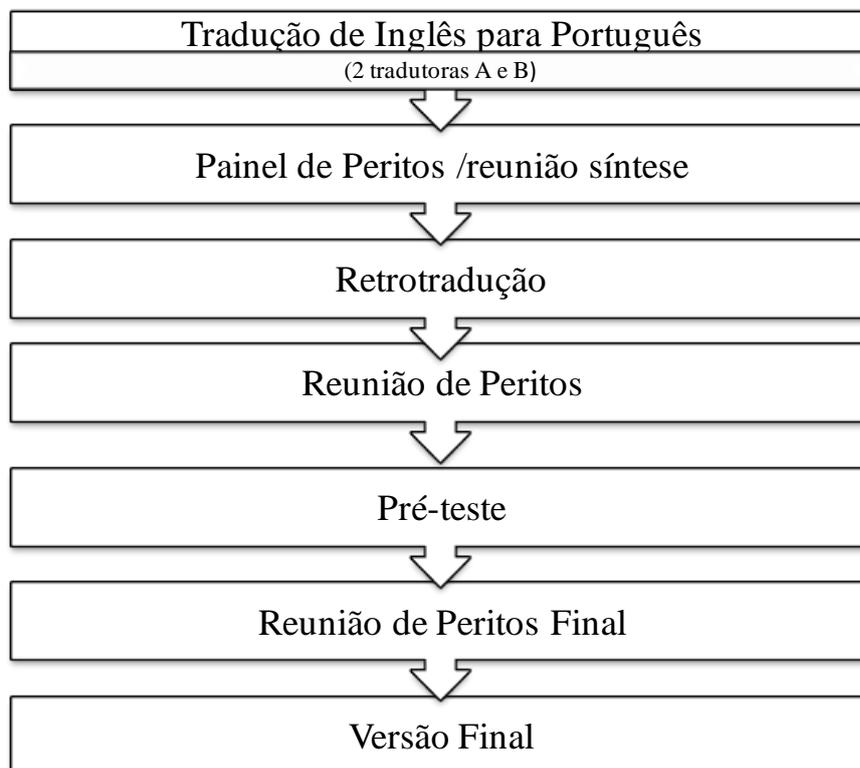


Figura 1. Processo síntese de tradução e adaptação do *ITSEA-Infant Toddler Social Emotional Assessment para a língua portuguesa* (adaptado de Figueiredo, 2005 e Campana, A. e Tavares, M., 2009)

3.3.2. Recolha de dados

No sentido de constituir a amostra foram contactados 20 estabelecimentos da NUTS Centro, categorizados como creches. Das quais 15 eram categorizadas como IPSS e 5 Instituições Privadas. Foi efetuado um contato telefónico primeiramente, a fim de estabelecer um primeiro contato pessoal (reunião) com a Direção e/ou coordenação técnica e/ou pedagógica de forma a explicar todo o projeto de investigação.

Em cada reunião foi apresentado o projeto de investigação, através de um documento explicativo e foi também requerida uma autorização formal à direção de cada creche ou coordenação técnica e/ou pedagógica e preenchida uma declaração de autorização (ANEXO IV) para realizar o estudo. Apenas 2 (1 IPSS e 1 creche privada) dos 20 estabelecimentos selecionados não aceitaram participar na realização do estudo.

Após esta primeira reunião, realizou-se uma segunda reunião (nas creches que aceitaram participar) com os educadores responsáveis pelas salas que abrangem a idade entre os 12 e os 35 meses de idade. Esta reunião teve como propósito a apresentação do projeto de investigação, bem como contextualizar o instrumento de avaliação e facultar instruções acerca do preenchimento do questionário "versão para pais" e "versão para outros prestadores de cuidados" (esta última a preencher pelos educadores). Aos educadores também foi entregue um documento explicativo sobre o projeto de investigação (ANEXO V), bem como uma declaração de aceitação para participarem no estudo.

Todos os encarregados de educação tiveram conhecimento prévio do projeto de investigação por intermédio dos educadores, assinando um documento de consentimento informado, no qual foi explicado o tipo de estudo, o propósito do estudo, as características do instrumento de avaliação a ser utilizado e algumas informações para o seu preenchimento (ANEXO VI). Para além destas informações acerca do estudo foram salvaguardados os direitos ao anonimato e à confidencialidade dos dados recolhidos.

A participação de cada sujeito foi totalmente voluntária e foi garantida formalmente a confidencialidade dos dados. Foi também esclarecido que a não-aceitação em participar no estudo não apresentaria qualquer consequência.

Para garantir a confidencialidade, adotou-se a utilização de um número codificado para efeitos de registo de respostas em software estatístico. Este código foi utilizado no questionário ITSEA - versão para pais e ITSEA - versão para "outros prestadores de cuidados" e no questionário sociodemográfico, preenchido pelos pais (ANEXO VII).

Cada educador distribuiu ambos os questionários (ITSEA, versão traduzida e questionário sociodemográfico) aos encarregados de educação das crianças da sua sala, selecionadas aleatoriamente, e a estes foi solicitado para procederem à sua entrega uma semana depois.

Tendo em conta as limitações de tempo, o preenchimento do questionário foi autoadministrado, pelos encarregados de educação, sem a presença da autora do estudo, no entanto, foram disponibilizados contatos telefónicos e correio eletrónico, de forma a garantir que todas as questões e/ou dúvidas fossem devidamente esclarecidas.

A recolha de dados foi garantida pela autora do presente estudo, sendo também responsável por toda a gestão e acompanhamento dos participantes no âmbito da pesquisa de campo.

De referir que não existiu qualquer benefício para os participantes, no que toca a qualquer incentivo financeiro para a participação no estudo.

3.4. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

O processo estatístico inerente ao presente estudo contemplou as seguintes fases:

Primeira fase - Realização dos testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de especificidade de Bartlett, que nos permitiu avaliar a existência de correlações lineares significativas entre as variáveis, pressuposto para a realização da Análise Fatorial Exploratória (AFE) (Pestana & Gageiro, 2008);

Segunda fase - Realização da AFE utilizando o método das componentes principais e rotação *Varimax*, a fim de agrupar os itens de cada domínio e subdomínio de forma homogênea, de acordo com a disposição adequada de cada item, quer estatisticamente, quer conceptualmente;

Terceira fase - Estudo da Fiabilidade /Consistência Interna através do *Alpha* de Cronbach, de acordo com os valores de Consistência Interna deste modelo;

Quarta fase - Comparação dos resultados, analisando as respostas dos questionários respondidos por pais e educadores, através do teste *t-Student* para duas amostras emparelhadas. Quando as amostras têm dimensão inferior ou igual a 30, os testes t exigem que o(s) grupo(s) em análise tenha(m) distribuição normal. O teste t para amostras emparelhadas pode ser aplicado desde que as amostras aleatórias sejam retiradas de uma população normal ou sejam amostras com dimensão suficientemente grande ($n \geq 30$ para ambas as amostras) para se aplicar o Teorema do Limite Central.

No presente estudo ambas as amostras são superiores a 30 ($n=167$) logo, pelo Teorema do Limite Central, assume-se a distribuição normal dos dados.

A análise estatística dos resultados em estudo foi realizada através do programa Statistical Package for the Social Sciences -SPSS, versão 20.0 e o valor de significância considerado para todos os testes efetuados foi de $p < 0,05$.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados está organizada de acordo com os objetivos que apresentamos inicialmente.

4.1. Tradução dos questionários

Ao iniciar a apresentação dos resultados da tradução e adaptação cultural dos questionários, importa salientar que os resultados de ambas as versões (pais e prestadores de cuidados) serão apresentados conjuntamente, como se de um único questionário se tratasse. Isto porque os questionários são praticamente iguais. A versão para "outros prestadores de cuidados" apresenta apenas 8 itens a mais na secção A, relativamente à versão para pais. A versão para "outros prestadores de cuidados" não apresenta a secção F, contrariamente ao que ocorre na versão para pais.

Após as traduções dos questionários de inglês para português (tradução A e tradução B) procedeu-se à análise da equivalência de significado dos itens, tendo-se obtido inúmeras divergências. A tabela 3 resume as divergências geradas, apresentado os termos por secções e respetivo número do item.

Tabela 4. *Termos divergentes que surgiram na primeira tradução da versão Inglesa para a Versão Portuguesa do ITSEA*

	Termo em Inglês (Original)	Termo utilizado na tradução A	Termo utilizado na tradução B
Secção A	1. pleasure	contentamento	Prazer
	2. can't take your eyes off of him or her"	não o/a pode perder de vista	não se pode tirar os olhos de cima
	4. can't sit still	não consegue ficar sentado/a	não consegue sentar-se quieta
	5. rules	Instruções	Regras
	6. nigh	Noite	Sesta
	7. "tantrums until he or she"	ataques de fúria	Birras
	8. "certain places"	alguns lugares	certos lugares
	10. upset	Perturbada	aborrecida/irritada
	11. you try to leave	quando tenta sair	quando se vai embora
	15. loved ones	entre queridos	aqueles de quem gosta
	16. because of how they feel	devido à sua textura	por causa da matéria com que são feitos
	20. pay attention	estar atento	concentrar-se
	20. for a long time	durante muito tempo	por um período longo
	21. adjusting	adaptar-se	ajustar-se
	22. gives a toy	dando um brinquedo	oferece um brinquedo
	24. gags	vómitos	bolsa (bolsar)
	28. is destructive	é destrutivo	é destruidor
	32. very unhappy	muito triste	Triste
	33. withdrawn	distante	Afastado
	34. freezes	imóvel	muito quieta
	36. phrase	frase	Expressão
	36/37. over and over	vezes sem conta	várias vezes
36. enjoyment	satisfação	Contentamento	
41. self	mesmo	próprio	
42. that are not edible	não comestíveis	coisas impróprias	
Secção B	1. bothered	Incomodado	Aborrecido
	2. takes	demora	Leva
	3. frustrated	não pode fazer algo	Frustrado
	5. upset	Irritado	Aborrecido
	6. "first time"	à primeira vez	Logo
	7. puts toys	afasta os brinquedos	guarda os brinquedos
	8. wound up	comportamento exaustivo	fica irritado
	8. silly	tolo	Parvo
	9. acts bossy	autoritário	Mandão
	10. moving	mexer-se	andar de um lado para o outro
	11. feel	textura	Toque
	14. quiets down	sosegado	Acalma
	15. chewing	mastigada	Chupada
	19. squeeze	aperto de mão	Apertando
	19. pat	palmadinha	Pancadinha
	20. has started	voltou a	começou a
	24. hangs	pendura-se	encosta-se
	26. cuddled	mimos	Carícias
	27. screams	guincha	Grita
	28. reaches	procura	Pede
29. spits out fod	deita fora comida	cospe a comida	
31. doesn't get own way	não consegue o que quer	não levar a sua avante	

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Secção B	34. sneaky	traíçoeiro	esconde
	35. looks at picture books	olha para livro com imagens	usa livros ilustrados
	36. puts	põe	Enfia
	37. sick	mal disposto	doente
	37. upset	irritado	aborrecido
	38. shaving	barbear-se	fazer a barba
	41. is well-behaved	comporta-se bem	sabe comportar-se
	50. grouchy	mal disposto	Rabugenta
	50. bad mood	mau humor	mal disposta
	52. stays still	quieto	Sossegado
	53. troubles	dificuldades	Problemas
	57. make-up	compensar	remediar
	59. easily frustrated	desiste muito facilmente	sente-se facilmente frustrado
	63. people's feelings	sentimentos das outras pessoas	sentimentos dos outros
	64. new adults	adultos que não conhece	adultos ou estranhos
	65. things	coisas	Aquilo
	68. foods right away	novos alimentos sem hesitar	aceita bem comida nova
	69. challenging activities	atividades que ofereçam desafios	atividades desafiadoras
	71. bye-bye	acenos	Adeus
	73. smile or laugh	rir	Sorrir
	74. irritable	irritação	Irritável
	74. grouchy	rabugento	Resmungão
	75. pays careful attention	presta muita atenção	toma atenção
	76. looks	aparenta	Parece
	77. other children his or her age	as crianças da sua idade	do que o normal para a idade
	80. whiny	insolente	Choramingas
	80. fussy	irriquieto	Exigente
	83. new children	crianças que não conhece	outras crianças
	84. have no energy	não ter energia	ter pouca energia
85. angry	furioso	zanga-se	
85. pouts	faz má cara	faz beicinho	
88. temper tantrums	ataques de fúria	birras temperamentais	
89. is a picky eater	come mal	come pouco	
92. seems	aparenta	Parece	
Secção C	pergunta: do not complete this section	não preencha mais nada nesta secção	não complete esta secção
	2. swears	usa linguagem rude	diz asneiras/pragueija
	3. takes a while	demora algum tempo	leva a algum tempo
Secção D	5. disgusting	chocantes	Nojentas
	1. takes turn	muda de atitude	Alterna
	2. angry	irritado	Zangado
	3. nicely	de forma simpática	Delicadamente
	4. favorite friend	melhor amigo	amigo favorito
	5. picks	irrita	Pica
Secção E	6. teases	importuna	Provoca
	1. body tic	tiques corporais	Tique
	1. twitch	espasmos	Tiques
	2. unable	incapaz	não consegue
	3. cheeks	bochechas	Boca
	12. bowel movements ("poops")	movimentos do intestino (faz cocó)	barulho dos intestinos (pum)
	13. bowel movements	defeca	dá "puns"
	15. acts out	finge	Repete
15. enjoyment	satisfação	Alegria	
17. chews	põe na boca	Chucha	

Os termos/itens divergentes foram discutidas em reunião de peritos e após análise, chegou-se a um consenso relativamente aos termos a utilizar na primeira tradução do questionário. A Tabela que se segue resume as decisões tomadas.

Tabela 5. *Termos consensuais resultantes da análise das duas traduções iniciais*

	Termo utilizado na Tradução A	Termo utilizado na Tradução B	Termos sugeridos pelo painel de peritos
Secção A	1. contentamento	Prazer	prazer
	2. não o/a pode perder de vista	não se pode tirar os olhos de cima	não o/a pode perder de vista
	4. não consegue ficar sentado/a	não consegue sentar-se quieta	não consegue sentar-se quieta
	5. instruções	Regras	Regras
	6. noite	Sesta	noite
	7. ataques de fúria	Birras	birras
	8. alguns lugares	certos lugares	certos lugares
	10. perturbada	aborrecida/irritada	aborrecida
	11. quando tenta sair	quando se vai embora	quando se vai embora
	15. ente queridos	aqueles de quem gosta	aqueles de quem gosta
	16. devido à sua textura	por causa da matéria com que são feitos	devido à sua textura
	20. estar atento	concentrar-se	estar atento
	20. durante muito tempo	por um período longo	durante muito tempo
	21. adaptar-se	ajustar-se	adaptar-se
	22. dando um brinquedo	oferece um brinquedo	dando um brinquedo
	24. vómitos	bolsa (bolsar)	vómitos
	28. é destrutivo	é destruidor	é destruidor
	32. muito triste	Triste	triste
	32. distante	Afastado	afastado
	34. imóvel	muito quieta	muito quieta
36. frase	Expressão	frase	
36/37. vezes sem conta	várias vezes	várias vezes	
36. satisfação	Contentamento	contentamento	
41. mesmo	próprio	próprio	
42. não comestíveis	coisas impróprias	não comestíveis	
Secção B	1. incomodado	Aborrecido	incomodado
	2. demora	Leva	leva
	3. não pode fazer algo	Frustrado	frustrado
	5. irritado	Aborrecido	irritado
	6. à primeira vez	Logo	logo
	7. afasta os brinquedos	guarda os brinquedos	afasta os brinquedos
	8. comportamento exaustivo	fica irritado	fica irritado
	8. tolo	Parvo	toló
	9. autoritário	Mandão	autoritário
	10. mexer-se	andar de um lado para o outro	mexer-se
	11. textura	Toque	textura
	14. sossegado	acalma	sossegado
	15. mastigada	chupada	mastigada

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

	19. aperto de mão	apertando	apertando
	19. palmadinha	pancadinha	pancadinha
	20. voltou a	começou a	começou a
	24. pendura-se	encosta-se	pendura-se
	26. mimos	carícias	carícias
	27. guincha	grita	grita
	28. procura	pede	procura
	29. deita fora comida	cospe a comida	cospe a comida
	31. não consegue o que quer	não levar a sua avante	não consegue o que quer
	34. traíçoeiro	faz às escondidas	faz às escondidas
	35. olha para livro com imagens	usa livros ilustrados	usa livros ilustrados
	36. põe	enfia	enfia
	37. mal disposto	doente	mal disposto
	45. irritado	aborrecido	irritado
	38. barbear-se	fazer a barba	fazer a barba
	41. comporta-se bem	sabe comportar-se	comporta-se bem
	50. mal disposto	rabugenta	rabugenta
	50. mau humor	mal disposta	mau humor
	52. quieto	sossegado	sossegado
	53. dificuldades	problemas	problemas
	57. compensar	remediar	remediar
	59. desiste muito facilmente	sente-se facilmente frustrado	sente-se facilmente frustrado
	63. sentimentos das outras pessoas	sentimentos dos outros	sentimentos das outras pessoas
	64. adultos que não conhece	adultos ou estranhos	adultos que não conhece
	65. coisas	aquilo	aquilo
	68. novos alimentos sem hesitar	aceita bem comida nova	novos alimentos sem hesitar
	69. atividades que ofereçam desafios	atividades desafiadoras	atividades desafiadoras
	71. acenos	adeus	adeus
	73. rir	sorrir	sorrir
	74. irritadiço	irritável	irritadiço
	74. rabugento	resmungão	rabugento
	75. presta muita atenção	toma atenção	presta muita atenção
	76. aparenta	parece	parece
	77. as crianças da sua idade	do que o normal para a idade	as crianças da sua idade
	80. insolente	choramingas	choramingas
	80. irrequieto	exigente	irrequieto
	83. crianças que não conhece	outras crianças	outras crianças
	84. não ter energia	ter pouca energia	não ter energia
	85. furioso	zanga-se	zanga-se
	85. faz má cara	faz beicinho	faz beicinho
	88. ataques de fúria	birras temperamentais	birras temperamentais
	89. come mal	come pouco	come mal
	91. aparenta	parece	parece
	pergunta: não preencha mais nada nesta secção	não complete esta secção	não complete esta secção
Secção C	2. usa linguagem rude	diz asneiras/pragueja	usa linguagem rude
	3. demora algum tempo	leva algum tempo	leva algum tempo
	5. chocantes	Nojentas	chocantes
Secção D	1. muda de atitude	Alterna	muda de atitude
	2. irritado	Zangado	zangado
	3. de forma simpática	Delicadamente	delicadamente
	4. melhor amigo	amigo favorito	amigo favorito
	5. irrita	Pica	irrita
	6. importuna	Provoca	provoca

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Seção E	1. tiques corporais	Tique	tiques corporais
	1. espasmos	Tiques	Espasmos
	2. incapaz	não consegue	não consegue
	3. bochechas	Boca	Boca
	12. movimentos do intestino (faz cocó)	barulho dos intestinos (pum)	movimentos do intestino (faz cocó)
	13. defeca	dá "puns"	Defeca
	15. finge	repete	Repete
	15. satisfação	alegria	Alegria
	17. põe na boca	chucha	põe na boca

Um tradutor independente das tradutoras iniciais realizou a retrotradução dos questionários. Quando analisámos a retrotradução e a versão original observamos que alguns termos e expressões não surgiram iguais à versão original do ITSEA, o que se verificou logo à partida com a designação de uma das versões "childcare provider". Apesar das traduções iniciais (tradução A e tradução B) serem concordantes no que respeita a tradução deste termo para "educadores", quando realizada a retroversão, o termo que surgiu "teacher"/"trainer" não coincidiu com a versão original do questionário, o mesmo verificou-se com os itens que podemos observar na tabela 5.

Tabela 6. *Expressões/termos resultados da Retroversão*

	Versão original	1ª Tradução (com termos sugeridos pelo painel de peritos)	Retrotradução
Seção A	11. "Cries or hangs onto you when you try to leave"	"Chora ou agarra-se a si quando se vai embora"	"Cries or clings to you when you're gone"
	16. "Won't touch some objects because of how they feel"	"Não toca em alguns objetos devido à sua textura"	"Do not touch some objects due to its texture"
	20. "Can pay attention for a long time (other than when watching TV)"	"Consegue estar atento/a durante muito tempo (sem ser quando vê televisão)"	"Can you be attentive / a long time (not when watching TV)"
	22. "Tries to help when someone is hurt (for example, gives a toy)"	"Tenta ajudar quando alguém está magoado (dando um brinquedo, por exemplo)"	"Try to help when someone is hurt (giving a toy, for example)"
	32. "Seems very unhappy, sad, depressed, or withdrawn"	"Parece infeliz, triste ou afastado"	"It seems unhappy, sad or away"
	34. "When upset, gets very still, freezes, or doesn't move"	"Quando está aborrecida, fica muito quieta sem se mover"	"When you're upset, is very quiet without moving"
	36. "Repeats the same action or phrase over and over without enjoyment"	"Repete a mesma ação ou a mesma frase várias vezes sem mostrar contentamento"	"Repeat the same action or the same phrase several times without showing contentment"
	42. "Eats or drinks things that are not edible, like paper or paint"	"Come ou bebe coisas que não comestíveis, como por exemplo papel ou tinta"	"Eat or drink things that are not edible, such as paper and ink"
Seção B	7. "Puts toys away after playing"	"Afasta os brinquedos depois de brincar"	"Take away the toys after playing"
	8. "Gets very wound up or silly when playing"	"Fica irritado ou tolo enquanto brinca"	"Stay angry or foolish while playing"
	11. "Dislikes some foods because of how they feel"	"Não gosta de alguns alimentos devido à sua textura"	"Not like some food due to its texture"
	14. «Quiets down when you say "Shh"»	«Fica sossegado quando lhe diz "Shhh"»	"Stay quiet when he says "Shhh"»
	19. "Hugs people with a squeeze or pat"	"Abraça pessoas com um aperto de mão ou uma pancadinha"	"Embrace people with a handshake or a pat"
	26. "Likes being cuddled, hugged, or kissed by loved ones"	"Gosta de ser acariciada, abraçada ou beijada pelas pessoas de quem gosta"	"He likes to be stroked, hugged or kissed by the people you love"
	27. "Is very loud. Shouts or screams a lot"	"É muito barulhenta, grita muito"	"It's very noisy, screams a lot"
	29. "Spits out food"	"Cospe a comida"	"Spit the food"
	34. "Is sneaky. Hides misbehavior"	"Gosta de fazer as coisas às escondidas"	"He likes to do things on the sly"
	35. "Looks at picture books by himself or herself"	"Usa livros ilustrados sem ajuda"	"Use picture books without help"
	45. "Is hard to soothe when upset"	"É difícil de acalmar quando está Irritado/a"	"It's hard to calm down when you're angry"
	41. "Is well-behaved"	"Comporta-se bem"	"Behaves well"
	57. «Tries to "make-up" for misbehaving»	"Tenta remediar quando se porta mal"	"Attempts to remedy when it misbehaves"
	59. "Is impatient or easily frustrated"	"É impaciente e sente-se facilmente frustrado"	"You feel impatient and easily frustrated"
	64. "Is shy with new adults"	"É tímido/a com adultos que não conhece"	"He is shy / with adults who do not know"
68. "Accepts new foods right away"	"Aceita novos alimentos sem hesitar"	"Accept new foods without hesitation"	
69. "Enjoys challenging activities"	"Gosta de atividades desafiadoras"	"Like the challenging activities"	
71. "Imitates clapping or waving bye-	"Imita bater palmas ou dizer adeus"	"Mimics hit Palamas or say	

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

	bye"		goodbye"
	80. "Is whiny or fussy when he or she is not tired"	"Fica choramingas ou irrequieto/a quando está cansado"	"It whining or restless / when the tired"
	83. "Is shy with new children"	"É tímido/a com outras crianças"	"He is shy / with other children"
	88. "Has temper tantrums"	"Tem birras temperamentais"	"Has temper tantrums"
	89. "Is a picky eater"	"Come mal"	"eat poorly"
Secção C	2. "Swears"	"Usa linguagem rude"	"It uses rude language"
	5. "Talks about strange, scary, or disgusting things"	"Fala sobre coisas estranhas, assustadoras ou chocantes"	"Talk about weird things, scary or shocking"
Secção D	1. "Takes turns when playing with others"	"Muda de atitude quando está a brincar com outras crianças"	"Changes in attitude when playing with other children"
	3. "Asks for things nicely when playing with children"	"Pede coisas delicadamente às outras crianças"	"Ask gently ace things other children"
	5. "Picks on or bullies other children"	"Irrita ou goza com outras crianças"	"Irritant or enjoys with other children"
	6. "Teases other children"	"Provoca as outras crianças"	"It causes the other children"
Secção E	2. "Makes sounds he or she seems unable to control"	"Faz sons que não consegue controlar"	"It sounds that you can not control"
	12. "Plays with own bowel movements ("poops")"	"Brinca com os movimentos do intestino (faz cocó)"	"He plays with bowel movements (poops)"
	13. "Has bowel movements where he or she shouldn't"	"Defeca onde não devia"	"Crap where it ought not"
	17. "Chews on things he or she shouldn't"	"Põe coisas na boca que não devia"	"It puts things in his mouth that he should not"

Os questionários foram novamente entregues e revistos pelo painel de peritos, tendo em consideração a retrotradução. Chegou-se a um consenso, relativamente à tradução do termo "Childcare provider", optando-se por traduzir por "prestador de cuidados". Após esta etapa os questionários foram organizados de forma a se proceder à elaboração do pré-teste. A tabela 6 aponta os termos/expressões selecionadas para a definição do questionário para pré-teste.

Tabela 7. Termos e expressões selecionados para Pré-teste

	Versão Original	Tradução para Pré-teste
Seção A	11. "Cries or hangs onto you when you try to leave"	"Chora ou agarra-se a si quando (você) tenta ir embora"
	16. "Won't touch some objects because of how they feel"	"Não toca em alguns objetos por causa da sensação que eles provocam"
	20. "Can pay attention for a long time (other than when watching TV)"	"Consegue prestar atenção durante muito tempo (sem ser quando vê televisão)"
	22. "Tries to help when someone is hurt (for example, gives a toy)"	"Tenta ajudar quando alguém se magoa (por exemplo, dá um brinquedo)"
	32. "Seems very unhappy, sad, depressed, or withdrawn"	"Parece muito infeliz, triste, deprimido/a ou ausente"
	34. "When upset, gets very still, freezes, or doesn't move"	"Quando está aborrecido(a), fica muito quieto(a), imóvel ou sem se mover"
	36. "Repeats the same action or phrase over and over without enjoyment"	"Repete a mesma ação ou a mesma frase inúmeras vezes sem mostrar satisfação."
Seção B	42. "Eats or drinks things that are not edible, like paper or paint"	"Come ou bebe coisas que não são próprias, como papel ou tinta "
	7. "Puts toys away after playing"	"Abandona os brinquedos depois de brincar"
	8. "Gets very wound up or silly when playing"	"Fica muito tenso(a) ou estranho(a) enquanto brinca"
	11. "Dislikes some foods because of how they feel"	" Não gosta de alguns alimentos devido à sensação que lhe provoca"
	14. «Quiets down when you say "Shh"»	«Fica tranquilo(a) quando se lhe diz "Chhh"»
	19. "Hugs people with a squeeze or pat"	"Abraça as pessoas com firmeza ou com <i>pancadinhas</i> "
	26. "Likes being cuddled, hugged, or kissed by loved ones"	"Gosta de ser acariciado(a), abraçado(a) ou beijado(a) pelas pessoas de quem gosta."
	27. "Is very loud. Shouts or screams a lot"	"É muito barulhento(a). Fala alto ou grita muito "
	29. "Spits out food"	" Cospe deitando fora a comida."
	34. "Is sneaky. Hides misbehavior"	"É dissimulado(a). Esconde o mau comportamento"
	35. "Looks at picture books by himself or herself"	" Vê livros ilustrados sozinho(a)."
	41. "Is well-behaved"	" É bem comportado(a)"
	45. "Is hard to soothe when upset"	" É difícil de acalmar quando se irrita"
	57. «Tries to "make-up" for misbehaving»	"Tenta "reparar" o seu mau comportamento "
	59. "Is impatient or easily frustrated"	"É impaciente ou fica frustrado(a) facilmente "
	64. "Is shy with new adults"	" É tímido(a) com novos adultos "
	68. "Accepts new foods right away"	" Aceita novos alimentos de imediato "
	69. "Enjoys challenging activities"	" Gosta de atividades desafiantes"
	71. "Imitates clapping or waving bye-bye"	"Imita bater palmas ou acenar para dizer adeus"
80. "Is whiny or fussy when he or she is not tired"	"Fica choroso(a) ou facilmente irritável quando não está cansado(a)"	
83. "Is shy with new children"	"É tímido(a) com novas crianças "	
88. "Has temper tantrums"	"Faz birras"	
89. "Is a picky eater"	" Uma criança "difícil " para comer "	
Seção C	2. "Swears"	" Diz palavrões "
	5. "Talks about strange, scary, or disgusting things"	"Fala sobre coisas estranhas, assustadoras, desagradáveis"
Seção D	1. "Takes turns when playing with others"	" Espera a sua vez quando brinca com os outros "
	3. "Asks for things nicely when playing with children"	"Pede as coisas delicadamente quando brinca com crianças "
	5. "Picks on or bullies other children"	" Atormenta ou ameaça outras crianças"
	6. "Teases other children"	" Provoca outras crianças "

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Secção E	2. "Makes sounds he or she seems unable to control"	" Produz sons que parece não controlar "
	12. "Plays with own bowel movements ("poops")"	"Brinca com as suas próprias fezes ("cocó")"
	13. "Has bowel movements where he or she shouldn't"	"Faz "cocó" onde não deve (por exemplo no chão)"
	17. "Chews on things he or she shouldn't"	" Mastiga coisas que não deve "

Depois de aplicada a versão dos questionários pré-teste, na reunião de peritos, foi constatada a necessidade de alteração/adequação de alguns itens, nomeadamente no termo "childcare provider" que tinha sido traduzido para "educadores" e foi alterado para " outros prestadores de cuidados". A aplicação do pré-teste também demonstrou existirem alguns itens pouco claros, principalmente para os pais, como no item 25 da secção B: "Passa uma bola de volta para si" pelo que, nesta reunião de peritos se optou por alterar para "Envia uma bola de volta para si". Alguns pais também referiram o item 29 da mesma secção: "Cospe, deitando fora a comida", como um item pouco claro, pelo que se optou por "Cospe a comida".

Por fim, após a reunião de peritos final, formalizou-se a versão final dos questionários ITSEA, versão para pais e prestadores de cuidados (ANEXO VIII e IX).

4.2. Verificação de Pressupostos para a Análise Fatorial Exploratória

Os valores KMO obtidos pela análise ao questionário dos pais, nos domínios da externalização e desregulação situam-se no intervalo entre 0,7 e 0,8, o que nesta escala indica uma razoabilidade "Média" para efeitos de adequabilidade da referida análise fatorial. No domínio da internalização os valores obtidos apresentam-se no intervalo entre 0,6 e 0,7, sinónimo de uma "Razoável" adequação da amostra. No domínio das competências, os valores obtidos situam-se no intervalo entre os 0,5 e 0,6, que nesta escala indica uma "Má" adequação da amostra.

Quanto aos valores de KMO obtidos pela análise ao questionário dos educadores, nos domínios da externalização e desregulação os valores obtidos situam-se no intervalo entre 0,7 e 0,8, o que nesta escala indica uma razoabilidade "Média" para efeitos de adequabilidade da referida análise fatorial. Para o domínio das competências, obteve-se valores situados no intervalo entre os 0,6 e 0,7, que nesta escala indica uma "Razoável" análise fatorial, contudo, para o domínio de internalização os valores obtidos são inferiores a 0,5, valores "Inaceitáveis" para efeitos de adequabilidade da referida análise fatorial.

No que concerne ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), este varia entre 0 e 1. Quanto mais perto de 1, tanto melhor. Pallant (2007) sugere 0,6 como um limite razoável.

Os valores obtidos, em todos os domínios, com exceção do domínio da internalização (questionário educadores) e do domínio das competências (questionário pais), ultrapassam o limite mínimo recomendado de 0,60 para o KMO (Field, 2009). Todos os valores que se encontram no intervalo 0,6 a 0,8 são sinónimo de uma razoável e média (Pereira, 2008) adequação da amostra.

Assim sendo, de acordo com vários autores (Hill & Hill, 2002; Pestana & Gajreiro, 2005) os valores obtidos permitem aferir a qualidade das correlações de forma a prosseguir com a análise fatorial, uma vez que o valor do teste de KMO é superior a 0.6 para a generalidade dos domínios e o valor do teste de Bartlett é significativo (Tabela 7).

Tabela 8. Resultados KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett

Domínio	Valores de KMO		Teste de Bartlett (sig.)	
	Pais	Educadores	Pais	Educadores
Externalização	0,795	0,751	0,00	0,00***
Internalização	0,677	0,355	0,00	0,00***
Desregulação	0,702	0,751	0,00	0,00***
Competências	0,583	0,695	0,00	0,00***

*** $p < 0,001$.

4.3. Análise Fatorial

Após a verificação do KMO e teste especificidade de Bartlett realizámos a análise fatorial exploratória (AFE) identificando padrões de correlação entre o conjunto de variáveis em estudo.

A análise fatorial, relativas aos questionários dos pais será apresentada separadamente desta mesma análise ao questionário dos educadores.

Para a análise fatorial em questão, estabeleceu-se como saturação mínima, o valor de 0,20 e os seguintes critérios foram previamente definidos:

- Nos casos em que o item pertencer a mais de um fator foi utilizado primeiramente o critério de mais alto valor de saturação e, secundariamente, do conteúdo semântico do item e a sua pertinência de acordo com o modelo teórico previamente descrito;
- Serão excluídos todos os subdomínios, cujos itens expurgados ultrapassem 1/3 dos itens totais desse mesmo subdomínio.

As saturações de cada item nos respetivos fatores (subdomínios) são de seguida apresentadas, separadamente por domínios. Dentro de cada subdomínio, os itens encontram-se dispostos por ordem decrescente da sua carga fatorial e não pela ordem de apresentação do questionário original.

a) Questionários versão para pais

Relativamente ao domínio da externalização, de acordo com os critérios previamente estabelecidos, foram incluídos os itens B10, B32, B88, B44, B16 e A27 apesar de estes itens apresentarem menor saturação, nos fatores onde deveriam pertencer (de acordo com o modelo previamente descrito). Os itens B10 e B32 serão melhor relacionados com a definição conceptual de “Atividade/Impulsividade” do que “Agressividade entre pares”. Já os itens B88, B44 e B16 serão melhor relacionados com a definição conceptual de “Agressividade/Provocação” do que “Agressividade entre pares” (Tabela 8). O item A27 será melhor relacionado com a definição conceptual de "agressividade entre pares" do que "atividade/impulsividade", onde se verifica a maior carga fatorial.

Os itens B27 e B9 serão expurgados dado não existir qualquer valor de saturação mínima destes itens nos fatores onde deveriam pertencer (de acordo com o modelo previamente teórico) (Tabela 8).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 9. *Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Externalização - Pais*

Item	Conteúdo	Fator*		
		1	2	3
B8	Fica muito tenso(a) ou estranho(a) enquanto brinca.			-0,700
A2	Magoa-se tantas vezes que não o/a pode perder de vista.			0,520
A4	É agitado(a) e não consegue sentar-se quieto(a).	0,245	0,435	0,503
B10	Está sempre a mexer-se.	0,397		0,337
B32	Muda de brinquedo em brinquedo mais rapidamente do que outras crianças da mesma idade.	0,491	0,212	-0,272
B27	É muito barulhento(a). Fala alto ou grita muito.	0,492	0,333	xxx[†]
E4	Magoa os animais de propósito.		0,665	
A28	É destruidor(a), quebra ou estraga coisas de propósito.	0,370	0,658	0,209
A30	Bate, morde ou dá-lhe pontapés (ou no outro progenitor).	0,303	0,657	0,208
B3	Fica agressivo(a) quando se sente frustrado(a).		0,655	
C2	Diz palavrões.		0,632	
B30	É desobediente e desafiante (por exemplo, recusa fazer o que lhe pede).	0,418	0,453	0,225
B88	Faz birras	0,556	0,433	
A33	Tenta magoá-lo propositalmente (ou ao outro progenitor).	0,277	0,529	0,286
B34	É dissimulado(a). Esconde o mau comportamento.	0,209	0,418	
B16	Porta-se mal para chamar a atenção dos adultos.	0,598	0,378	
B44	É teimoso(a).	0,421	0,348	
B9	Age de forma autoritária.	0,562	xxx[†]	
D6	Provoca outras crianças.	0,751		
D5	Atormenta ou ameaça outras crianças.	0,702		0,242
D2	Testa as outras crianças para ver se ficam zangadas.	0,611		
D9	Magoa outras crianças.	0,604		0,428
D8	Não deixa outras crianças brincar com o seu grupo.	0,479		
A27	Bate, empurra, dá pontapés, ou morde outras crianças (não incluir irmãos). (Circule N se não tem contacto com outras crianças).	0,408	0,369	0,427

***Fator 1** - Subdomínio Agressividade entre Pares; **Fator 2** - Subdomínio Agressividade / Provocação; **Fator 3** - Subdomínio Atividade / Impulsividade

[†]**xxx** - Item expurgado dado que o fator está presente numa dimensão que não está de acordo com o Modelo Teórico

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No que concerne ao domínio da internalização, também os itens A40, A35, B86, A12, B28 e B54 foram incluídos de acordo com o segundo critério do conteúdo semântico do item e sua pertinência de acordo com o Modelo previamente descrito.

O item A40 será melhor relacionado com a definição conceptual de “Depressão/Isolamento” do que “Ansiedade de Separação”. Os itens A35 e A12 serão melhor relacionados com a definição conceptual de “Ansiedade Geral” do que “Ansiedade de Separação”. O item B86 será melhor relacionado com a definição conceptual de “Ansiedade Geral” em vez de “Inibição à Novidade”. O item B28 será melhor relacionado com a definição conceptual de “Ansiedade de Separação” do que “Inibição à Novidade”. Já o item B54 será melhor relacionado com a definição conceptual de “Ansiedade de Separação” do que “Ansiedade Geral”, de acordo com o modelo previamente descrito (Tabela 9).

Os itens B37 e A3 serão anulados por não apresentarem qualquer valor mínimo de saturação 0,20 do fator correspondente (Tabela 9).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 10. *Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Internalização - Pais*

Item	Conteúdo	Fator*			
		1	2	3	4
B92	Parece muito infeliz, triste ou deprimido(a).	0,843			
B91	Parece alheado(a)	0,743			
B76	Parece infeliz ou triste sem qualquer razão.	0,735			
B84	Parece não ter energia.	0,682			
B81	Sente-se mal consigo próprio(a).	0,545		0,317	
A9	Diverte-se menos que as outras crianças.	0,533			
A39	Não estabelece contacto visual.	0,504	0,378		0,148
B43	Ri facilmente ou com muita frequência.	0,451	0,264	0,161	-0,344
A40	Evita contato físico.	0,277	0,403		
E6	Necessita que as coisas estejam limpas ou arrumadas.				0,800
E5	Fica muito preocupado com o facto de se sujar.				0,731
E11	Preocupa-se com o próprio corpo.				0,598
B70	É perfeccionista.				0,461
A35	Coloca os objetos numa determinada ordem, vezes sem conta, e fica irritado(a) quando é interrompido(a).		0,377	-0,328	0,323
B86	Acorda na sequência de sonhos ou pesadelos.			0,294	0,271
A12	Preocupa-se muito ou é muito sério(a).	0,377	0,428	0,220	0,248
B37	Fica mal disposto(a) quando está nervoso(a) ou irritado(a).		0,602		xxx [†]
A3	Parece nervoso(a), tenso(a) ou receoso(a).	0,728	0,251		xxx [†]
B13	Fica irritado(a) quando o/a deixam com um Prestador de Cuidados conhecido ou um familiar.		0,712		
B5	Fica irritado(a) quando o/a deixam com um novo Prestador de Cuidados.	0,239	0,676		
A11	Chora ou agarra-se a si quando tenta ir embora.		0,522		
B24	Pendura-se em si ou quer estar no seu colo quando está com outras pessoas.		0,493	0,351	
B28	Procura-o(a) quando não lhe está a dar colo.	-0,266	0,322	0,351	
B54	Exige muita atenção.		0,275	0,323	0,400
B2	Leva algum tempo a sentir-se confortável em locais novos (10 minutos ou mais)			0,679	
B4	Fica quieto(a) ou menos ativo(a) em situações novas.	0,215		0,606	
B64	É tímido(a) com novos adultos.		0,259	0,575	0,223
C3	Leva algum tempo para falar em situação não familiares.			0,543	
B83	É tímido(a) com novas crianças.	0,261	0,281	0,497	

***Fator 1** - Subdomínio Depressão / Isolamento; **Fator 2** - Subdomínio Ansiedade de Separação; **Fator 3** - Subdomínio Inibição à Novidade; **Fator 4** - Subdomínio Ansiedade Geral

[†]xxx - Item expurgado dado que o fator está presente numa dimensão que não está de acordo com o Modelo Teórico

No domínio da desregulação, os itens B65, B85, A6, A17, B1 e B12 foram incluídos de acordo com o segundo critério do conteúdo semântico do item e sua pertinência de acordo com o modelo previamente descrito.

Apesar dos itens B65 e B85 apresentarem uma carga fatorial superior no fator 4 (Subdomínio do Sono) os itens, serão melhor relacionados com a definição conceptual de “Emotividade Negativa” em vez de “Sono”. Os itens A6 e A17 serão melhor relacionados com a definição conceptual de “Sono” do que “Sensibilidade Sensorial”. O item B1 será melhor relacionado com a definição conceptual de “Sensibilidade Sensorial” ao invés de “Sono” e o item B12 que por sua vez, será melhor relacionado com a definição conceptual de “Sensibilidade Sensorial” do que “Emotividade Negativa” (Tabela 10).

Apesar do item A21, de acordo com o modelo previamente descrito se enquadrar no fator 1 (Subdomínio Emotividade Negativa), a carga fatorial deste mesmo item no fator 1 é inferior ao valor mínimo previamente estabelecido, portanto, este itens será extraído. O mesmo acontece com o item B46, que deveria apresentar carga fatorial do fator 4 (Subdomínio Sono) (de acordo com o modelo previamente descrito), o que não acontece. Os itens B11 e B49, cujas cargas fatoriais no fator corresponde (3-Subdomínio Sensibilidade Sensorial) são nulas, serão expurgados também (Tabela 10).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 11. *Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Desregulação - Pais*

Item	Conteúdo	Fator*			
		1	2	3	4
B45	É difícil de acalmar quando se irrita.	0,729			
B74	É irritado ou rabugento.	0,710			
B53	Tem problemas em se acalmar quando fica irritado(a).	0,682			
A23	Fica irritado(a) muitas vezes.	0,645			
B66	Chora muito.	0,644			
A7	Chora ou faz birras até ficar exausto(a).	0,642	0,216		0,233
B80	Fica choroso(a) ou facilmente irritado mesmo quando não está cansado(a).	0,634		0,206	
B31	Chora se não consegue o que quer.	0,514			0,345
B50	Acorda rabugento(a) ou com mau humor.	0,418			
B59	É impaciente ou fica frustrado(a) facilmente.	0,389		0,256	
B65	É capaz de esperar por aquilo que quer.	0,367			0,393
B85	Zanga-se ou faz beicinho.	0,329	0,226		0,361
A21	Tem problemas em adaptar-se a mudanças.	0,199	0,131	0,181	-0,116
B58	Precisa de colo para adormecer.		-0,254	0,207	0,556
A6	Acorda durante a noite e precisa de ajuda para adormecer novamente.			0,550	0,487
B87	Quer dormir no quarto ou na cama de outra pessoa. (Circule N se ele partilha sempre o quarto ou a cama com alguém)				0,476
A17	Tem problemas em adormecer ou em permanecer a dormir.	0,271		0,648	0,303
B46	Dorme durante a noite.			0,538	xxx[†]
A26	Recusa-se a comer.		0,763		
B82	Come bem.	-0,122	0,709	0,307	-0,148
B89	É uma criança “difícil“ para comer		0,631	0,321	
B68	Aceita novos alimentos de imediato.		0,586	-0,153	0,235
B94	Recusa comer certos alimentos durante 2 ou mais dias.	0,155	0,573		-0,101
B15	Recusa comer alimentos que precisem ser mastigados	0,208	0,537		
B29	Cospe a comida.		0,460	-0,229	
A24	Tem vômitos ou engasga-se com a comida.		0,458		
E3	Guarda a comida na boca.		0,346		
B40	Assusta-se facilmente.			0,618	-0,243
A16	Não toca em alguns objetos por causa da sensação que eles provocam.			0,295	
B1	Fica incomodado(a) com barulhos fortes ou luzes brilhantes	0,313		0,237	-0,319
B39	Sente-se incomodado(a) pelo toque de algumas coisas na pele (por exemplo costuras da roupa, certos tecidos, etc.)			0,221	
B12	Fica incomodado(a) com alguns odores (cheiros).	0,222		0,213	
B11	Não gosta de alguns alimentos devido à sensação que lhe provoca.		0,501	xxx[†]	0,347
B49	Fica incomodado(a) quando está em movimento (por exemplo, baloiçar, andar à volta, ser atirado ao ar ou saltar).	0,318		xxx	

* **Fator 1** - Subdomínio Emotividade Negativa; **Fator 2** - Subdomínio Alimentação; **Fator 3** - Subdomínio Sensibilidade Sensorial; **Fator 4** - Subdomínio Sono

[†]**xxx** - Item expurgado dado que o fator está presente numa dimensão que não está de acordo com o Modelo Teórico

No domínio das competências verificou-se que o item B55 será melhor relacionado com a definição conceptual de “Atenção” do que “Relacionamento Pró-social com Pares”, o item A1 com a definição conceptual de “Motivação” em vez de “Imitação/Jogo”, B 25 com a definição conceptual de “Imitação/Jogo”, ao invés de “Atenção”. Os itens B73 e B63 serão mais bem relacionados com a definição conceptual de “Empatia” em vez de “Motivação” e por fim o C4 que será melhor relacionado com a definição conceptual de “Empatia” que “Relacionamento Pró-social com Pares” (Tabela 11).

Os itens B52, B7 e B36 foram excluídos devido ao facto da carga fatorial ser nula no fator 1 (Subdomínio Submissão), onde, seguindo o modelo previamente descrito, estes itens deveriam pertencer. O mesmo se verificou com os itens: B75, que deveria pertencer ao fator 4- Subdomínio Atenção; B47, que deveria pertencer ao fator 2- Motivação; A25, cuja carga fatorial deveria centrar-se no fator 5- Imitação/Jogo e B57, cuja carga fatorial se centra no subdomínio da “Submissão”, em vez de se centrar na “Empatia”, onde a carga fatorial é inferior a 0,20 (Tabela 11).

Os itens A19, D1, D3, D4 e D7, relativos ao subdomínio das relações pró-sociais com Pares foram excluídos também, uma vez que, em nenhum dos casos, as suas cargas fatoriais não se centram no fator correspondentes de acordo com o modelo previamente descrito (fator 6 único- Subdomínio relações pró-sociais com pares), nem em nenhum dos restantes fatores (Tabela 11).

Assim sendo, no domínio das competências foi excluído o subdomínio relações pro-sociais, dado que os itens expurgados ultrapassaram 1/3 dos itens totais desse mesmo subdomínio, neste caso específico todos os itens deste subdomínio foram excluídos.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 12. Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Competências - Pais

Item	Conteúdo	Fator*					
		1	2	3	4	5	6
B93	Obedece quando se lhe pede para parar de ser agressivo(a).	0,662					
A5	Cumpre regras.	0,664			0,265		
B17	Tenta fazer o que lhe pede.	0,452		0,337	0,408		-0,209
B14	Fica tranquilo(a) quando se lhe diz “Chhh”.	0,263			0,257		
B52	Fica sossegado(a) enquanto é mudada a fralda, é vestido(a), ou toma banho.	xxx[†]			0,510		0,348
B41	É bem comportado(a).	0,679	0,201				
B7	Abandona os brinquedos depois de brincar.	xxx[†]					-0,255
B36	Ajuda a vestir-se (por exemplo enfia o braço na manga).	xxx[†]					0,468
A20	Consegue prestar atenção durante muito tempo (sem ser quando vê televisão).				0,621		
B18	Brinca com brinquedos durante cinco minutos ou mais.				0,619		
B35	Vê livros ilustrados sozinho(a).			0,262	0,662		
B55	Fica sentado(a) durante 5 minutos enquanto lhe conta uma história.	0,220	0,433		0,296		0,496
B75	Presta muita atenção quando se lhe ensina uma coisa nova.	0,229	0,655		xxx[†]		0,329
B78	É curioso(a) em relação a coisas novas.		0,687			0,304	
B69	Gosta de atividades desafiantes		0,500			0,266	-0,244
B61	Gosta de construir coisas, como empilhar blocos.		0,499		0,365		-0,201
B33	Continua a tentar fazer uma coisa mesmo que seja difícil.	0,222	0,357	0,285	-0,213	0,248	
A1	Revela prazer quando é bem sucedido(a) (por exemplo bate palmas a ele/ela próprio(a))	0,396	-0,272			0,406	-0,257
B47	Quer fazer as coisas sozinho(a).		xxx[†]	0,622	0,258		-0,321
B38	Finge fazer coisas de adultos (por exemplo, fazer a barba).					0,768	
B67	Finge que os objetos são outra coisa (por exemplo, é capaz de usar uma banana como telefone)					0,618	
A31	Abraça ou dá de comer a bonecos ou animais de peluche.				0,272	0,481	
B71	Imita bater palmas ou acenar para dizer adeus.					0,492	
B25	Envia uma bola de volta para si (ou outra pessoa).			0,208	0,359	0,230	
A25	Imita sons de brincadeiras quando se lhe pede.	0,281		0,153	-0,170	-0,110	-0,116
B51	Tenta fazê-lo(a) sentir-se melhor quando o/a vê chateado(a).			0,755			
B56	Fica preocupado(a) ou aborrecido(a) quando alguém se magoa			0,628		0,273	

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A22	Tenta ajudar quando alguém se magoa (por exemplo, dá um brinquedo).	0,283		0,570	0,297	
B73	Faz gracinhas ou dá-lhe coisas para o fazer sorrir.		0,478	0,374		
B63	Tem consciência dos sentimentos das outras pessoas.	0,228	0,418	0,365		
B57	Tenta “reparar” o seu mau comportamento.	0,360	0,213	xxx[†]	0,265	
C4	Fala dos sentimentos das outras pessoas (por exemplo, mamã zangada).			0,238	0,352	0,498
A19	Brinca bem com as outras crianças (não incluir irmãos).		0,342			
D1	Espera a sua vez quando brinca com os outros.	0,685				
D3	Pede as coisas delicadamente quando brinca com crianças.	0,308	0,386		0,204	
D4	Tem pelo menos um amigo favorito (uma criança).			0,510	-0,332	0,375
D7	Brinca “às casinhas” com outras crianças.			0,458	0,248	0,303

* **Fator 1** - Subdomínio Submissão; **Fator 2** - Subdomínio Motivação; **Fator 3** - Subdomínio Empatia; **Fator 4** - Subdomínio Atenção; **Fator 5** - Subdomínio Imitação/Jogo; **Fator 6** - Subdomínio Relações Pró-Sociais com Pares

[†]**xxx** - Item expurgado dado que o fator está presente numa dimensão que não está de acordo com o Modelo Teórico

b) Questionários versão para educadores

Analisando os questionário respondidos pelos educadores podemos observar que, no que diz respeito ao domínio da externalização os itens A30, B3, B16 e A28 serão melhor relacionados com a definição conceptual de “agressividade/provocação” do que “Agressividade entre pares”. O item D8 será melhor relacionado com a definição conceptual de “Agressividade entre pares”, do que “atividade/impulsividade”. Apesar destes itens centrarem a sua maior carga fatorial em fatores onde não deveriam pertencer (de acordo com o modelo prévio) eles foram incluídos por respeitarem o segundo critério definido inicialmente, "conteúdo semântico do item e sua pertinência de acordo com o Modelo previamente descrito" (Tabela 12).

Os itens C2, B34 e B9 serão expurgados uma vez que a não apresentam saturação mínima necessária para inclusão no fator 3 -Agressividade/Provocação. Já os itens E4, B34, B9 e E4 serão expurgados igualmente, devido à inexistência de qualquer carga fatorial no fator onde deveria pertencer (de acordo com o modelo previamente descrito) (Tabela 12).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 13. Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Externalização - Educadores

Item	Conteúdo	Fator*		
		1	2	3
B32	Muda de brinquedo em brinquedo mais rapidamente do que outras crianças da mesma idade.	0,144	0,766	0,110
B10	Está sempre a mexer-se.	0,220	0,638	0,122
B27	É muito barulhento(a). Fala alto ou grita muito.	0,506	0,583	0,217
A4	É agitado(a) e não consegue sentar-se quieto(a).		0,570	0,525
A2	Magoa-se tantas vezes que não o/a pode perder de vista.	-0,425	0,530	0,335
B8	Fica muito tenso(a) ou estranho(a) enquanto brinca.	-0,403	0,484	
B88	Faz birras	0,201	0,214	0,718
B44	É teimoso(a).	0,227	0,176	0,693
B30	É desobediente e desafiante (por exemplo, recusa fazer o que lhe pede).	0,368		0,636
B96	Magoa-o(a), morde-o(a) ou dá-lhe pontapés (ou a qualquer outro prestador de cuidados).		-0,154	0,541
A30	Bate, morde ou dá-lhe pontapés (ou no outro progenitor).	0,410		0,385
B3	Fica agressivo(a) quando se sente frustrado(a).	0,686		0,378
B16	Porta-se mal para chamar a atenção dos adultos.	0,742	0,120	0,329
A28	É destruidor(a), quebra ou estraga coisas de propósito.	0,708	0,223	0,285
C2	Diz palavrões.	0,114	0,276	-0,168
E4	Magoa os animais de propósito.	0,496	0,283	xxx[†]
B34	É dissimulado(a). Esconde o mau comportamento.	0,435		xxx[†]
B9	Age de forma autoritária.	0,557	0,294	xxx[†]
D5	Atormenta ou ameaça outras crianças.	0,774	0,268	
D9	Magoa outras crianças.	0,739	0,387	0,272
A27	Bate, empurra, dá pontapés, ou morde outras crianças (não incluir irmãos).	0,679		0,156
D2	Testa as outras crianças para ver se ficam zangadas.	0,630	0,172	0,382
D6	Provoca outras crianças.	0,478	0,428	0,426
D8	Não deixa outras crianças brincar com o seu grupo.	0,203	0,671	-0,197

* **Fator 1** - Subdomínio Agressividade entre Pares; **Fator 2** - Subdomínio Atividade / Impulsividade; **Fator 3** - Subdomínio Agressividade / Provocação

[†]**xxx** - Item expurgado dado que o fator está presente numa dimensão que não está de acordo com o Modelo Teórico

No que respeita ao domínio da internalização, no subdomínio da Inibição à novidade, o item B2 foi incluído, de acordo com o segundo critério do conteúdo semântico do item e da sua pertinência de acordo com o Modelo previamente descrito (Tabela 13).

O subdomínio Depressão/Isolamento (fator 1) os itens B43 e B92 serão expurgados, uma vez que a saturação nestes itens é inferior a 0,20. Neste mesmo subdomínio, os itens B76, B81 e A9 foram igualmente expurgados por não apresentarem qualquer valor indicativo de saturação mínima no fator correspondente, de acordo com o modelo previamente descrito. Desta forma, este subdomínio será extraído uma vez que serão expurgados mais de 1/3 de itens pertencentes a este mesmo subdomínio. O mesmo se verifica com o subdomínio relativo à Ansiedade de Separação, onde os itens B54, B13, A11 e B98 serão expurgados devido à limitada carga fatorial nestes itens (sempre inferior a 0,20), sendo que estes itens perfazem mais de 1/3 dos itens totais deste subdomínio (Tabela 13).

Os itens A3, A35 e B37 correspondentes ao subdomínio da Ansiedade Geral também serão expurgados devido ao facto anteriormente explanado, no entanto, neste caso o subdomínio matêm-se dado que o número de itens expurgados não superar 1/3 do total dos itens deste subdomínio (Tabela 13).

Também o item C3 foi excluído devido à carga fatorial se centrar na “Depressão/Isolamento” em vez de Inibição à novidade, onde apresenta um valor de saturação inferior a 0,20 (Tabela 13).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 14. Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Internalização - Educadores

Item	Conteúdo	Fator*			
		1	2	3	4
A40	Evita contato físico.	0,934	0,118	-0,113	-0,123
A39	Não estabelece contacto visual.	0,833	0,163	-0,214	-0,151
B84	Parece não ter energia.	0,804	0,286	0,178	
B91	Parece alheado(a).	0,664		0,206	-0,145
B43	Ri facilmente ou com muita frequência.	0,193	0,635	0,134	0,143
B92	Parece muito infeliz, triste ou deprimido(a).	-0,103		-0,214	
B76	Parece infeliz ou triste sem qualquer razão.	xxx[†]	0,139	-0,102	0,299
B81	Sente-se mal consigo próprio(a).	xxx[†]		0,469	0,614
A9	Diverte-se menos que as outras crianças.	xxx[†]	0,619	0,362	-0,131
E5	Fica muito preocupado com o facto de se sujar.	0,396	0,291	0,713	0,158
E6	Necessita que as coisas estejam limpas ou arrumadas.	0,184	0,605	0,606	
B86	Acorda na sequência de sonhos ou pesadelos.	0,251		0,569	
E11	Preocupa-se com o próprio corpo.	-0,240	0,109	0,538	-0,170
A12	Preocupa-se muito ou é muito sério(a).	-0,117	0,470	0,486	0,166
B70	É perfeccionista.	-0,206	0,307	0,386	0,279
A3	Parece nervoso(a), tenso(a) ou receoso(a).	0,362	0,473	-0,197	0,318
A35	Coloca os objetos numa determinada ordem, vezes sem conta, e fica irritado(a) quando é interrompido(a).	0,169		0,116	-0,241
B37	Fica mal disposto(a) quando está nervoso(a) ou irritado(a).	0,222	-0,217	0,106	0,500
B5	Fica irritado(a) quando o/a deixam com um novo Prestador de Cuidados.	0,193	0,331	-0,210	0,721
B28	Procura-o(a) quando não lhe está a dar colo.			0,127	0,677
B24	Pendura-se em si ou quer estar no seu colo quando está com outras pessoas.	-0,190	0,183		0,596
B97	Começa a fazer “cenas” ou fica difícil de controlar quando os pais o/a vêm buscar.		-0,313		0,304
B54	Exige muita atenção.	0,120	0,174	0,108	0,149
B13	Fica irritado(a) quando o/a deixam com um Prestador de Cuidados conhecido ou um familiar.	0,167	0,306	-0,396	-0,122
A11	Chora ou agarra-se a si quando tenta ir embora.	0,186	0,144	-0,736	xxx[†]
B98	Leva 5 minutos ou mais a ficar calmo(a) quando os pais o/a deixam.			-0,374	xxx[†]
B83	É tímido(a) com novas crianças.	-0,241	0,766	-0,224	
B64	É tímido(a) com novos adultos.	0,141	0,679	-0,319	
B4	Fica quieto(a) ou menos ativo(a) em situações novas.	0,350	0,570	0,108	0,214
B2	Leva algum tempo a sentir-se confortável em locais novos (10 minutos ou mais).	0,534	0,338	-0,178	0,106
C3	Leva algum tempo para falar em situação não familiares.	0,319	-0,140		0,131

* **Fator 1** - Subdomínio Ansiedade Geral; **Fator 2** - Subdomínio Inibição à Novidade; **Fator 3** - Subdomínio Depressão / Isolamento; **Fator 4** - Subdomínio Ansiedade de Separação

[†]**xxx** - Item expurgado dado que o fator está presente numa dimensão que não está de acordo com o Modelo Teórico

No que concerne ao domínio da desregulação, o item A21, será melhor relacionado com a definição conceptual de “Emotividade Negativa” em vez de “Sensibilidade Sensorial” e por isso, apesar de a carga fatorial se centrar no fator “Sensibilidade Sensorial”, o item será aceite e incluído no subdomínio “Emotividade Negativa”. O item B11 será melhor relacionado com a definição conceptual de “Sensibilidade Sensorial” do que “alimentação” (Tabela 14).

O item B46, incluído no subdomínio “Sono”, de acordo com o modelo previamente descrito, apresenta-se com a carga fatorial centrada na “Sensibilidade Sensorial”, sendo que no fator 4 “Sono” apresenta uma carga fatorial inferior a 0,20, por isso, este item será excluído (Tabela 14).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 15. Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Desregulação - Educadores

Item	Conteúdo	Fator*			
		1	2	3	4
A7	Chora ou faz birras até ficar exausto(a).		0,783	0,138	-0,108
B66	Chora muito.		0,779	0,116	
B45	É difícil de acalmar quando se irrita.		0,753	0,206	
B53	Tem problemas em se acalmar quando fica irritado(a).		0,741	0,209	
B80	Fica choroso(a) ou facilmente irritado mesmo quando não está cansado(a).		0,733	0,212	
A23	Fica irritado(a) muitas vezes.		0,716		
B74	É irritado ou rabugento.		0,705		0,151
B50	Acorda rabugento(a) ou com mau humor.		0,585	0,157	0,218
B31	Chora se não consegue o que quer.		0,506		
B85	Zanga-se ou faz beicinho.	0,121	0,503		
B59	É impaciente ou fica frustrado(a) facilmente.		0,483		0,161
B65	É capaz de esperar por aquilo que quer.	-0,106	0,334	-0,163	0,247
A21	Tem problemas em adaptar-se a mudanças.		0,215	0,593	-0,164
A17	Tem problemas em adormecer ou em permanecer a dormir.	0,111			0,871
B87	Quer dormir no quarto ou na cama de outra pessoa.	0,209		-0,124	0,804
A6	Acorda durante a noite e precisa de ajuda para adormecer novamente.	-0,120	0,228	0,357	0,624
B58	Precisa de colo para adormecer.	0,191	0,112	-0,194	0,219
B46	Dorme durante a sesta.		0,141	0,315	-0,118
B82	Come bem.	0,820		0,145	0,112
B89	É uma criança “difícil” para comer.	0,814	0,138		0,105
B29	Cospe a comida.	0,802			-0,156
A26	Recusa-se a comer.	0,781	0,208	0,134	
B15	Recusa comer alimentos que precisem ser mastigados.	0,779			
E3	Guarda a comida na boca.	0,717			
B94	Recusa comer certos alimentos durante 2 ou mais dias.	0,681		0,154	0,121
A24	Tem vômitos ou engasga-se com a comida.	0,620			
B68	Aceita novos alimentos de imediato.	0,611		0,292	0,168
B1	Fica incomodado(a) com barulhos fortes ou luzes brilhantes	0,107		0,816	
A16	Não toca em alguns objetos por causa da sensação que eles provocam.	0,149		0,761	-0,115
B40	Assusta-se facilmente.	0,138		0,692	
B39	Sente-se incomodado(a) pelo toque de algumas coisas na pele (por exemplo costuras da roupa, certos tecidos, etc.)	0,186	0,273	0,603	
B12	Fica incomodado(a) com alguns odores (cheiros).	0,134		0,593	
B49	Fica incomodado(a) quando está em movimento (por exemplo, baloiçar, andar à volta, ser atirado ao ar ou saltar).		0,107	0,336	0,176
B11	Não gosta de alguns alimentos devido à sensação que lhe provoca.	0,710		0,294	

* **Fator 1** - Subdomínio Alimentação; **Fator 2** - Subdomínio Emotividade Negativa; **Fator 3** - Subdomínio Sensibilidade Sensorial; **Fator 4** - Subdomínio Sono

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Relativamente ao domínio das competências, os itens B93, B7, B36, A25, A22, B73 e B56 deveriam pertencer a mais de um fator, no entanto, foram incluídos tendo em consideração o conteúdo semântico do item e sua pertinência de acordo com o Modelo previamente descrito. O item B93 será melhor relacionado com a definição conceptual de “Submissão” do que “Relacionamentos pró-sociais”, onde se centra a maior carga fatorial. O item B7, que será melhor relacionado com a definição conceptual de “Submissão” ao invés de “Imitação/Jogo” e o item B36 será melhor relacionado com a definição conceptual de “Submissão” ao invés de “Motivação” (Tabela 15).

O item A25 será melhor relacionado com a definição conceptual de “Imitação/Jogo” do que “Motivação” e os itens A22, B73 e B56, que serão melhor relacionados com a definição conceptual de “Empatia”. No caso do item A22, a carga fatorial é superior em “Relacionamentos pró-sociais”, no item B73, em “Motivação” e no B56 a carga fatorial centra-se nos “Relacionamentos Pró-Sociais” (Tabela 15).

Os itens B14, B35, A1, B71, B25 serão expurgados dado que a carga fatorial é inferior a 0,20 ou nula, no fator que melhor se relaciona com a definição conceptual de cada item (Tabela 15).

O subdomínio “Relacionamentos pró-sociais” (itens A19, D1, D3, D4 e D7) será extraído igualmente, uma vez que a distribuição das cargas fatoriais de cada item pelos vários fatores é muito heterogénea, não se centrando num único fator (Tabela 15).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 16. Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax – Domínio Competências - Educadores

Item	Conteúdo	Fator*					
		1	2	3	4	5	6
B41	É bem comportado(a).		0,122	0,795		0,156	-0,102
A5	Cumpre regras.	0,212		0,670	0,167	0,234	
B17	Tenta fazer o que lhe pede.		0,470	0,558			-0,178
B52	Fica sossegado(a) enquanto é mudada a fralda, é vestido(a), ou toma banho.			0,522			
B93	Obedece quando se lhe pede para parar de ser agressivo(a).	0,126	0,299	0,404	-0,204	0,533	
B7	Abandona os brinquedos depois de brincar.	0,117	-0,281	-0,454	-0,472		-0,298
B36	Ajuda a vestir-se (por exemplo enfia o braço na manga).	0,584		0,212	0,184	0,253	
B14	Fica tranquilo(a) quando se lhe diz “Chhh”.		-0,115	0,178	-0,135	0,726	
A20	Consegue prestar atenção durante muito tempo (sem ser quando vê televisão).	0,235	0,105	0,509	0,127		0,469
B18	Brinca com brinquedos durante cinco minutos ou mais.	0,537	0,193	0,260	0,330		0,240
B35	Vê livros ilustrados sozinho(a).	0,593			0,252	0,221	xxx[†]
B55	Fica sentado(a) durante 5 minutos enquanto lhe conta uma história.	0,377	0,126	0,463			0,574
B75	Presta muita atenção quando se lhe ensina uma coisa nova.	0,262	0,321	0,506		0,279	0,304
B69	Gosta de atividades desafiantes	0,763		0,216		-0,172	0,127
B47	Quer fazer as coisas sozinho(a).	0,714			0,269	-0,172	
B61	Gosta de construir coisas, como empilhar blocos.	0,672					
B33	Continua a tentar fazer uma coisa mesmo que seja difícil.	0,544		0,239	0,240	-0,373	-0,291
B78	É curioso(a) em relação a coisas novas.	0,453	0,258	0,254	0,348		0,332
A1	Revela prazer quando é bem sucedido(a) (por exemplo bate palmas a ele/ela proprio(a))	0,191		0,191	-0,102	-0,207	-0,684
B38	Finge fazer coisas de adultos (por exemplo, fazer a barba).	0,319	0,211	0,260	0,620		
B67	Finge que os objetos são outra coisa (por exemplo, é capaz de usar uma banana como telefone)	0,359			0,812		
A31	Abraça ou dá de comer a bonecos ou animais de peluche.	0,385	0,274	0,170	0,669	0,139	0,132
B71	Imita bater palmas ou acenar para dizer adeus.	0,360	0,230	0,108	xxx[†]	-0,239	0,359
B25	Envia uma bola de volta para si (ou outra pessoa).	0,564	0,373		xxx[†]		
A25	Imita sons de brincadeiras quando se lhe pede.	0,562	0,336		0,200	0,359	-0,148

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

B63	Tem consciência dos sentimentos das outras pessoas.	0,114	0,697	0,205	0,208	0,125	0,116
B51	Tenta fazê-lo(a) sentir-se melhor quando o/a vê chateado(a).		0,690	0,266	0,267		
B57	Tenta “reparar” o seu mau comportamento.	0,184	0,675		0,157	0,122	0,281
C4	Fala dos sentimentos das outras pessoas (por exemplo, mamã zangada).		0,494	0,102	0,443		0,275
A22	Tenta ajudar quando alguém se magoa (por exemplo, dá um brinquedo).	0,337	0,303		0,213	0,472	0,254
B73	Faz gracinhas ou dá-lhe coisas para o fazer sorrir.	0,399	0,273			-0,263	
B56	Fica preocupado(a) ou aborrecido(a) quando alguém se magoa	-0,181	0,257		0,285	0,612	
A19	Brinca bem com as outras crianças (não incluir irmãos).	0,448	-0,154			0,241	0,281
D1	Espera a sua vez quando brinca com os outros.			0,494	0,300	0,484	
D3	Pede as coisas delicadamente quando brinca com crianças.		0,426	0,179	0,480	0,159	0,185
D4	Tem pelo menos um amigo favorito (uma criança).	0,165	0,698	-0,239	0,193		-0,106
D7	Brinca “às casinhas” com outras crianças.		0,380	-0,193	0,567	0,139	-0,232

* **Fator 1** - Subdomínio Motivação; **Fator 2** - Subdomínio Empatia; **Fator 3** - Subdomínio Submissão; **Fator 4** - Subdomínio Imitação/Jogo; **Fator 5** - Subdomínio Relações Pró-Sociais com Pares; **Fator 6** - Subdomínio Atenção

† **xxx** - Item expurgado dado que o fator está presente numa dimensão que não está de acordo com o Modelo Teórico

4.4. Fiabilidade – Análise da Consistência Interna

Após extração dos itens e subdomínios selecionados na AFE realizada anteriormente, a consistência interna foi analisada para cada domínio e subdomínios correspondentes ao questionário ITSEA.

Relativamente à análise dos dados obtidos pelos questionários dos pais, o valor de Alpha de Cronbach (α) obtido para o Domínio da Externalização revela que a consistência interna deste domínio é Razoável (α entre 0,7 e 0,8). No entanto, o subdomínio "atividade/impulsividade" apresenta uma consistência interna inadmissível ($\alpha < 0,6$). O subdomínio "agressividade/provocação" demonstra ter uma consistência interna boa (com α entre 0,8 e 0,9). Por fim, o subdomínio "agressividade com pares" revela que a sua consistência é Razoável (α entre 0,7 e 0,8) (Tabela 16).

Para o domínio da Internalização o Alpha de Cronbach (α) revela-se inadmissível (com $\alpha < 0,6$), no entanto, os subdomínios que exploramos, "ansiedade geral" e "inibição à novidade" (depois da extração de dois subdomínios) revelam uma fraca consistência interna (com valores de α entre os 0,6 e 0,7) (Tabela 16).

No domínio da desregulação, o Alpha de Cronbach (α) revela-se também inadmissível (com $\alpha < 0,6$), bem como o respetivo subdomínio "sensibilidade sensorial". No entanto, o seu subdomínio "emotividade negativa" revela uma boa consistência interna (com α entre 0,8 e 0,9). O subdomínio sono revela uma fraca consistência interna (com valores de α entre os 0,6 e 0,7) e por fim o subdomínio "alimentação", com α entre 0,7 e 0,8, revelando uma razoável consistência interna (Tabela 16).

O valor de Alpha de Cronbach para o domínio das competências apresenta-se com (α entre os 0,6 e 0,7) revelando uma consistência interna fraca, assim como os respetivos subdomínios "submissão", "motivação" e "imitação/jogo". O subdomínio "atenção" mostra uma consistência interna inadmissível (com $\alpha < 0,6$) e o subdomínio "empatia" uma consistência interna razoável (com α entre os 0,7 e 0,8) (Tabela 16).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Quanto à análise dos dados obtidos pelos questionários dos educadores, o valor de Alpha de Cronbach (α) obtido para o Domínio da Externalização revela que a consistência interna é Razoável (α entre 0,7 e 0,8). No entanto, o subdomínio "atividade/impulsividade" apresenta uma consistência interna fraca (com α entre 0,6 e 0,7). Os subdomínios "agressividade/provocação" e "agressividade com pares" evidenciam uma boa consistência interna (com α entre 0,8 e 0,9) (Tabela 16).

O domínio da Internalização revela-se Inadmissível (com $\alpha < 0,6$), no entanto, os subdomínios que exploramos, "ansiedade geral" revela uma fraca consistência interna (com valores de α entre os 0,6 e 0,7) e o subdomínio "inibição à novidade" revela uma consistência interna razoável (com α entre os 0,7 e 0,8) (Tabela 16).

No domínio da desregulação, o Alpha de Cronbach (α) revela-se também inadmissível (com $\alpha < 0,6$). Contudo, o subdomínio "emocionalidade negativa" e "alimentação" revelam uma boa consistência interna (com α entre 0,8 e 0,9). O subdomínio sono revela uma fraca consistência interna (com valores de α entre os 0,6 e 0,7) e por fim o subdomínio "sensibilidade sensorial", com α entre 0,7 e 0,8, revelando uma razoável consistência interna (Tabela 16).

No que respeita ao domínio das competências, este apresenta-se com valores de α entre os 0,7 e 0,8, revelando uma consistência interna razoável, assim como os respetivos subdomínios "motivação" e "empatia". O subdomínio "submissão" mostra uma consistência interna inadmissível (com $\alpha < 0,6$) e os subdomínios "atenção" e "imitação/jogo" uma consistência interna boa (com α entre os 0,8 e 0,9) (Tabela 16).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 17. Valores de Alpha obtidos

Domínio	Subdomínio	Valores de Alpha	
		Pais	Educadores
Externalização		0,700	0,784
	Atividade / Impulsividade	0,441	0,689
	Agressividade / Provocação	0,829	0,804
	Agressividade com Pares	0,761	0,829
Internalização		0,467	0,357
	Ansiedade Geral	0,658	0,681
	Inibição à Novidade	0,679	0,743
Desregulação		0,435	0,465
	Emotividade Negativa	0,832	0,864
	Sono	0,615	0,670
	Alimentação	0,747	0,897
	Sensibilidade Sensorial	0,452	0,769
Competências		0,680	0,786
	Submissão	0,635	0,511
	Atenção	0,592	0,815
	Motivação	0,634	0,718
	Imitação / Jogo	0,605	0,809
	Empatia	0,701	0,735

4.5. Estudo comparativo entre a percepção dos pais e educadores sobre o desenvolvimento social e emocional

Na comparação da percepção dos pais e educadores sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças entre os 12 e os 35 meses, relativamente ao domínio da externalização, não existem diferenças estatisticamente significativas, $t(61) = 1,765$, $p > 0,05$.

Quanto ao subdomínio “Atividade/Impulsividade”, verificou-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre a percepção dos pais e educadores, verificando-se $t(98) = 1,525$, $p > 0,05$.

Observou-se que relativamente aos subdomínios “Agressividade/Provocação” e “Agressividade entre Pares”, existem diferenças estatisticamente significativas, $t(73) = 4,470$, $p < 0,05$ e $t(87) = -2,999$, $p < 0,05$, respetivamente, entre as percepções de ambos os inquiridos (pais e educadores). No subdomínio “Agressividade/Provocação” os valores médios obtidos são superiores, na percepção dos pais comparativamente com a percepção dos educadores (Tabela 17). O contrário se verifica no subdomínio “Agressividade entre Pares” em que os valores médios obtidos são superiores de acordo com a percepção dos educadores, comparativamente aos pais (Tabela 17).

Na comparação da percepção dos pais e educadores, relativamente ao domínio da internalização, existem diferenças estatisticamente significativas, $t(56) = 12,428$, $p < 0,05$, sendo que a informação revelada pelos pais indica-nos valores médios mais elevados de problemas de internalização que a informação obtida pelos educadores (Tabela 17.)

O mesmo se verifica com os subdomínios pertencentes a este mesmo domínio, “Ansiedade Geral” e “Inibição à Novidade” ($t(95) = 5,349$, $p < 0,05$ e $t(78) = 8,639$, $p < 0,05$, respetivamente). As percepções dos pais e educadores relativamente a estes dois domínios apresentam diferenças estatisticamente significativas. Nos subdomínios “Ansiedade Geral” e “Inibição à Novidade”, os valores médios correspondentes à percepção dos pais demonstram-se superiores aos valores médios relativos à percepção dos educadores (Tabela 17).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Quando comparadas as percepções dos pais e educadores, relativamente ao domínio da Desregulação, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, sendo $t(87) = 1,933$, $\rho > 0,05$.

Relativamente aos subdomínios “Emotividade Negativa” e “Sono”, a análise efetuada remete-nos para existência de diferenças estatisticamente significativas ($t(101) = 2,643$, $\rho < 0,05$ e $t(92) = 6,611$, $\rho < 0,05$, respetivamente), entre a percepção dos pais e educadores, sendo que em ambos os casos se verificam valores médios superiores na percepção dos pais quando comparados com a percepção dos educadores (Tabela 17).

Pertencentes ao mesmo domínio, os subdomínios da “Alimentação”, $t(103) = -0,789$, $\rho > 0,05$ e “Sensibilidade Sensorial”, $t(104) = -1,361$, $\rho > 0,05$ não apresentam diferenças estatisticamente significativas, entre ambas as percepções.

Analisando a percepção dos pais e educadores, relativamente ao domínio das competências, existem diferenças estatisticamente significativas ($t(52) = -2,424$, $\rho < 0,05$), apresentando-se os valores médios, relativos à percepção dos pais inferiores aos valores, relativos à percepção dos educadores (Tabela 17).

No que respeita a este último domínio, os subdomínios “Submissão”, “Motivação” e “Imitação / Jogo” que o compõem, evidenciam diferenças estatisticamente significativas ($t(100) = -15,428$, $\rho < 0,05$; $t(101) = 4,093$, $\rho < 0,05$ e $t(101) = 8,377$, $\rho < 0,05$, respetivamente). O subdomínio “Submissão” revela valores médios inferiores na percepção dos pais, relativamente aos valores médios obtido na percepção dos educadores (Tabela 21). Por outro lado, nos subdomínios “Motivação” e “Imitação / Jogo”, os valores mais baixos verificam-se na percepção dos educadores, sendo que os valores relativos à percepção dos pais são superiores (Tabela 17)

Já os subdomínios “Atenção”, $t(102) = -0,415$, $\rho > 0,05$ e “Empatia”, $t(57) = 0,842$, $\rho > 0,05$ não apresentam diferenças estatisticamente significativas, quando comparadas as percepções dos pais e educadores.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela 18. Estatísticas descritivas (Média e Desvio Padrão) e diferenças entre a percepção dos Pais e Educadores sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças entre os 12 e os 35 meses

Domínios Subdomínios	Pais		Educadores		<i>t</i>	<i>P</i>
	M	DP	M	DP		
Externalização	9,92	6,10	8,50	6,27	1,765	0,083
Atividade / Impulsividade	2,46	1,53	2,12	2,01	1,525	0,131
Agressividade / Provocação	5,39	3,51	3,51	2,87	4,470	0,000
Agressividade com Pares	2,13	2,06	3,02	2,79	-2,999	0,004
Internalização	14,00	5,53	5,74	3,19	12,428	0,000
Ansiedade Geral	3,64	2,50	1,97	2,08	5,349	0,000
Inibição à Novidade	4,46	2,16	3,80	1,91	8,639	0,000
Desregulação	15,35	7,33	13,34	8,72	1,933	0,057
Emotividade Negativa	7,76	4,50	6,26	4,71	2,643	0,010
Sono	2,65	1,97	,96	1,44	6,611	0,000
Alimentação	2,97	2,66	3,22	3,91	-0,789	0,432
Sensibilidade Sensorial	1,96	1,59	2,32	2,50	-1,361	0,176
Competências	37,00	6,33	39,42	6,68	-2,424	0,019
Submissão	6,32	1,93	10,29	2,11	-15,428	0,000
Atenção	5,91	1,59	6,01	2,07	-0,415	0,679
Motivação	8,09	1,62	7,10	2,11	4,093	0,000
Imitação / Jogo	7,37	1,95	5,06	2,32	8,377	0,000
Empatia	8,29	2,48	7,93	2,89	0,842	0,403

M=Média. DP= Desvio Padrão. *t* = teste *t-Student* para amostras emparelhadas. *p*=

Nível de significância estatística entre as variáveis.

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Tradução dos questionários

Apresentados os resultados do processo de tradução e adaptação linguística e cultural, verificaram-se algumas incongruências, tanto na primeira tradução, como na retroversão dos questionários. Na realidade, deparámo-nos com alguns "problemas". Um deles a polissemia de algumas palavras e termos. Os termos que mais controversas suscitaram foram os termos "irritado" e "aborrecido". Estes dois termos que suscitaram bastantes controversas foram associados ao mesmo termo em inglês "upset" em diversos itens, pelas duas tradutoras (tradutora A e tradutora B). Estes foram dos assuntos mais analisados e debatidos entre nós e peritos, dado que na nossa opinião o adjetivo "irritado" está associado à zanga, à furia, ao ser tempestuoso, o que poderá remeter mais para sintoma de externalização. Pelo contrário, o termo "aborrecido" conota sentimentos associados à tristeza, melancolia, depressão, monotonia, remetendo mais para sintomas de internalização. Ou seja, o termo "upset" no mesmo item (37 da secção B: "Feels sick when nervous or upset") foi traduzido por "irritado" por uma tradutora e por "aborrecido" por outra. Tendo em consideração o referido, é deveras importante esclarecer muito bem qual é o termo que será utilizado uma vez que pode endereçar a resultados erróneos, dado que ambos os termos nos remetem para comportamentos completamente distintos (internalizados e externalizados).

No que concerne ao nome da versão para "prestadores de cuidados", o termo "childcare provider" tinha desde início sido traduzido de forma consensual por ambas as tradutoras para educadores. No entanto, tendo em consideração a versão original e conhecendo a verdadeira aplicabilidade desta versão do instrumento, optou-se por escolher a designação "prestador de cuidados". Sabemos que esta versão do instrumento, serve de complemento ao questionário para pais e pode ser respondido por quem presta cuidados à criança, diariamente ou com regularidade, além dos pais. A criança pode estar sob cuidados de uma ama por exemplo, que poderá responder ao questionário, sem que para isso seja educadora.

Tentou-se sempre garantir uma correta adaptação do instrumento de avaliação, tornando os questionários claros para os pais e prestadores de cuidados, daí que para nós fosse de

extrema importante aplicar o pré-teste de forma a garantir a facilidade de compreensão dos termos e expressões utilizadas por parte dos prestadores de cuidados e pais.

A tradução dos questionários foi um processo exigente e moroso, dadas as dimensões dos questionários, a especificidade e a tecnicidade dos termos em causa. Qualquer tradução põe em causa os significados comuns de algumas palavras e inevitavelmente os problemas de polissemia, o problema de versões diferentes da mesma língua e o problema da linguagem idiomática e da linguagem coloquial (Hill & Hill, 2005). No entanto, tentou-se ultrapassar estas dificuldades com a ajuda do painel de peritos que nos ajudou a encontrar os termos/expressões mais indicadas para o contexto em questão.

Desta forma chegou-se à versão final das duas versões dos questionários do ITSEA. No entanto, a tradução das instruções gerais de aplicação do teste e normas de cotação necessitam de ser testadas, pois não seguiram o processo que descrevemos para os questionários.

Análise Fatorial

Após análise fatorial realizada deparamo-nos com diversos aspetos que consideramos pertinentes referir. Em alguns itens, tanto no questionário dos pais como nos questionários dos educadores verificamos que as cargas fatoriais não se centram no fator onde o item deveria pertencer, o que nos remete para questões ligadas à tradução destes mesmos itens. Verifica-se outra situação pertinente: o mesmo item no questionário dos pais, por exemplo, tem a sua carga fatorial centrada em fatores onde não deveria pertencer, no entanto, no questionário dos educadores este mesmo item tem a sua maior carga fatorial centrada no fator correto. Este último aspeto, não nos parece estar tão ligado à tradução, mas sim a questões individuais intrínsecas a quem responde ao questionário.

De seguida passaremos a exemplificar algumas das situações referidas anteriormente e a refletir com pouco sobre elas, à medida que vamos expondo cada domínio.

Externalização

Começamos pelo domínio da Externalização, apresentando como exemplo o caso dos itens B10- "Está sempre a mexer-se" e B32-"Muda de brinquedo em brinquedo mais rapidamente do que outras crianças da mesma idade". Na análise fatorial feita ao questionário para pais, ambos os itens deveriam pertencer ao fator relativo à "atividade/impulsividade", no entanto, a maior carga fatorial centrou-se no fator respeitante à "agressividade entre pares". Inicialmente, consideramos que a tradução não estaria correta, remetendo os pais a associar estas questões às relações de agressividade entre as crianças. No entanto, os mesmos itens (nos questionários respondidos pelos educadores) apresentam a maior carga fatorial centrada no respetivo fator "atividade/Impulsividade", não parecendo existir qualquer dúvida nesta questão. Neste caso, a tradução não parece interferir negativamente na compreensão do item, por isso, outros fatores poderão estar aqui a influenciar a compreensão por parte dos pais, desde o grau ou formação académica dos pais à sua sensibilidade para questões ligadas ao desenvolvimento social e emocional dos seus filhos. O facto de os pais não contactarem diariamente com outras crianças e não observarem as crianças em situações de relacionamentos, brincadeiras, situações de disputas ou mesmo situações mais agressivas com outras crianças, pode interferir também na sua capacidade de perceber os comportamentos dos seus filhos com outras crianças.

Já os educadores contactam diariamente com diversas crianças da mesma idade e observam constantemente situações de crianças com maior e menor atividade/impulsividade e situações de agressividade entre pares. Desta forma, os educadores poderão ter uma visão mais clara de que ser ativo e impulsivo, pode ser sinónimo de estar sempre a mexer-se ou de mudar de brinquedo em brinquedo mais rapidamente do que outras crianças da mesma idade. O que não implica que estas crianças, ativas e impulsivas, apresentem, necessariamente, agressividade na relação com os pares. O mesmo se verificou para o item B16 (tanto na análise feita aos questionários dos pais como dos professores), que deveria pertencer ao subdomínio agressividade/provocação e cujas maiores cargas fatoriais se centraram no subdomínio agressividade entre pares. O "portar-se mal" (B16) foi associado erradamente à relação com os pares.

Por exemplo o item B27-"É muito barulhento(a). Fala alto ou grita muito" e o B9-"Age de forma autoritária" foram expurgados do questionário dos pais devido às cargas fatoriais se centrarem no fator relativo à "agressividade entre pares" e não existir qualquer valor de saturação mínima destes itens no fator onde deveriam pertencer. O item B27 deveria pertencer ao subdomínio da "atividade/impulsividade" e mais uma vez, a maior carga fatorial foi associado à "agressividade entre pares", pelos pais. No entanto, a análise fatorial realizada aos questionários dos educadores não revelaram quaisquer ambiguidades neste item, o que poderá ser justificado igualmente, pelo referido anteriormente. Já o item B9 remete (na análise de ambos os questionários -pais e educadores), a maior carga fatorial para o subdomínio da "agressividade entre pares", quando este item deveria pertencer ao subdomínio "agressividade/provocação". Este facto pode remeter para uma questão de tradução. Provavelmente, a tradução deveria tornar mais explícito e evidente o "ato de agir de forma autoritária", remetendo esta afirmação para a generalidade do comportamento da criança e em relação com adultos, crianças, etc., e não no "ato de agir autoritariamente", especificamente na relação com os pares.

Os itens B88 e B44, foram apontados pelos pais como itens que seriam melhor relacionados com a definição conceptual de "Agressividade/Provocação" do que "Agressividade entre pares", contrariando o modelo teórico. No entanto, a análise efetuada ao questionário dos educadores demonstrou que a carga fatorial se centra no fator adequado "Agressividade/Provocação", o que pode ser explicado, mais uma vez,

não pela tradução, mas pelas próprias vivências dos educadores com as crianças, em detrimento das vivências dos pais.

Internalização

Como podemos observar na apresentação dos resultados, o domínio de internalização apresenta vários fatores/subdomínios que entre si podem suscitar muitas dúvidas, por alguns serem caracterizados por comportamentos muito parecidos e que se relacionam intimamente. Por exemplo, o "Exigir muita atenção" (B54) pode ser um comportamento presente em crianças que apresentam ansiedade de separação, o que não significa que uma criança que apresente ansiedade geral não apresente este mesmo comportamento. Neste item verificou-se que os pais o associaram maioritariamente ao subdomínio da ansiedade geral, em vez de ansiedade de separação (onde deveria pertencer, de acordo como modelo teórico) e os dados dos educadores apresentaram as cargas fatoriais distribuídas por todos os fatores, mas todas inferiores ao mínimo estabelecido.

Quando observamos o subdomínio da depressão/isolamento verificamos, através da análise aos questionários dos pais que estes apresentam as maiores cargas fatoriais para praticamente todos os itens, centradas no fator correto. No entanto, o mesmo não se verifica para a análise aos questionários dos educadores, cujas cargas fatoriais correspondentes a alguns itens deste subdomínio se apresentam com valores mínimos inaceitáveis.

Portanto, a redundância das questões e termos utilizados pode condicionar a perspectiva de quem responde à questão refletindo-se na análise fatorial efetuada. Neste mesmo domínio é interessante analisar que dos quatro subdomínios existentes, apenas dois foram incluídos no estudo final, uma vez que na análise fatorial dos questionários dos educadores mais de 1/3 dos itens de cada subdomínio tiveram de ser expurgados, o que levou à eliminação dos respetivos subdomínios: Depressão/Isolamento e Ansiedade de Separação.

Os resultados da análise fatorial dos questionários respondidos por educadores e a necessidade de expurgar tantos itens levou-nos a refletir acerca do facto dos educadores não estarem muito despertos e sensíveis para as questões de internalização em crianças em comparação com os pais que são mais sensíveis a estas questões e por isso estão provavelmente mais aptos a identificá-las com mais clareza (Visser *et al.*, 2010).

Desregulação

Neste domínio, após análise fatorial dos questionários respondidos pelos educadores, os itens que carecem de uma observação mais cuidadosa são os que as respectivas cargas fatoriais não se centram no fator adequado, e os itens que apresentam as mesmas características na análise dos questionários respondidos pelos pais, como por exemplo os itens A21, B46 e B11. O que reforça a ideia de que estes itens devem ser revistos, e eventualmente deve ser sugerida uma outra tradução.

As componentes avaliadas neste domínio, nomeadamente "emotividade negativa", "sono", "alimentação" e "sensibilidade sensorial" são mais uma vez, aspetos muito interligados entre si. Além disso, o facto de quem responde não estar familiarizado com questões ligadas por exemplo à sensorialidade, irá certamente influenciar os resultados desta análise. Observemos, o item B1 - " Fica incomodado(a) com barulhos fortes ou luzes brilhantes". Este item apresentou maior carga fatorial no fator relativo ao subdomínio do "sono" e "emotividade negativa" que no subdomínio onde deveria pertencer "sensibilidade sensorial". Para a maioria dos pais, o facto de uma criança poder ter dificuldades em dormir ou apresentar emoções negativas pode estar associado ao facto de estar incomodado por barulhos fortes ou luzes brilhantes. É muito mais difícil associarem esta questão à sensorialidade porque na verdade, no geral, as pessoas ainda não estão muito sensibilizadas para as questões da sensorialidade na infância. Por sua vez, os educadores, não aparentam quaisquer dúvidas/hesitações no que toca a associar estes comportamentos às questões sensoriais, provavelmente porque têm conhecimentos mais acentuados nestas áreas que os pais.

Sobre a questão da sensorialidade, um estudo (Ben-sasson, Orsmond, Carter, & Fogg, 2007), que utilizou o ITSEA e uma escala específica para avaliar ansiedade na primeira infância, pretendeu verificar as diferenças entre as opiniões de terapeutas ocupacionais e psicólogos relativamente aos comportamentos, que espelham problemas no processamento sensorial e perturbações de ansiedade. Este estudo demonstrou que os terapeutas ocupacionais têm maior tendência para avaliar os diferentes assuntos como sinais ou sintomas de problemas do processamento sensorial, em comparação com os psicólogos que diagnosticaram mais casos com ansiedade geral. Estes resultados refletem as perspetivas dos diferentes profissionais sobre o comportamento e as dificuldades em distinguir estes mesmos problemas em crianças na primeira infância.

Mesmo entre profissionais especializados em diferentes áreas, existe uma tendência em identificar comportamentos e associá-los mais, a um tipo de problema do que a outro, neste caso problemas de processamento sensorial e ansiedade geral, o que depende muito da percepção individual (conhecimentos) de quem responde ao questionário. Esta constatação permite-nos verificar que não só pais e educadores, como também técnicos especializados também apresentam prestativas diferentes ao analisar os mesmos comportamento na criança.

O subdomínio da alimentação parece ser o que apresenta maior robustez, em que os pais e os educadores identificam cada item corretamente, relacionando-o às questões da alimentação. Na análise feita a ambos os questionários, os itens que pertencem ao fator relativo ao subdomínio "alimentação" são os que apresentam a maior carga fatorial no fator correspondente (de acordo com o modelo teórico). Efetivamente, de acordo com Tseng e Biagioli (2009) os problemas de sono e os problemas de alimentação são duas das maiores preocupações das famílias com crianças pequenas e provavelmente por isso pais e educadores conseguem identificá-los tão bem.

Competências

No domínio das competências verifica-se uma grande heterogeneidade na distribuição das cargas fatoriais de cada item pelos diversos fatores, tanto na análise fatorial realizada aos questionários dos pais, como na análise fatorial realizada aos questionários dos educadores. Inclusive, nenhum dos itens do subdomínio "relações pró-sociais com pares" foi aceite, nos dois questionários, devido às respetivas cargas fatoriais que não se centraram em nenhum fator e em alguns itens as cargas fatoriais apresentaram-se inferiores a 0,20 e por isso procedeu-se à eliminação do respetivo subdomínio.

Provavelmente, estes resultados, no que diz respeito aos dados obtidos pelos pais, podem estar sob influência do facto dos pais não terem um contato tão rico com várias crianças e na observação do filho com vários pares; no entanto, este facto não justifica os resultados obtidos pelos dados dos educadores. Pelo que, provavelmente, não só a tradução dos itens do questionário, mas também o facto do comportamento das crianças muito pequenas ser mais errático, as características menos estáveis e mais difíceis de apreender na sua consistência (Winsler & Wallace, 2002) podem estar a influenciar estes resultados. Alguns dos itens, por exemplo, A19-"Brinca bem com as outras crianças (não incluir irmão) " parecem bastante subjetivos e necessitam de uma análise e

reflexão mais profunda junto das autoras do questionário, uma vez que o ato de "brincar bem" pode ter diversas interpretações. Ou mesmo acontece com o item D3-"Pede as coisas delicadamente quando brinca com outras crianças". O que para um pai/mãe ou mesmo educador pode ser "pedir delicadamente" para outro pode não ser, e portanto, estas parecem questões importantes a analisar dada a carência de objetividade e clareza dos itens.

No domínio das competências existem subdomínios que só por si, não são aspetos facilmente associados ao desenvolvimento infantil, tendo em consideração que quem responde ao questionário não tem que possuir formação específica na área para o fazer. Por exemplo, o que significa uma criança ser "submissa" e "empática"?! O comportamento implícito no item B93- " Obedece quando se lhe pede para parar de ser agressivo (a)" é percecionado pelos educadores das crianças como um comportamento ligado a questões de "relacionamento pró-sociais", em vez de um comportamento ligado à submissão, provavelmente porque estes associam o "ser agressivo" ao relacionamento com pares. O facto de os educadores observarem constantemente a criança em relação com outras crianças também pode potencializar esta questão. Provavelmente as situações de maior agressividade são observadas no relacionamento entre as crianças. Este facto explica que a análise feita aos questionários dos pais não tenha levantado estas questões, dado que os pais não têm oportunidades tão ricas e variadas de observar os seus filhos em relação com outras crianças.

O item C4- " Fala dos sentimentos das outras pessoas (por exemplo, mamã zangada) " é um item que os pais parecem relacionar com os "relacionamentos pró-sociais com pares" que vez de o associarem à "empatia". Na realidade, nos relacionamentos pró-sociais, espera-se que a criança também possa demonstrar empatia pelo outro e por isso, é provável que surjam estes "deslocamentos" das cargas fatoriais para fatores, onde não deveriam pertencer.

Após reflexão à análise fatorial realizada importa reforçar a questão da tradução à qual nos referimos em diversas situações. Ao realizar a análise fatorial dos questionários é possível observar a existência de diversos itens cujas maiores cargas fatoriais não se centram no fator ao qual deveriam pertencer (tendo em consideração o modelo previamente descrito). Quando esta situação se verifica tanto na análise feita ao questionário dos pais como na análise feita ao questionário dos educadores colocámos em causa a tradução e da polissemia das palavras. É claro que o objetivo de uma língua é a transmissão de significados. No entanto, o processo de tradução é muito mais difícil do que aparenta (Hill & Hill, 2005). Em cada língua, cada substantivo, adjetivo ou advérbio tem dois tipos de significado: o significado pessoal (que é o único que pertence à pessoa que usa a palavra), e o significado comum (que é o significado partilhado pela pessoa que usa a palavra e pelas outras pessoas). A tradução de um questionário ou qualquer outro documento trata, necessariamente, dos significados comuns, mas há vários problemas na especificação do significado comum de algumas palavras. Estes problemas incluem o problema da polissemia, o problema de versões diferentes da mesma língua e o problema da linguagem idiomática e coloquial.

Apesar de termos dado muita atenção a todas estas questões, demos especial interesse à polissemia das palavras, dado que uma palavra pode ter vários significados comuns e geralmente não há problemas na utilização de palavras polissémicas quando são utilizadas por pessoas que falam a mesma língua porque o contexto em que usam a palavra indicam o significado certo. No entanto, o que verificámos através da análise fatorial indica-nos que o facto de cada item avaliar aspetos do desenvolvimento muito interligados entre si pode, erradamente, conduzir quem responde ao questionário, para outro aspeto ligado ao desenvolvimento infantil, que não o correto (de acordo com o modelo teórico).

Comparação entre percepção de pais e educadores sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças na primeira infância

Externalização

Os resultados do nosso estudo demonstram não existirem diferenças entre a percepção dos pais e educadores no que diz respeito ao domínio da externalização e subdomínio atividade/impulsividade. No entanto, existem diferenças entre a percepção de pais e educadores no que respeita aos subdomínios “agressividade/provocação” e “agressividade entre pares”.

Um estudo efetuado com crianças em idades escolares demonstra que de acordo com a percepção dos professores, as crianças apresentam níveis de agressividade superiores, quando comparados com as percepções dos pais (Cummins, Piek, & Dyck, 2005). No entanto, o nosso estudo veio pormenorizar esta informação mostrando que os educadores são os que relatam valores mais elevados de "agressividade entre pares" e os pais, maiores níveis de “agressividade/provocação”. Isto verifica-se provavelmente, porque os educadores têm geralmente maior oportunidade de observar cada criança em interação com outras crianças e portanto, a probabilidade de observar comportamentos de agressividade com os pares também é superior.

Diversas investigações (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Keogh & Bernheimer, 1998; Merrell, 2002; Walker & Bracken, 1996; Winsler & Wallace, 2002) indicam que os comportamentos externalizados (como fazer birras, ser agressivo ou não parar quieto) parecem suscitar uma maior unanimidade por parte dos informadores do que os comportamentos mais discretos (mais difíceis de observar, por vezes) como é o caso de se isolar, sentir-se ansioso ou seja, os comportamentos internalizantes, que abordaremos de seguida.

Internalização

No que diz respeito ao domínio da internalização, os dados obtidos, remetem para a existência de diferenças entre a percepção dos pais e educadores, sendo que os valores são superiores na percepção dos pais, relativamente aos valores detetados pela percepção dos educadores.

Estes resultados vão conformemente, ao encontro dos resultados obtidos numa outra investigação, que demonstra que os pais estão mais sensíveis às questões relativas à "emotividade negativa", "ansiedade e inibição à novidade" dos seus filhos que os próprios professores. Provavelmente, por este motivo, os resultados da percepção dos pais, revelam valores superiores nestas áreas, em comparação com a percepção dos educadores (Visser *et al.*, 2010). Inclusive, o nosso estudo verifica que, para os subdomínios "ansiedade geral" e "inibição à novidade" as diferenças encontradas entre a percepção de pais e educadores são significativas e da mesma forma, os pais apontam valores superiores quando comparados com os valores dos educadores.

Na creche, uma criança agressiva, impulsiva, excessivamente ativa, com comportamentos sociais negativos ou comportamentos perturbadores desorganiza toda a dinâmica de grupo e das atividades o que é visto com bastante preocupação por parte dos educadores. No entanto, uma criança calma que não perturba o ambiente é encerrada com passividade e naturalidade. Provavelmente, por isso a percepção dos educadores sobre estes comportamentos revela níveis inferiores de internalização, quando comparada à percepção dos pais, o que leva a uma crescente dificuldade de deteção precoce de problemas desta ordem, dado que as crianças têm as habilidades verbais pouco desenvolvidas nesta fase e especificamente, uma capacidade mais limitada para descrever estados de sentimentos internos (Tandon, Cardeli, & Luby, 2009).

Desregulação

No que concerne ao domínio da desregulação, não se verificam diferenças entre a percepção de pais e de educadores. No entanto, nos subdomínios "emocionalidade negativa" e "sono" verificam-se diferenças significantes. Em ambos os subdomínios, são os pais que relatam maiores níveis de "emocionalidade negativa" e "problemas de sono".

Relativamente à emocionalidade negativa, como já foi referido anteriormente, são os pais, os informadores mais sensíveis aos comportamentos ligados à emocionalidade negativa (Visser *et al.*, 2010), esta pode ser uma possível causa para as diferenças encontradas entre as percepções de ambos os informadores. No que respeita ao sono, bem como no que toca à "alimentação" e "sensibilidade sensorial", a investigação científica não tem aprofundado muito estas questões, tendo em consideração diferentes percepções dos informadores. Contudo, uma investigação (Hall, Scher, Zaidman-Zait, Espezel, & Warnock, 2012) que pretendeu analisar as associações entre o comportamento e o sono em crianças dos 12 aos 36 meses, recolheu informação de pais e educadores e concluiu que a percepção de mães e educadoras é similar no que toca aos comportamentos associados ao sono na criança, no contexto de creche e em casa.

Competências

No que concerne ao domínio das competências, existem diferenças entre a percepção dos pais e dos educadores, bem como nos subdomínios respetivos: "submissão", "motivação" e "imitação/jogo".

No domínio "competências" e no subdomínio da "submissão" os valores obtidos são superiores na percepção dos educadores. A creche apresenta um ambiente bastante estruturado comparando com o ambiente familiar. Existe uma rotina diária, com regras implícitas que ajuda à própria organização e estruturação emocional e social da criança. O facto de existirem regras coerentes e consistentes todos os dias na creche permite à criança compreender o que pode ou não fazer. Para crianças sem problemas como as da amostra do nosso estudo, é mais fácil obedecer e cumprir regras num ambiente com estas características. Em casa, num ambiente pouco estruturado, onde por vezes as regras não são impostas de forma coerente e consistente, as crianças tem mais tendência em pô-las em causa, desafiando o adulto. Provavelmente este é o motivo pelo

qual são os educadores a revelar melhores resultados na competência "submissão", quando comparados com os pais.

Para os subdomínios da "motivação" são os pais que demonstram valores mais elevados quando comparados com os educadores. Os pais, no geral, percebem uma melhor capacidade dos seus filhos para abordar uma situação desafiante que os educadores. O mesmo acontece com o subdomínio "imitação/jogo". Já os subdomínios da "empatia" e "atenção" parecem gerar consenso entre a percepção de ambos os informadores.

As investigações que têm sido realizadas com o objetivo de perceber se existe concordância ou não acerca das informações prestadas por múltiplos informadores sobre problemas de comportamento em crianças, dão conta da existência de diferenças significativas entre a informação obtida através de informadores que lidam com crianças em contextos distintos (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987). Na realidade, os problemas apresentados por algumas crianças podem estar associados a um determinado contexto em que esta se desenvolve e portanto as percepções dos diferentes informadores podem diferir, assim como aconteceu com a informação recolhidas pelos nossos informadores- pais e educadores (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Briggs-Gowan, Carter, & Schwab-Stone, 1996; Offord, Boyle, & Racine, 1989 as cited in Carter *et al.*, 2003). A falta de concordância entre vários informadores sobre a presença dos mesmos comportamentos na mesma criança pode ser explicada em parte pela variabilidade situacional do comportamento da criança, a qual se irá traduzir em diferentes possibilidades de observação para os diferentes informadores e também é encontrada em outros estudos (Cury & Golfeto, 2003; Fleitlich, Cortazar, & Goodman, 2000; Goodman, 1997). O simples facto dos pais e educadores conviverem com as crianças em contextos diversos e em momentos diferentes, leva à possibilidade de observação de diferenças reais nas possibilidades de observação de cada um deles. A familiaridade com a criança também pode condicionar o grau de concordância entre a percepção de pais e educadores. A mesma criança pode apresentar diferentes comportamentos, de acordo com o lugar em que se encontra, com quem se relaciona e de acordo com a forma como a criança é capaz de se adaptar às exigências do ambiente multivariado. Os educadores têm dados da observação da criança em contexto de creche, onde a criança se encontra na presença de vários pares, enquanto o pai ou a mãe pode observar o comportamento da criança em casa, locais públicos ou em outros contextos.

Na creche a criança é exposta a uma rotina exigente, com regras impostas, lugar onde por exemplo, por vezes os comportamentos são mais facilmente controlados, por crianças sem qualquer problema de desenvolvimento.

Vários estudos abordam esta temática explorando os níveis ansiedade e *stress* associados à entrada das crianças nas creches quando separadas dos seus pais questões que associam crianças pequenas que quando separadas dos seus cuidadores primários (pai/mãe) e são deixadas a pessoas desconhecidas em ambientes desconhecidos experimentam sentimentos de insegurança, perda e até mesmo ameaça (Ahnert, Gunnar, Cordeiro, & Barthel, 2004; Griebel & Niesel, 2009 as cited in Datler et al., 2012).

Quando a criança entra numa nova "rede" de cuidadores, isto pode ser muito perturbador mesmo que não seja a primeira vez que ela é confrontada com a separação e a ausência dos seus pais. Desta forma, as crianças podem manifestar um comportamento distinto neste contexto menos familiar. Particularmente, na primeira infância, as mudanças e a instabilidade dos seus cuidadores ou a existência de múltiplos cuidadores estão associadas a comportamentos menos tolerantes e menores níveis de interação durante o jogo com os pares (Howes & Hamilton, 1993; Howes & Stewart, 1987; Morrissey, 2009; NICHD Early Childcare Research Network, 1998 as cited in Datler *et al.*, 2012).

Limitações do estudo

Todos os resultados alcançados devem ser entendidos dentro das próprias limitações deste estudo. Acreditamos que a grande limitação do nosso estudo reside no facto do questionário utilizado ter sido autoadministrado por pais e educadores e não ter sido preenchido sob forma de entrevista estruturada, com orientações claras e constantes em todos os itens, por parte dos investigadores. Como a população em estudo não apresenta problemas de desenvolvimento e devido ao grande número de itens que compõe os questionários é provável que muitos pais e educadores não tenham sido exigentes e rigorosos a responder às questões do questionário.

De acordo com Campbell *et al.*, (2007) e Downey e Coyne, (1990 as cited in Leve *et al.*, 2010) um dos fatores de risco para a existência de problemas de externalização num determinado momento e mais tarde, muito bem documentados durante a infância é a depressão materna. Sabe-se também que as perceções individuais podem, também, ser influenciadas por variáveis como a presença de ansiedade, depressão ou outro tipo de psicopatologia no informador (Bates, 1994; Kroes, Veerman, & De Bruyn, 2003; Sameroff, Seifer, & Elias, 1982). Portanto, o facto de não ter sido considerada esta variável no presente estudo, também pode influenciar os resultados em questão.

6. CONCLUSÕES

Tomando em consideração os objetivos propostos inicialmente para esta investigação, podemos concluir, em primeiro lugar, que a versão Portuguesa do *Infant Toddler Social and Emotional Assessment* (Carter, & Briggs-Gowan, 2006) apresentou índices de ajustamento que permitem aferir uma razoável validade de construto, bem como, alfa de Cronback que evidenciam uma fiabilidade interna bastante razoável na maioria dos domínios e subdomínios avaliados. Desta forma, podemos afirmar que este instrumento de medida possui razoáveis qualidades psicométricas, o que seria expetável num estudo piloto desta ordem e que apresenta potencial para a deteção precoce de problemas no desenvolvimento infantil, constituindo uma ferramenta muito útil para psicomotricistas em intervenção na primeira infância.

Em segundo lugar, atendendo à questão evidenciada pelo terceiro objetivo de estudo, e à hipótese explicativa formulada na introdução, podemos dizer que os resultados alcançados, decorrentes das diferenças estatisticamente significativas encontradas, permitem-nos concluir que existem diferenças entre a perceção dos pais e a perceção dos educadores na maioria dos domínios e subdomínios avaliados, verificando-se para os subdomínios “Agressividade/Provocação” e “Agressividade entre Pares”, $t(73)=4,470$, $p < 0,05$ e $t(87)= -2,999$, $p < 0,05$, respetivamente. Relativamente ao domínio da internalização, existem diferenças estatisticamente significativas, $t(56)=12,428$ $p < 0,05$. O mesmo se verifica com os subdomínios pertencentes a este mesmo domínio, “Ansiedade Geral” e “Inibição à Novidade” ($t(95)= 5,349$, $p < 0,05$ e $t(78)= 8,639$, $p < 0,05$, respetivamente). Relativamente aos subdomínios “Emotividade Negativa” e “Sono”, a análise efetuada remete-nos para existência de diferenças estatisticamente significativas ($t(101)= 2,643$, $p < 0,05$ e $t(92)= 6,611$, $p < 0,05$, respetivamente). A perceção dos pais e educadores, relativamente ao domínio das competências também demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas ($t(52)= -2,424$, $p < 0,05$) os subdomínios “Submissão”, “Motivação” e “Imitação / Jogo” que o compõem, evidenciam diferenças estatisticamente significativas ($t(100)= -15,428$, $p < 0,05$; $t(101)= 4,093$, $p < 0,05$ e $t(101)= 8,377$, $p < 0,05$, respetivamente).

Estes resultados realçam a importância e a necessidade de o psicomotricista entender a sua prática clínica em relação íntima com outros sistemas: família, escola e comunidade.

Quando se fala em crianças na primeira infância, que passam muitas horas por dia sob cuidados não parentais, o psicomotricista deve tornar o contexto familiar e o contexto de creche como um parceiro íntimo, não só no processo de avaliação, mas igualmente participando ativamente na delimitação de estratégias conjuntas e em troca constante de informação importante sobre o desenvolvimento da criança. Muitas das informações obtidas por pais e educadores sobre o desenvolvimento de cada criança são controversas, o que pode constituir um aspeto importante no momento de avaliação da criança. Estes resultados são extremamente importantes uma vez que na prática terapêutica é determinante ter sempre em consideração a polissemia dos comportamentos e procurar desvendá-la, de forma a revelar os seus múltiplos significados. Numa visão psicomotora é importante enfatizar que, por trás dos sinais e sintoma, há sempre um fenómeno conflituante por elaborar.

Na nossa opinião, é preciso mudar o paradigma de avaliação e intervenção para modelos que enquadrem a prática clínica da psicomotricidade no conhecimento holístico da criança e no contexto em que esta se desenvolve. É essencial, perante o estado atual da investigação científica, assim, como a emergência vigente na psicomotricidade em Portugal, dar continuidade à investigação nesta área, rompendo todas as teias que possam esconder a verdadeira importância da psicomotricidade.

Portanto, ariscar-me-ia a dizer, que todo o investimento que neste estudo foi feito é redutor e quase insignificante, mas ao mesmo tempo, o ponto de partida essencial para o que é realmente importante para a intervenção clínica ao nível da psicomotricidade. Como psicomotricistas, não é apenas saber se a perceção de pais e educadores diferem ou não que nos importa averiguar. Na verdade, é tudo o que se esconde por detrás destas perceções que verdadeiramente nos importa e que nos permite refletir o desenvolvimento de uma criança como um todo, percebendo de que forma este desenvolvimento poderá estar a ser influenciado. São estas diferenças que abrem portas à crítica e à reflexão sobre o desenvolvimento psicomotor na primeira infância.

Sugestões para estudos futuros

A validade de constructo para alguns subdomínios apresenta uma reduzida qualidade, o que deve ser explorado em futuras investigações, assim como a validação do questionário para a população portuguesa.

Um aspeto que consideramos essencial e que deve ser tido em consideração em futuros estudos é a presença ou não de psicopatologia nos pais que respondem ao questionário, pedindo aos pais para preencherem um questionário que avalie a psicopatologia no adulto. Desta forma é garantida que a perceção dos pais sobre os próprios filhos não é influenciada pela existência de alguma psicopatologia, como a depressão.

Bibliografia

- Abe, J. A., & Izard, C. E. (1999). A longitudinal study of emotion expression and personality development. *Journal of personality and social psychology*, 77(3), 566-577.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (2004). Emotion cognition in children and adolescents: introduction to the special issue. *Journal of experimental child psychology*, 89, 271-275.
- Arbesman, M., & Lieberman, D. (2010). Methodology for the systematic reviews of occupational therapy for children and adolescents with difficulty processing and integrating sensory information. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 368-374.
- Associação Americana de Psiquiatria (APA). (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ªed.). Lisboa: Climepsi.
- Averill, J. R. (1998). What are emotions, really? *Cognition and emotion*, 12(6), 849-855.
- Bagnato, S. J., & Neisworth, J. T. (1991). *Assessment for early intervention: Best practices for professionals*. New York: Guilford.
- Barrett, L. F. (1998). Discrete emotions or dimensions? The role of valence focus and arousal focus. *Cognition and Emotion*, 12, 579-599.
- Bartsch, K., & Wellman, H. (1995). *Children talk about the mind*. London: Oxford University Press.
- Bates, J. E. (1994). Parents as scientific observers of their children's development. In S. L. Friedman & H. C. Haywood (Eds.), *Developmental follow-up: Concepts, domains and methods* (pp. 197-216). San Diego, CA: Academic Press.

- Bell, K. L., & Calkins, S. D. (2000). Relationships as inputs and outputs of emotion regulation. *Psychological Inquiry, 11*(3) 160-209.
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin, 135*, 885–908.
- Ben-sasson, A., Orsmond, S., Carter, A., & Fogg, L. (2007). Can we differentiate sensory over-responsivity from anxiety symptoms in toddlers? perspectives of occupational therapists and psychologists. *Infant Mental Health Journal, 28*(5), 536-558.
- Biringen, Z., Emde, R., Campos, J., & Appelbaun, M. (1995). Affective reorganization in the infant, the mother, and the dyad: The role of upright locomotion and its timing. *Child Development, 66*, 499 – 512.
- Blandon, A., Calkins, S., & Keane, S. (2010). Predicting Emotional and Social Competence during Early Childhood from Toddler Risk and Maternal Behavior. *Dev Psychopathol, 22*(1), 119–132.
- Bracha, Z. Gerardin, P., Perez-Diaz, F., Perriot, Y., de La Rocque, F., Flament, M., Leroux, M., Cohen, D., Reinert, P., Mazet, P., & Carter, A. (2007). Évaluation du développement socioémotionnel de l'enfant d'un à trois ans : validation de la version française de l'Infant-Toddler Social and Emotional Assessment A French adaptation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 55*(4), 294-203.doi: 10.1016/j.neurenf.2007.05.004
- Branco, M. (2010). *João dos Santos. Saúde Mental e Educação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Bretherton, I., McNew, S., & Beeghly-Smith, M. (1981). Early person knowledge as expressed in gestural and verbal communication: When do infants acquire a “theory of mind”? In M. E. Lamb & L. R. Sherrod (Eds.), *Infant social cognition: Empirical and theoretical considerations* (pp. 333–373). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Briggs-Gowan, M., Carter, A., Irwin, J., & Wachtel, K. (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.

- Briggs-Gowan, M., Carter, A., Bosson-Heenan, J., Guyer, A., & Horwitz, S. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 45*(7), 849-58.
- Briggs-Gowan, M., & Carter, A. (2007). Applying the Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA) and Brief- ITSEA in early intervention. *Infant Mental Health Journal, 28*, 564-583.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*(7), 513-531
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological system theory. *Annals of Child Development, 6*, 187-249.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed.
- Brownell, C., & Brown, E. (1992). Peers and play in infants and toddlers. In V. B. Van Hasselt (Ed.), *Handbook of social development: A lifespan perspective* (pp. 183–200). New York: Plenum Press.
- Brownell, C. A., Ramani, G. B., & Zerwas, S. (2006). Becoming a social partner with peers: Cooperation and social understanding in one and two year olds. *Child Development, 77*, 803–821. doi: 10.1111/j. 1467-8624.2006.00904.x
- Bundy, A. C., & Murray, E. A. (2002). Sensory integration: a Jean Ayres' theory revisited. In A. C. Bundy, S. J. Lane & E. A. Murray (Eds.), *Sensory integration: Theory and Practice* (pp. 3-33). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Buss, K. (2011). Which Fearful Toddlers Should We Worry About? Context, Fear Regulation, and Anxiety Risk. *Dev Psychol, 47*(3), 804–819.
- Byars, C., Yolton, K., Rausch, J., Lanphear, B., & Beebe, D. (2012). Prevalence, Patterns, and Persistence of Sleep Problems in the First 3 Years of Life. *Pediatrics, 129*(2), 276-84. doi: 10.1542/peds.2011-0372.
- Campana, A., & Tavares, M. (2009). *AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL: instrumentos e diretrizes para pesquisa*. São Paulo: Phorte Editora.

- Campos, J., Anderson, D., Barbu-Roth, M., Hubbard, E., Hertenstein, M., & Witherington, D. (2000). Travel broadens the mind. *Infancy, 1*, 149–219.
- Campos, J., Frankel, C., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development, 75*(2), 377-394.
- Carruth, B., Ziegler, P., Gordon, A., & Barr, S. (2004). Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *J Am Diet Assoc, 104*(1), 57-64.
- Carter, A. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2000). *The Infant–Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA)*. San Antonio, TX: Pearson.
- 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.
- Carter, A., & Briggs-Gowan, M. (2006). *The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA) manual*. San Antonio: Harcourt Assessment.
- Case-Smith, J., Butcher, L., & Reed, D. (1998). Parent's report of sensory responsiveness and temperament in preterm infants. *The American Journal of Occupational Therapy, 52* (7), 547- 555.
- Cathey, M., & Gaylord, N. (2004). Picky eating: a toddler's approach to mealtime. *Pediatr Nurs, 30*(2), 101-107.
- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barrett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 15-48). New York: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. (1996). Regulatory processes in development and psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*, 1-2.
- Claudon, P., & Weber, M. (2009). L'ÉMOTION: Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction. *Devenir, 1*(21), 61-99. DOI : 10.3917/dev.091.0061

- Cole, P. M., Teti, L., & Zahn-Waxler, C. (2003). Mutual emotion regulation and the stability of conduct problem between preschool and early school age. *Development and Psychopathology, 15*, 1- 18.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*(2), 317-333.
- Cosbey, J., Johnston, S., & Dunn, M. (2010). Sensory processing disorders and social participation. *American Journal of Occupational Therapy, 64*(3), 462-473.
- Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Crockenberg, S., & Leerkes, E. (2005). Infant temperament moderates associations between childcare type and quantity and externalizing and internalizing behaviors at 2 1/2 years. *Infant Behavior & Development 28*, 20–35.
- Crosby, D., Dowsett, C., Gennetian, L., & Huston, A. (2010). A Tale of Two Methods: Comparing Regression and Instrumental Variables Estimates of the Effects of Preschool Child Care Type on the Subsequent Externalizing Behavior of Children in Low- Income Families. *Dev Psychol, 46*(5), 1030–1048. doi:10.1037/a0020384
- Cummins, A., Piek, J. P., & Dyck, M. J. (2005). Motor coordination, empathy and social behaviour in school-aged children. *Developmental Medicine and Child Neurology, 47*, 437–442.
- Cury, C. R., & Golfeto, J. H. (2003). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A study of children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*(3), 139-145.
- Cutting, A., & Dunn, J. (1999). Theory of mind, emotional understanding, language and family Background: Individual differences and interrelations. *Child Development, 70*, 853-865.
- Dahl, M., Eklund, G., & Sundelin, C. (1986). Early feeding problems in an affluent society II. Determinants. *ActaPediatrScand, 75*, 380-387.

- Dahl, R., & El-Sheikh, M. (2007). Considering sleep in a family context: introduction to the special issue. *Journal of Family Psychology, 21*(1), 1–3.
- Damasio A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*, NY: Grosset/Putnam.
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência. A Construção do Cérebro Consciente*. Maia: Círculo de Leitores.
- Datler, W., Ereky-Stevens, K., Hover-Reisner, N., & Malmberg, L. (2012). Toddlers' transition to out-of-home day care: Settling into a new care environment. *Infant Behav Dev., 35*(3), 439–451. doi: 10.1016/j.infbeh.2012.02.007
- Dinnebeil, L. A., & Rule, S. (1994). Congruence between parents' and professionals' judgements about the development of young children with disabilities: A review of the literature. *Topics in Early Childhood Special Education, 14*(1), 1-25.
- Dodge, K. A., & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber e K. A. Dodge (Eds.), *The Development of emotion regulation and dysregulation* (pp.3-11). New York: Cambridge University Press.
- Dunn, J., & Brown, J. (1994). Affect expression in the family, children's understanding of emotions and their interactions with others. *Merrill-Palmer Quarterly, 40*, 1, 120-137.
- Dunn, J. (2002). Sibling relationships. In P. Smith & C. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development* (pp. 223–237). Malden, MA: Blackwell.
- Durkin, K. (1995). *Developmental Social Psychology: From Infancy to old age*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Eckerman, C. (1979). The human infant in social interaction. In R. Cairns (Ed.), *The analysis of social interactions: Methods, issues and illustrations* (pp. 163-178). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eckerman, C., Davis, C., & Didow, S. M. (1989). Toddler's emerging ways of achieving social coordinations with a peer. *Child Development, 60*, 440–453.

- Eckerman, C., & Peterman, K. (2001). Peers and infant social/communicative development. In A. Fogel & G. Bremner (Eds.), *Blackwell handbook of infant development* (pp. 326–350). Malden, MA: Blackwell.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Guthrie, I., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(1), 136-15
- Eisenberg, N., Smith, C., Sadovsky, A., Spinrad, T. (2004). Effortful control. Relations with emotion regulation, adjustment and socialization in childhood. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation. Research, theory and applications*. (pp. 259-282). New York: The Guilford Press.
- Eisenberg, N., Spinrad, T., Fabes, R., Reiser, M., Cumberland, A., Shepard, S., Valiente, C., Losoya, S., Guthrie, I., & Thompson, M. (2004). The relations of effortful control and impulsivity to children's resiliency and adjustment. *Child Development*, *75*(1), 25-46
- Eisenberg, N., Spinrad, T., & Eggum, N. (2010). Emotion-Related Self-Regulation and Its Relation to Children's Maladjustment. *Annu Rev Clin Psychol*, *6*, 495–525. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208.
- Fernandes, J., & Filho, P. (2012). *Psicomotricidade: abordagens emergentes*. São Paulo: Editora Manole.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock 'n'roll)* (3rd ed.). London: Sage.
- Figueiredo, C. (2005). Adaptação e validação cultural do Craig Handicap Assessment & Reporting Technique - Chart. Um instrumento métrico de avaliação da desvantagem. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra Faculdade de economia.
- Fine, S., Izard, C., Mostow, A., Trentacosta, C., & Ackerman, B. (2003). First grade emotion knowledge as a predictor of fifth grade self-reported internalizing behaviours in children from economically disadvantaged families. *Development and Psychopathology*, *15*, 331-342.

- Fisher, P., Stoolmiller, M., Gunnar, M., & Burraston, B. (2007). Effects of a therapeutic intervention for foster preschoolers on diurnal cortisol activity. *Psychoneuroendocrinology*, *32*, 892–905.
- Fleitlich, B., Cortazar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Revista Infante (de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência)*, *8*, 44-50.
- Fox, N., & Rutter, M. (2010). Introduction to the Special Section on The Effects of Early Experience on Development. *Child Development*, *81*(1), 23-27.
- Fridja, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press
- Fuertes, M., Lopes-dos-Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2009). Infant Coping and Maternal Interactive Behavior Predict Attachment in a Portuguese Sample of Healthy Preterm Infants. *European Psychologist*, *14*(4), 320-331.
- Gagne, J., Saudino, K., & Asherson, P. (2011). The Genetic Etiology of Inhibitory Control and Behavior Problems at 24 Months of Age. *J Child Psychol Psychiatry*, *52*(11), 1155-1163. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02420.x.
- Gilliom, M., Shaw, D., Beck, J., Schonberg, M., & Lukon, J. (2002). Anger regulation in disadvantaged preschool boys: Strategies, antecedents, and the development of self-control. *Developmental Psychology*, *38*(2), 222–235.
- Gonçalves, M., & Rodrigues, E. (1998). As perturbações alimentares precoces e a sua avaliação. *Análise Psicológica*, *1*(XVIC), 127-138.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 581-586
- Gravener, J., Rogosch, F., Oshri, A., Narayan, A., Cicchetti, D., & Toth, S. (2011). The Relations among Maternal Depressive Disorder, Maternal Expressed Emotion, and Toddler Behavior Problems and Attachment. *J Abnorm Child Psychol*, *40*, 803-813.
- Greenspan, S. I. (1994). *The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges* (2nd ed.). Connecticut: International Universities Press, Inc.

- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gregory, A., & O'Connor, T. (2002). Sleep problems in childhood: a longitudinal study of developmental change and association with behavioral problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 964–971. doi:10.1097/00004583-200208000-00015.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations. Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24), Guilford, New York NY, 2007.
- Guralnick, M. (2010). Early Intervention Approaches to Enhance the Peer-Related Social Competence of Young Children With Developmental Delays: A Historical Perspective. *Infants Young Child*, 23(2), 73–83.
- Guthrie, I., Eisenberg, N., Fabes, R., Murphy, B., Halmgreen, R., Mazsk, P., & Suh, K. (1997). The relations of regulation and emotionality to children's situational empathy-related responding. *Motivation & Emotion*, 21(1), 87-108.
- Haddad, L. (1997). *A ecologia do atendimento infantil: construindo um modelo de sistema unificado de cuidado e educação*. Tese de Doutorado em Educação, Faculdade de Educação, USP, São Paulo, Brasil.
- Hall, W., Scher, A., Zaidman-Zait, A., Espezel, H., & Warnock F. (2012). A community-based study of sleep and behaviour problems in 12- to 36-month-old children. *Child Care Health Dev.*, 38(3), 379-89. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01252.x.
- Hecke, A., Vaughan, A., Mundy, P., Acra, C., Block, J., Delgado, C., Parlade, M., Meyer, J., Neal, A., & Pomares, Y. (2007). Infant Joint Attention, Temperament, and Social Competence in Preschool Children. *Child Development*, 78(1), 53-69.
- Hill, M., Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed. Re. Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Hoeskma, J., Oosterlaan, J., & Schipper, E. (2004). Emotion regulation and the dynamics of feelings: A conceptual and methodological framework. *Child Development, 75*(2), 354-360.
- Hoffman, K., Adgent, M., Goldman, B., Sjödin, A., & Daniels, J.(2012). Lactational exposure to polybrominated diphenyl ethers and its relation to social and emotional development among toddlers. *Environ Health Perspect, 120*(10),1438-42. doi: 10.1289/ehp.1205100.
- Howes, C., & Matheson, C. (1992). Sequences in the development of competent play with peers: Social and social-pretend play. *Developmental Psychology, 28*, 961-974.
- Hundert, J., Morrison, L., Mahoney, W., Mundy, F., & Vernon, M. (1997). Parent and teacher assessments of the development status of children with severe, mild/moderate, or no developmental disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education, 17*(4), 419-434.
- Izard, C. (1993). Four systems for emotion activation: cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review, 100*, 68-90.
- Izard, C. (2002) Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychological Bulletin, 128*(5), 796-824.
- Izard, C., Fine, S., Mostow, A., Trentacosta, C., & Campbell, J. (2002). Emotion processes in normal and abnormal development and preventive intervention. *Development and Psychopathology, 14*, 761-787.
- Jansen, P., Saridjan,N., Hofman, A., Jaddoe,V., Verhulst, F., & Tiemeier, H. (2011). Does Disturbed Sleeping Precede Symptoms of Anxiety or Depression in Toddlers? The Generation R Stud. *Psychosomatic Medicine, 73*, 242–249. doi:10.1097/?PSY.0b013e31820a4abb.
- Jianduan, Z., Huishan, W., Shuhua, S., Xiaonan, H. Guoyan, L., Guangli, L., & Junxin, S. (2009). Reliability and validity of standardized Chinese version of Urban Infant–Toddler Social and Emotional Assessment. *Early Human Development, 85*, 331–336.

- Joly, F. (2011). Le développement psychomoteur : un paradigme pour la psychopathologie du xxie siècle. *Contraste*, 1(34), 213-235. doi: 10.3917/cont.034.0213
- Keogh, B. K., & Bernheimer, L. P. (1998). Concordance between mothers' and teachers' perceptions of behaviour problems of children with developmental delays. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 6(1), 33-41
- Kim, J., Hetherington, E., & Reiss, D. (1999). Associations among family relationships, antisocial peers, and adolescents; externalizing behaviors: gender and family type differences. *Child Development*, 70, 1209–1230.
- Kopp, C., & Neufeld, S. (2003). Emotional development during infancy. In: Davidson, R., Scherer, K., Goldsmith, H. (eds.), *Handbook of Affective Sciences*. London: Oxford Univ. Press, p.347-74.
- Kring, A., & Bachorowski, J. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13(5), 575-599.
- Kroes, G., Veerman, J. W., & De Bruyn, E. (2003). Bias in parental reports? Maternal psychopathology and the reporting of problem behavior in clinic- referred children. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 195-203.
- Lam, P., Hiscock, H., & Wake, M. (2003). Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics*, 111(3), 203-207.
- Lamb, M. (2005). Attachments, Social Networks and Developmental Contexts. In LEWIS, M. E., & TAKAHASHI, K. (Eds.), *Beyond the Dyad: conceptualization of social networks*. *Human Development*, 48(1), 108-112.
- Lane, S. J. (2002). Sensory modulation. In A. C. Bundy, S. J. Lane & E. A. Murray (Eds.), *Sensory integration: Theory and practice* (pp.101-122). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Lapierre, A. (1986). *A simbologia do movimento: psicomotricidade e educação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lau, P., & Wu, F. (2012). Emotional Competence as a Positive Youth Development Construct: A Conceptual Review. *Scientific World Journal*. doi: 10.1100/2012/975189.
- Legault, F., & Strayer, F. F. (1990). The emergence of sex segregation in preschool peer groups. In F. F. Strayer (Ed.), *Social interaction and behavioral development during early childhood*. Montreal, Quebec: La maison d'ethologie de Montreal.
- Lengua, L. J. (2002) The contribution of emotionality and self-regulation to the understanding of children's response to multiple risk. *Child Development*, 73(1), 144-161.
- Leve, L., Kerr, D., Shaw, D., Ge, X., Neiderhiser, J., Scaramella, L., Reid, J., Conger, R., & Reiss, D. (2010). Infant Pathways to Externalizing Behavior: Evidences of Genotype x Environment Interaction. *Child Dev.* 81(1), 340-356.
- Lipscomb, S., Leve, L., Shaw, D., Neiderhiser, J., Scaramella, L., Ge, X., Conger, R., Reid, J., & Reiss, D. (2012). Negative Emotionality and Externalizing Problems in Toddlerhood: Overreactive Parenting as a Moderator of Genetic Influences. *Dev Psychopathol*, 24(1), 167-179.
- Luebke, A., Kiel, E., & Buss, K. (2011). Brief Report: Toddlers' context-varying emotions, maternal responses to emotions, and internalizing behaviors. *Emotion*, 11(3), 697-703.
- Marceau, K., Humbad, M., Burt, S., Klump, K., Leve, L., & Neiderhiser, J. (2012). Observed Externalizing Behavior: A Developmental Comparison of Genetic and Environmental Influences Across Three Samples. *Behav Genet*, 42(1), 30-39. doi:10.1007/s10519-011-9481-2.
- Martin, R., & Bridger, R. (1999). *Temperament Assessment Battery for Children – Revised: A tool for the assessment of temperamental traits and types of young children: Manual*. Athens, GA: School Psychology Clinic.
- Mascolo, M., & Griffin, S. (1998). *What develops in emotional development?* New York: Plenum Press.

- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Olson, A., Forehand, R., Massari, C., Jones, D., Gaffney, C. A., & Zens, M. S. (2007). Harsh discipline and child problem behaviors: the roles of positive parenting and gender. *Journal of Family Violence, 22*, 187–196.
- Mendes Pedro, A. (2008). O Poder da Acção. In J. Costa (Ed.), *Um olhar para a criança: Psicomotricidade Relacional* (pp. 289-301). Lisboa: Trilhos Editora.
- Merrell, K. (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – Second Edition*. Austin, TX: PRO-ED.
- Mian, N., Godoy, L., Briggs-Gowan, M., & Carter, M. (2012). Patterns of anxiety symptoms in toddlers and preschool-age children: Evidences of early differentiation. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(1), 102-110.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). Adult attachment and caregiving: Individual differences in providing a safe haven and secure base to others. In S. L. Brown, R. M. Brown, & L. A. Penner (Eds.), *Moving beyond self-interest: Perspectives from evolutionary biology, neuroscience, and the social sciences* (pp. 39-52). New York, NY: Oxford University Press.
- Miller, L. (2006). *Sensational kids: Hope and help for children with sensory processing disorder (SPD)*. New York: G. P. Putnam's Sons.
- Mongillo, E., Briggs-Gowan, M., Ford, J., & Carter, A. (2009). Impact of Traumatic Life Events in a Community Sample of Toddlers. *J Abnorm Child Psychol, 37*, 455-468.
- Moutinho, G. (2012). A psicomotricidade na transformação do agir. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (pp. 45-57). SP, Brasil: Editora Manole.
- Mueller, E., & Silverman, N. (1989). Peer relations in maltreated children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 529-578). New York: Cambridge University Press.

- Mulligan, S. (2002). Advances in sensory integration research. .In A. C. Bundy, S. J. Lane & E. A. Murray (Eds.), *Sensory integration: Theory and practice* (pp. 397-411). Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Narusyte, J., Andershed, A., Neiderhiser, J., & Lichtenstein, P. (2006). Aggression as a mediator of genetic contributions to the association between negative parent-child relationships and adolescent antisocial behavior. *European Child & Adolescent Psychiatry, 16*, 128–137.
- Nichols, S., Svetlova, M., & Brownell, C. (2010). Toddlers' Understanding of Peers' Emotions. *J Genet Psychol, 171*(1), 35-53.
- Oliveira, V. (2012). Transtornos regulatórios - a intervenção psicomotora clínica na primeira infância. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (pp. 45-57). SP, Brasil: Editora Manole.
- Olson, S., Bates, J., Sandy, J., & Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 119–133.
- Pallant, J. *SPSS Survival Manual*. Open University Press, 2007.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança* (8ª Ed.). Lisboa. Editora: McGraw-Hill.
- Patterson, G., Reid, J. & Dishion, T. (1992). *A social interactional approach: Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Pereira, A. (2008). Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para ciências sociais e psicologia (7ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Perry-Parrish, C., Waasdorp, T., & Bradshaw, C. (2012). Peer Nominations of Emotional Expressivity among Urban Children: Social and Psychological Correlates. *Soc Dev., 21*(1), 88–108. doi:10.1111/j.1467-9507.2011.00615.x
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para ciências Sociais. A complementariedade do SPSS* (5ª ed. Re. Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Phillips, A., Wellman, H., & Spelke, E. (2002). Infants' ability to connect gaze and emotional expression to intentional action. *Cognition*, 85, 53–78.
- Piek, J. P. (2006). *Infant motor development*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Piek, J., Rigoli, D., Pearsall-Jones, J., Martin, N., Hay, D., Bennett, K., *et al.* (2007). Depressive symptomatology in child and adolescent twins with attention deficit hyperactivity disorder and/or developmental coordination disorder. *Twin Research and Human Genetics*, 10, 587–596.
- Piek, J., Bradbury, G., Elsley, S., & Tate, L. (2008a). Motor coordination and social emotional behaviour in preschool aged children. *International Journal of Disability, Development and Education*, 55, 143–151.
- Piek, J., Dawson, L., Smith, L., & Gasson, N. (2008b). The role of early fine and gross motor development on later and cognitive ability. *Human Movement Science*, 27, 668–681.
- Piek, J., Barrett, N., Smith, L., Rigoli, D., & Gasson, N. (2010). Do motor Skills in infancy and early childhood predict anxious and depressive symptomatology at school age? *Human Movement Science*, 29, 777-786.
- Posner, M., & Rothbart, M. (2000) Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, 12, 427-441.
- Potel, C. (2010). « Introduction » *Psychomotricité, un métier du présent, un métier d'avenir. Être psychomotricien*. ERES: Trames.
- Raikes, H., Robinson, J., Bradley, R., Raikes, H., & Ayoub, C. (2007). Developmental trends in self regulation among low-income toddlers. *Social Development*, 16, 128–149.
- Reebye, P., & Stalker, A. (2008). *Understanding regulation disorders of sensory processing in children*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Repacholi, B., & Gopnik, A. (1997). Early reasoning about desires: Evidence from 14- and 18-month olds. *Developmental Psychology*, 33, 12–21.

- Rogers, C., Anderson, P., Thompson, D., Kidokoro, H., Wallendorf, M., Treyvaud, K., Roberts, G., Doyle, L., Neil, J., & Inder, T. (2012). Regional cerebral development at term relates to school-age social-emotional development in very preterm children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 51*(2), 181-91. doi: 10.1016/j.jaac.2011.11.009.
- Roskam, I., Stievenart, M., Van de Moortele, G., & Meunier, J. (2011). Parent attachment, childrearing behavior, and child attachment: Mediated effects predicting preschoolers externalizing behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology, 32* (4), 170-179.
- Rothbart, M., Sheese, B., Rueda, M., & Posner, M. (2011). Developing Mechanisms of Self Regulation in Early Life. *Emot Rev, 3*(2), 207 – 213.
- Rubin, H., Bukowski, W., & Parker, J. (1998). Peer Interactions, Relationships and Groups. In N. Eisenberg (vol. Ed.) W. Damon (Series Ed.). *Handbook of Child psychology, vol. 3: Social, Emotional and Personality Development*. (5 th ed. 619- 700). New York: Wiley.
- Rydell, A., Berlin, L., & Bohlin, G. (2003). Emotionality, emotion regulation, and adaptation among 5 to 8 year old children. *Emotion, 3*, 30-47. doi:10.1037/1528-3542.3.1.30
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence. The Guilford series on social and emotional development*. New York, NY, Us: The Guildford Press.
- Sabol, T., & Pianta, R. (2012). Recent trends in research on teacher-child relationships. *Attachment and Human Development, 14*(3), 213-31.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., & Elias, P. K. (1982). Sociocultural variability in infant temperament ratings. *Child Development, 53*, 164-173.
- Santos, M. (2004). Problemas Alimentares da Infância sem diagnóstico clínico: quando vigiar, quando actuar? *Nascer e Crescer Revista do hospital de crianças maria pia, 4*(XIII).

- Seabra-Santos, M., & Gaspar, M. (2012). Pais, Educadores e Testes: Estão de Acordo na Avaliação de Aptidões de Crianças Pré-Escolares? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2), 203-211.
- Skuse, D. (1993). Identification and management of problem eaters. *Arch Dis Child*, 69, 604-608.
- Smiley, P. (2001). Intention understanding and partner-sensitive behaviors in young children's peer interactions. *Social Development*, 10, 330– 354.
- Smith, A., Roux, S., Naidoo, N., & Venter, D. (2005). Food choice of tactile defensive children. *Nutrition*, 21(1),14-19.
- Spinrad, T., Eisenberg, N., Granger, D., Eggum, N., Sallquist, J., Haugen, R., Kupfer, A., & Hofer, C. (2009). Individual differences in preschoolers' salivary cortisol and alpha-amylase reactivity: relations to temperament and maladjustment. *Horm Behav.*, 56(1), 133-139. doi: 10.1016/j.yhbeh.2009.03.020.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcomes of development. *Development Psychopathology*, 9(2), 251-68.
- Supplee, L., Skuban, E., Shaw, D., & Prout, J. (2009). Emotion regulation strategies and later externalizing behavior among European American and African American children. *Dev Psychopathol*, 21(2), 393–415.
- Supplee, L., Skuban, E., Trentacosta, C., Shaw, D., & Stoltz, E. (2011). Preschool Boys' Development of Emotional Self-regulation Strategies in a Sample At-risk for Behavior Problems. *J Genet Psychol*, 172(2), 95–120.
- Tandon, M., Cardeli, E., & Luby, J. (2009). Internalizing Disorders in Early Childhood: A Review of Depressive and Anxiety Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*, 18(3), 593–610. doi:10.1016/j.chc.2009.03.004.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R.A. Thompson (Ed.), *Nebraska symposium on motiation: Vol. 36. Socioemotional development* (pp. 367-467). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral*

- considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2), 25-52.
- Thompson, R. A., & Meyer, S. (2007). Socialization of emotion in the family. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 249–268). New York: Guilford.
- Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 348-365). New York: Guilford Press.
- Tomisaki, E., Tanaka, E., Shinohara, R., Sugisawa, Y., Tong, L., Hirano, M., ... Anme, T. (2010). A Longitudinal Study on Social Competence Development and Sleeping Habits. *J Epidemiol*, 20(2), 472-475. doi:10.2188/jea.JE20090148
- Touchette, E., Petit, D., Tremblay, R., & Montplaisir, J. (2009). Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: new perspectives. *Sleep Med Rev*, 13(5), 355-61.
- Treyvaud, K., Anderson, V., Lee, K., Woodward, L., Newnham, C., Inder, T., Doyle, L., & Anderson, P. (2009). Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(7), 768–777.
- Treyvaud, K., Doyle, L., Lee, K., Roberts, G., Lim, J., Inder, T., & Anderson, P. (2012a). Social Emotional Difficulties in Very Preterm and Term 2 Year Olds Predict Specific Social–Emotional Problems at the Age of 5 Years. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 1–7.
- Treyvaud, K., Inder, T., Lee, K., Northam, E., Doyle, L., & Anderson, P. (2012b). Can the home environment promote resilience for children born very preterm in the context of social and medical risk? *Journal of Experimental Child Psychology* 112, 326–337.
- Troxel, M., Trentacosta, C., Forbes, E., & Campbell, S. (2013). Negative emotionality moderates associations among attachment, toddler sleep, and later problem behaviors. *J Fam Psychol*, 27(1), 127-136. doi: 10.1037/a0031149.

- Tseng, A. & Biagioli, F. (2009). Counseling on early childhood concerns: sleep issues, thumb sucking, picky eating, and school readiness. *Am Fam Physician*, *80*(2), 139-42.
- Vandell, D. L., Wilson, K. S. & Buchanan, N. R. (1980). Peer interaction in the first year of life: an examination of its structure, content and sensitivity to toys. *Child Development*, *51*, 481-488.
- Vandell, D., & Mueller, E. (1980). Peer play and friendships during the first two years, In H. Fool, A. Chapman. & J. Smith (Eds.), *Friendship and social relations in children* (pp. 181-208). New York: Wiley.
- Velderman, M., Crone, M., Wiefferink, C., & Reijneveld, S. (2009). Identification and management of psychosocial Problems among toddlers by preventive child health care professionals. *European Journal of Public Health*, *20*(3), 332–338.
- Visser, J., Smeekens, S., Rommelse, N., Gaag, R., & Buitelaar, J. (2010). Assessment of psychopathology in 2- to 5-year-olds: Applying the Infant–Toddler Social Emotional Assessment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 109–134.
- Walden, T., & Ogan, T. (1988). The development of social referencing. *Child Development*, *59*, 1230–1240.
- Walker, K. C., & Bracken, B. A. (1996). Inter-parent agreement on four preschool behavior rating scales: Effects of parent and child gender. *Psychology in the Schools*, *33*(4), 273-283.
- Winsler, A., & Wallace, G. (2002). Behavior problems and social skills in preschool children: Parent\–teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Education & Development*, *13*(1), 41-58.
- Witherington, D. C., Campos, J. J., & Hernstein, M. J. (2001). Principles of emotion and its development in infancy. In: A. Fogel, G. Bremner (Eds.), *Handbooks of developmental psychology*. Malden, MA: Blackwell.
- Wright, C., Parkinson, K., Shipton, D., & Drewett, R. (2007). How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics*, *120*(4), e1069-e1075.

Zhou, Q., Eisenberg, N., Losoya, S., Fabes, R., Reiser, M., Guthrie, I., Murphy, B., Cumberland, A., & Shepard, S. (2002). The relations of parental warmth and positive expressiveness to children's empathy-related responding and social functioning: A longitudinal study. *Child Development*, 73(3), 893-915.

ANEXOS

ANEXO I - Versão original do ITSEA-"Parent Form"



Parent Form

Child's name _____ Date of birth / / Age in months _____
 Parent/Guardian's name _____ Date completed / / Child's Sex Boy Girl

Was your child born prematurely? No Yes If yes, what was the expected date of birth? / /

Was your child's birth weight less than 5 pounds 8 ounces? No Yes

In a typical week, how much time does your child spend with other young children (not including brothers and sisters)? _____ hours per week

Do you use any type of childcare for your child? No Yes If yes, how many hours do you use childcare in a typical week? _____ hours

Did your child have any problems at birth? No Yes If yes, please explain. _____

**SECTION
A**

This section contains statements about 12- to 35-month-old children. Many statements describe normal feelings and behaviors, but some statements describe feelings and behaviors that may be a problem. Please do your best to respond to every statement.

Please circle the ONE response that best describes your child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often
1. Shows pleasure when he or she succeeds (for example, claps for self).	0	1	2
2. Gets hurt so often that you can't take your eyes off of him or her.	0	1	2
3. Seems nervous, tense, or fearful.	0	1	2
4. Is restless and can't sit still.	0	1	2
5. Follows rules.	0	1	2
6. Wakes up at night and needs help to fall asleep again.	0	1	2
7. Cries or has tantrums until he or she is exhausted.	0	1	2
8. Is afraid of certain places, animals, or things. <i>What is he or she afraid of?</i>	0	1	2
[Empty box for response to item 8]			
9. Has less fun than other children.	0	1	2
10. Looks for you (or other parent) when upset.	0	1	2
11. Cries or hangs onto you when you try to leave.	0	1	2
12. Worries a lot or is very serious.	0	1	2
13. Looks right at you when you say his or her name.	0	1	2
14. Does not react when hurt.	0	1	2
15. Is affectionate with loved ones.	0	1	2
16. Won't touch some objects because of how they feel.	0	1	2
17. Has trouble falling asleep or staying asleep.	0	1	2

Section A continued on next page.



P.O. Box 599700 San Antonio, TX 78259 800.627.7271 www.PsychCorp.com
 Copyright © 2006, 2002 Yale University and the University of Massachusetts. All rights reserved.
 Published and distributed exclusively by NCS Pearson, Inc.
Warning: No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from the copyright owner.
 Pearson, the PSI logo, and PsychCorp are trademarks in the U.S. and/or other countries of Pearson Education, Inc., or its affiliate(s).
 Printed in the United States of America.



10 11 12 A B C D E Product Number: 0154007471

A Section A continued

Please circle the ONE response that best describes your child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/Rarely	Somewhat True/Sometimes	Very True/Often	
18. Runs away in public places.	0	1	2	
19. Plays well with other children (not including brother or sister). (Circle N if there is no contact with other children.)	0	1	2	N
20. Can pay attention for a long time (other than when watching TV).	0	1	2	
21. Has trouble adjusting to changes.	0	1	2	
22. Tries to help when someone is hurt (for example, gives a toy).	0	1	2	
23. Often gets very upset.	0	1	2	
24. Gags or chokes on food.	0	1	2	
25. Imitates playful sounds when you ask him or her to.	0	1	2	
26. Refuses to eat.	0	1	2	
27. Hits, shoves, kicks, or bites children (not including brother or sister). (Circle N if there is no contact with other children.)	0	1	2	N
28. Is destructive. Breaks or ruins things on purpose.	0	1	2	
29. Points to show you something far away.	0	1	2	
30. Hits, bites, or kicks you (or other parent).	0	1	2	
31. Hugs or feeds dolls or stuffed animals.	0	1	2	
32. Seems very unhappy, sad, depressed, or withdrawn.	0	1	2	
33. Purposely tries to hurt you (or other parent).	0	1	2	
34. When upset, gets very still, freezes, or doesn't move.	0	1	2	

The following statements describe feelings and behaviors that can be problems for young children. Some of the descriptions may be a bit hard to understand, especially if you have not seen the behavior in your child. Please do your best to respond to all statements.

Please circle the ONE response that best describes your child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/Rarely	Somewhat True/Sometimes	Very True/Often
35. Puts things in a special order over and over and gets upset if he or she is interrupted.	0	1	2
36. Repeats the same action or phrase over and over without enjoyment. <i>Please give an example:</i> <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>	0	1	2
37. Repeats a particular movement over and over (like rocking or spinning). <i>Please give an example:</i> <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>	0	1	2
38. Spaces out. Is totally unaware of what's happening around him or her.	0	1	2
39. Does not make eye contact.	0	1	2
40. Avoids physical contact.	0	1	2
41. Hurts self on purpose (for example, bangs head). <i>Please describe:</i> <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>	0	1	2
42. Eats or drinks things that are not edible, like paper or paint. <i>Please describe:</i> <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>	0	1	2

SECTION
B

This section contains statements about 12- to 35-month-old children. Many statements describe normal feelings and behaviors, but some statements describe feelings and behaviors that may be a problem. Please do your best to respond to every statement.

Please circle the ONE response that best describes your child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often	
1. Is bothered by loud noises or bright lights.	0	1	2	
2. Takes a while to feel comfortable in new places (10 minutes or more).	0	1	2	
3. Acts aggressive when frustrated.	0	1	2	
4. Is quiet or less active in new situations.	0	1	2	
5. Gets upset when left with a <i>new</i> babysitter. <small>(Circle N if you never used a babysitter)</small>	0	1	2	N
6. Responds the first time his or her name is called.	0	1	2	
7. Puts toys away after playing.	0	1	2	
8. Gets very wound up or silly when playing.	0	1	2	
9. Acts bossy.	0	1	2	
10. Is constantly moving.	0	1	2	
11. Dislikes some foods because of how they feel.	0	1	2	
12. Is bothered by certain odors (smells).	0	1	2	
13. Gets upset when left with a familiar babysitter or relative. <small>(Circle N if you have not used a babysitter or relative in the last month)</small>	0	1	2	N
14. Quiets down when you say "Shh."	0	1	2	
15. Refuses to eat foods that require chewing.	0	1	2	
16. Misbehaves to get attention from adults.	0	1	2	
17. Tries to do as you ask.	0	1	2	
18. Plays with toys for 5 minutes or longer.	0	1	2	
19. Hugs people with a squeeze or pat. <small>(Circle N if he or she is physically unable to do so.)</small>	0	1	2	N
20. Has started doing something he or she had outgrown (like use a pacifier).	0	1	2	
21. Is afraid of certain <i>animals</i> . <i>Please describe:</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 450px; margin-top: 5px;"></div>	0	1	2	
22. Is afraid of certain <i>things</i> . <i>Please describe:</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 450px; margin-top: 5px;"></div>	0	1	2	
23. Is afraid of certain <i>places</i> , like stores, elevators, parks, or cars. <i>Please describe:</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 450px; margin-top: 5px;"></div>	0	1	2	
24. Hangs on to you or wants to be in your lap when with other people.	0	1	2	
25. Rolls a ball back to you (or someone else). <small>(Circle N if he or she is physically unable to do so.)</small>	0	1	2	N
26. Likes being cuddled, hugged, or kissed by loved ones.	0	1	2	

Section B continued on next page.

B Section B continued

Please circle the ONE response that best describes your child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often	
27. Is very loud. Shouts or screams a lot.	0	1	2	
28. Reaches for you when you are not holding him or her. <small>(Circle N if he or she is physically unable to do so.)</small>	0	1	2	N
29. Spits out food.	0	1	2	
30. Is disobedient or defiant (for example, refuses to do as you ask).	0	1	2	
31. Cries if he or she doesn't get own way.	0	1	2	
32. Goes from toy to toy faster than other children his or her age.	0	1	2	
33. Keeps trying to do something even when it's hard.	0	1	2	
34. Is sneaky. Hides misbehavior.	0	1	2	
35. Looks at picture books by himself or herself.	0	1	2	
36. Helps with dressing (for example, puts arm in sleeve).	0	1	2	
37. Feels sick when nervous or upset.	0	1	2	
38. Pretends to do grown-up things, like shaving.	0	1	2	
39. Is bothered by how some things feel on his or her skin (for example, clothing seams, certain fabrics, etc.).	0	1	2	
40. Is easily startled.	0	1	2	
41. Is well-behaved.	0	1	2	
42. Prefers you (or other parent) over other adults.	0	1	2	
43. Laughs easily or a lot.	0	1	2	
44. Is stubborn.	0	1	2	
45. Is hard to soothe when upset.	0	1	2	
46. Sleeps through the night.	0	1	2	
47. Wants to do things for himself or herself.	0	1	2	
48. Points to ask for something.	0	1	2	
49. Is bothered by being in motion (for example, swinging, spinning, being tossed in the air, or bouncing).	0	1	2	
50. Wakes up grouchy or in a bad mood.	0	1	2	
51. Tries to make you feel better when you're upset.	0	1	2	
52. Stays still while being changed, dressed, or bathed.	0	1	2	
53. Has trouble calming down when upset.	0	1	2	
54. Demands a lot of attention.	0	1	2	
55. Sits for 5 minutes while you read a story.	0	1	2	
56. Is worried or upset when someone is hurt.	0	1	2	
57. Tries to "make-up" for misbehaving.	0	1	2	
58. Must be held to go to sleep.	0	1	2	
59. Is impatient or easily frustrated.	0	1	2	
60. Is interested in other babies and children.	0	1	2	
61. Likes figuring things out, like stacking blocks.	0	1	2	
62. Is affectionate with strangers.	0	1	2	

B <i>Section B continued</i>		Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often		
Please circle the ONE response that best describes your child's behavior in the LAST MONTH.						
63.	Is aware of other people's feelings.	0	1	2		
64.	Is shy with new adults.	0	1	2		
65.	Is able to wait for things he or she wants.	0	1	2		
66.	Cries a lot.	0	1	2		
67.	Pretends that objects are something else (for example, uses a banana as a phone).	0	1	2		
68.	Accepts new foods right away.	0	1	2		
69.	Enjoys challenging activities.	0	1	2		
70.	Is a perfectionist.	0	1	2		
71.	Imitates clapping or waving bye-bye.	(Circle N if he or she is physically unable to do so.)	0	1	2	N
72.	Is not afraid when he or she should be.	0	1	2		
73.	Jokes or gives you things to make you smile or laugh.	0	1	2		
74.	Is irritable or grouchy.	0	1	2		
75.	Pays careful attention when being taught something new.	0	1	2		
76.	Looks unhappy or sad without any reason.	0	1	2		
77.	Sleeps more than other children his or her age.	0	1	2		
78.	Is curious about new things.	0	1	2		
79.	Wakes up screaming and doesn't respond to you for a few minutes (<i>night terrors</i>).	0	1	2		
80.	Is whiny or fussy when he or she is <i>not</i> tired.	0	1	2		
81.	Feels bad about himself or herself.	0	1	2		
82.	Is a good eater.	0	1	2		
83.	Is shy with new children.	0	1	2		
84.	Seems to have no energy.	0	1	2		
85.	Gets angry or pouts.	0	1	2		
86.	Wakes up from scary dreams or nightmares.	0	1	2		
87.	Wants to sleep in someone else's room or bed.	(Circle N if child always shares a room or bed.)	0	1	2	N
88.	Has temper tantrums.	0	1	2		
89.	Is a picky eater.	0	1	2		
90.	Smiles back at you from across a room.	0	1	2		
91.	Seems withdrawn.	0	1	2		
92.	Seems very unhappy, sad, or depressed.	0	1	2		
93.	Obeys when asked to stop being aggressive.	0	1	2		
94.	Refuses to eat certain foods for 2 days or more.	0	1	2		
95.	Gets upset when asked to change activities.	0	1	2		

SECTION
C

Has your child begun to combine words yet; for example, asking for “more juice?” Please check one box and follow the instructions next to that box.

- Not yet** Do not complete this section. Please go to Section D.
 Sometimes Please respond to Items 1–5 below.
 Often Please respond to Items 1–5 below.

Please circle the ONE response that best describes your child’s behavior in the LAST MONTH.

	Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often
1. Repeats the last words of sentences or TV commercials.	0	1	2
2. Swears.	0	1	2
3. Takes a while to speak in unfamiliar situations.	0	1	2
4. Talks about other people’s feelings (for example, “Mommy mad”).	0	1	2
5. Talks about strange, scary, or disgusting things. <i>Please describe:</i>	0	1	2

SECTION
D

In the last month, did your child have any contact (more than 0 hours per week) with other young children (**not including brothers and sisters**)? Please check one box and follow the instructions next to that box.

- No** Do not complete this section. Please go to Section E.
 Yes Please respond to Items 1–9 below.

Please circle the ONE response that best describes your child’s behavior in the LAST MONTH.

	Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often
1. Takes turns when playing with others.	0	1	2
2. Tests other children to see if they will get angry.	0	1	2
3. Asks for things nicely when playing with children.	0	1	2
4. Has at least one favorite friend (a child).	0	1	2
5. Picks on or bullies other children.	0	1	2
6. Teases other children.	0	1	2
7. Plays “house” with other children.	0	1	2
8. Won’t let other children play with his or her group.	0	1	2
9. Hurts other children on purpose.	0	1	2

SECTION
E

The statements in this section describe feelings and behaviors that can be problems for young children. Some of the descriptions may be a bit hard to understand, especially if you have not seen the behavior in your child. Please do your best to respond to all the statements.

Please circle the ONE response that best describes your child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often
1. Has a body tic or twitch he or she seems unable to control (for example, eyes, mouth, nose, or legs twitch).	0	1	2
2. Makes sounds he or she seems unable to control.	0	1	2
3. Holds food in cheeks.	0	1	2
4. Hurts animals on purpose.	0	1	2
5. Is very worried about getting dirty.	0	1	2
6. Needs things to be clean or neat.	0	1	2
7. Plays games with other children in which they look at or touch each other's private parts.	0	1	2
8. Plays with own genitals often and for a long time.	0	1	2
9. Pulls own hair out (such as eyelashes, eyebrows, or hair on head).	0	1	2
10. Without looking at you, puts your hand on objects, such as wind-up toys, to make them work.	0	1	2
11. Worries about own body.	0	1	2
12. Plays with own bowel movements ("poops").	0	1	2
13. Has bowel movements where he or she shouldn't (for example, on the floor).	0	1	2
14. Urinates ("pees") where he or she shouldn't.	0	1	2
15. Acts out the same pretend theme over and over without enjoyment. <i>Please give an example:</i>	0	1	2
<input type="text"/>			
16. Has very strange habits. <i>Please give an example:</i>	0	1	2
<input type="text"/>			
17. Chews on things he or she shouldn't. <i>Please give an example:</i>	0	1	2
<input type="text"/>			

SECTION
F

The following questions concern your general feelings about your child's behavior.

- How worried are you about your child's behavior, emotions, or relationships?
 - Not at all worried
 - A little worried
 - Worried
 - Very worried
- How worried are you about your child's language development?
 - Not at all worried
 - A little worried
 - Worried
 - Very worried

ANEXO II - Versão original do ITSEA-"Childcare Provider Form"



Childcare Provider Form

Child's name _____ Date of birth / / Age in months
mm dd yy

Childcare provider's name _____ Date completed / / Child's Sex Boy Girl
mm dd yy

SECTION A This section contains statements about 12- to 35-month-old children. Many statements describe normal feelings and behaviors, but some statements describe feelings and behaviors that may be a problem. Please do your best to respond to every statement.

Please circle the ONE response that best describes the child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often	
1. Shows pleasure when he or she succeeds (for example, claps for self).	0	1	2	
2. Gets hurt so often that you can't take your eyes off of him or her.	0	1	2	
3. Seems nervous, tense, or fearful.	0	1	2	
4. Is restless and can't sit still.	0	1	2	
5. Follows rules.	0	1	2	
6. Wakes up at nap time and needs help to fall asleep again.	0	1	2	
7. Cries or has tantrums until he or she is exhausted.	0	1	2	
8. Is afraid of certain places, animals, or things. <i>What is he or she afraid of?</i>	0	1	2	
<div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>				
9. Has less fun than other children.	0	1	2	
10. Looks for a childcare provider when upset.	0	1	2	
11. Cries or hangs onto parent when he or she tries to leave.	0	1	2	
12. Worries a lot or is very serious.	0	1	2	
13. Looks right at you when you say his or her name.	0	1	2	
14. Does not react when hurt.	0	1	2	
15. Is affectionate with loved ones.	0	1	2	
16. Won't touch some objects because of how they feel.	0	1	2	
17. Has trouble falling asleep or staying asleep.	0	1	2	
18. Runs away in public places. <small>(Circle N if you have never seen the child in public.)</small>	0	1	2	N
19. Plays well with other children (not including brother or sister). <small>(Circle N if there is no contact with other children.)</small>	0	1	2	N
20. Can pay attention for a long time (other than when watching TV).	0	1	2	
21. Has trouble adjusting to changes.	0	1	2	
22. Tries to help when someone is hurt (for example, gives a toy).	0	1	2	

Section A continued on next page.

P.O. Box 999700 San Antonio, TX 78259 800.627.7271 www.PsychCorp.com
 Copyright © 2006, 2002 Yale University and the University of Massachusetts. All rights reserved.
 Published and distributed exclusively by NCS Pearson, Inc.
 Warning: No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from the copyright owner.
 Pearson, the PSI logo, and PsychCorp are trademarks in the U.S. and/or other countries of Pearson Education, Inc., or its affiliate(s).
 Printed in the United States of America.

7 8 9 10 11 12 A B C D E
Product Number: 0154007498

A *Section A continued*

Please circle the ONE response that best describes the child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often	
23. Often gets very upset.	0	1	2	
24. Gags or chokes on food.	0	1	2	
25. Imitates playful sounds when you ask him or her to.	0	1	2	
26. Refuses to eat.	0	1	2	
27. Hits, shoves, kicks, or bites children (not including brother or sister).	0	1	2	N
(Circle N if there is no contact with other children.)				
28. Is destructive. Breaks or ruins things on purpose.	0	1	2	
29. Points to show you something far away.	0	1	2	
30. Hits, bites, or kicks parent(s).	0	1	2	
31. Hugs or feeds dolls or stuffed animals.	0	1	2	
32. Seems very unhappy, sad, depressed, or withdrawn.	0	1	2	
33. Hurts other children on purpose.	0	1	2	
(Circle N if there is no contact with other children.)				
34. When upset, gets very still, freezes, or doesn't move.	0	1	2	

The following statements describe feelings and behaviors that can be problems for young children. Some of the descriptions may be a bit hard to understand, especially if you have not seen the behavior in the child. Please do your best to respond to all statements.

Please circle the ONE response that best describes the child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often
35. Puts things in a special order over and over and gets upset if he or she is interrupted.	0	1	2
36. Repeats the same action or phrase over and over without enjoyment. <i>Please give an example:</i>	0	1	2
<input style="width: 400px; height: 25px;" type="text"/>			
37. Repeats a particular movement over and over (like rocking or spinning). <i>Please give an example:</i>	0	1	2
<input style="width: 400px; height: 25px;" type="text"/>			
38. Spaces out. Is totally unaware of what's happening around him or her.	0	1	2
39. Does not make eye contact.	0	1	2
40. Avoids physical contact.	0	1	2
41. Hurts self on purpose (for example, bangs head). <i>Please describe:</i>	0	1	2
<input style="width: 400px; height: 25px;" type="text"/>			
42. Eats or drinks things that are not edible, like paper or paint. <i>Please describe:</i>	0	1	2
<input style="width: 400px; height: 25px;" type="text"/>			

**SECTION
B**

This section contains statements about 12- to 35-month-old children. Many statements describe normal feelings and behaviors, but some statements describe feelings and behaviors that may be a problem. Please do your best to respond to every statement.

Please circle the ONE response that best describes the child's behavior in the LAST MONTH.		Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often	
1.	Is bothered by loud noises or bright lights.	0	1	2	
2.	Takes awhile to feel comfortable in new places (10 minutes or more).	0	1	2	
3.	Acts aggressive when frustrated.	0	1	2	
4.	Is quiet or less active in new situations.	0	1	2	
5.	Gets upset when left with a <i>new</i> childcare provider. <small>(Circle N if no new childcare provider in last month.)</small>	0	1	2	N
6.	Responds the first time his or her name is called.	0	1	2	
7.	Puts toys away after playing.	0	1	2	
8.	Gets very wound up or silly when playing.	0	1	2	
9.	Acts bossy.	0	1	2	
10.	Is constantly moving.	0	1	2	
11.	Dislikes some foods because of how they feel.	0	1	2	
12.	Is bothered by certain odors (smells).	0	1	2	
13.	Gets upset when left with a familiar childcare provider.	0	1	2	
14.	Quiets down when you say "Shh."	0	1	2	
15.	Refuses to eat foods that require chewing.	0	1	2	
16.	Misbehaves to get attention from adults.	0	1	2	
17.	Tries to do as you ask.	0	1	2	
18.	Plays with toys for 5 minutes or longer.	0	1	2	
19.	Hugs people with a squeeze or pat. <small>(Circle N if he or she is physically unable to do so.)</small>	0	1	2	N
20.	Has started doing something he or she had outgrown (like use a pacifier).	0	1	2	
21.	Is afraid of certain <i>animals</i> . <i>Please describe:</i> <input type="text"/>	0	1	2	
22.	Is afraid of certain <i>things</i> . <i>Please describe:</i> <input type="text"/>	0	1	2	
23.	Is afraid of certain <i>places</i> , like stores, elevators, parks, or cars. <i>Please describe:</i> <input type="text"/>	0	1	2	
24.	Hangs on to you or wants to be in your lap when with other people.	0	1	2	
25.	Rolls a ball back to you (or someone else). <small>(Circle N if he or she is physically unable to do so.)</small>	0	1	2	N
26.	Likes being cuddled, hugged, or kissed by loved ones.	0	1	2	

Section B continued on next page.

B *Section B continued*

Please circle the ONE response that best describes the child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often	
27. Is very loud. Shouts or screams a lot.	0	1	2	
28. Reaches for you when you are not holding him or her. <small>(Circle N if he or she is physically unable to do so.)</small>	0	1	2	N
29. Spits out food.	0	1	2	
30. Is disobedient or defiant (for example, refuses to do as you ask).	0	1	2	
31. Cries if he or she doesn't get own way.	0	1	2	
32. Goes from toy to toy faster than other children his or her age.	0	1	2	
33. Keeps trying to do something even when it's hard.	0	1	2	
34. Is sneaky. Hides misbehavior.	0	1	2	
35. Looks at picture books by himself or herself.	0	1	2	
36. Helps with dressing (for example, puts arm in sleeve).	0	1	2	
37. Feels sick when nervous or upset.	0	1	2	
38. Pretends to do grown-up things, like shaving.	0	1	2	
39. Is bothered by how some things feel on his or her skin (for example, clothing seams, certain fabrics, etc.).	0	1	2	
40. Is easily startled.	0	1	2	
41. Is well-behaved.	0	1	2	
42. Prefers parent(s) over other adults.	0	1	2	
43. Laughs easily or a lot.	0	1	2	
44. Is stubborn.	0	1	2	
45. Is hard to soothe when upset.	0	1	2	
46. Sleeps through naptime.	0	1	2	
47. Wants to do things for himself or herself.	0	1	2	
48. Points to ask for something.	0	1	2	
49. Is bothered by being in motion (for example, swinging, spinning, being tossed in the air, or bouncing).	0	1	2	
50. Wakes up grouchy or in a bad mood.	0	1	2	
51. Tries to make you feel better when you're upset.	0	1	2	
52. Stays still while being changed, dressed, or bathed.	0	1	2	
53. Has trouble calming down when upset.	0	1	2	
54. Demands a lot of attention.	0	1	2	
55. Sits for 5 minutes while you read a story.	0	1	2	
56. Is worried or upset when someone is hurt.	0	1	2	
57. Tries to "make-up" for misbehaving.	0	1	2	
58. Must be held to go to sleep.	0	1	2	
59. Is impatient or easily frustrated.	0	1	2	
60. Is interested in other babies and children.	0	1	2	
61. Likes figuring things out, like stacking blocks.	0	1	2	
62. Is affectionate with strangers.	0	1	2	

B <i>Section B continued</i>		Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often	
Please circle the ONE response that best describes the child's behavior in the LAST MONTH.					
63.	Is aware of other people's feelings.	0	1	2	
64.	Is shy with new adults.	0	1	2	
65.	Is able to wait for things he or she wants.	0	1	2	
66.	Cries a lot.	0	1	2	
67.	Pretends that objects are something else (for example, uses a banana as a phone).	0	1	2	
68.	Accepts new foods right away.	0	1	2	
69.	Enjoys challenging activities.	0	1	2	
70.	Is a perfectionist.	0	1	2	
71.	Imitates clapping or waving bye-bye. <small>(Circle N if he or she is physically unable to do so.)</small>	0	1	2	N
72.	Is not afraid when he or she should be.	0	1	2	
73.	Jokes or gives you things to make you smile or laugh.	0	1	2	
74.	Is irritable or grouchy.	0	1	2	
75.	Pays careful attention when being taught something new.	0	1	2	
76.	Looks unhappy or sad without any reason.	0	1	2	
77.	Sleeps more than other children his or her age.	0	1	2	
78.	Is curious about new things.	0	1	2	
79.	Wakes up screaming and doesn't respond to you for a few minutes <i>(night terrors)</i> .	0	1	2	
80.	Is whiny or fussy when he or she is <i>not</i> tired.	0	1	2	
81.	Feels bad about himself or herself.	0	1	2	
82.	Is a good eater.	0	1	2	
83.	Is shy with new children.	0	1	2	
84.	Seems to have no energy.	0	1	2	
85.	Gets angry or pouts.	0	1	2	
86.	Wakes up from scary dreams or nightmares.	0	1	2	
87.	Strongly resists going down for a nap. <small>(Circle N if he or she is physically unable to do so.)</small>	0	1	2	N
88.	Has temper tantrums.	0	1	2	
89.	Is a picky eater.	0	1	2	
90.	Smiles back at you from across a room.	0	1	2	
91.	Seems withdrawn.	0	1	2	
92.	Seems very unhappy, sad, or depressed.	0	1	2	
93.	Obeys when asked to stop being aggressive.	0	1	2	
94.	Refuses to eat certain foods for 2 days or more.	0	1	2	
95.	Gets upset when asked to change activities.	0	1	2	
96.	Hits, bites, or kicks you (or other childcare provider).	0	1	2	
97.	Starts to "act up" or is hard to handle when parent comes to pick him or her up.	0	1	2	

Section B continued on next page.

B Section B continued

Please circle the ONE response that best describes the child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/Rarely	Somewhat True/Sometimes	Very True/Often
98. Takes 5 minutes or longer to calm down after his or her parent leaves.	0	1	2
99. Ignores parent when he or she comes to pick him or her up.	0	1	2
100. Seems mad when parent comes to take him or her home.	0	1	2
101. Is happy to see parent when he or she comes to pick him or her up.	0	1	2
102. Dislikes being held by parent when he or she returns at the end of the day.	0	1	2

SECTION C

Has the child begun to combine words yet; for example, asking for "more juice." Please check one box and follow the instructions next to that box.

- Not yet** Do not complete this section. Please go to Section D.
- Sometimes** Please respond to Items 1–5 below.
- Often** Please respond to Items 1–5 below.

Please circle the ONE response that best describes the child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/Rarely	Somewhat True/Sometimes	Very True/Often
1. Repeats the last words of sentences or TV commercials.	0	1	2
2. Swears.	0	1	2
3. Takes a while to speak in unfamiliar situations.	0	1	2
4. Talks about other people's feelings (for example, "Mommy mad").	0	1	2
5. Talks about strange, scary, or disgusting things. <i>Please describe:</i>	0	1	2

SECTION D

In the last month, did the child have any contact (more than 0 hours per week) with other young children (not including brothers and sisters)? Please check one box and follow the instructions next to that box.

- No** Do not complete this section. Please go to Section E.
- Yes** Please respond to Items 1–9 below.

Please circle the ONE response that best describes the child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/Rarely	Somewhat True/Sometimes	Very True/Often
1. Takes turns when playing with others.	0	1	2
2. Tests other children to see if they will get angry.	0	1	2
3. Asks for things nicely when playing with children.	0	1	2
4. Has at least one favorite friend (a child).	0	1	2
5. Picks on or bullies other children.	0	1	2
6. Teases other children.	0	1	2
7. Plays "house" with other children.	0	1	2
8. Won't let other children play with his or her group.	0	1	2
9. Hurts other children on purpose.	0	1	2

SECTION E

The statements in this section describe feelings and behaviors that can be problems for young children. Some of the descriptions may be a bit hard to understand, especially if you have not seen the behavior in the child. Please do your best to respond to all the statements.

Please circle the ONE response that best describes the child's behavior in the LAST MONTH.

	Not True/ Rarely	Somewhat True/ Sometimes	Very True/ Often
1. Has a body tic or twitch he or she seems unable to control (for example, eyes, mouth, nose, or legs twitch).	0	1	2
2. Makes sounds he or she seems unable to control.	0	1	2
3. Holds food in cheeks.	0	1	2
4. Hurts animals on purpose.	0	1	2
5. Is very worried about getting dirty.	0	1	2
6. Needs things to be clean or neat.	0	1	2
7. Plays games with other children in which they look at or touch each other's private parts.	0	1	2
8. Plays with own genitals often and for a long time.	0	1	2
9. Pulls own hair out (such as eyelashes, eyebrows, or hair on head).	0	1	2
10. Without looking at you, puts your hand on objects, such as wind-up toys, to make them work.	0	1	2
11. Worries about own body.	0	1	2
12. Plays with own bowel movements ("poops").	0	1	2
13. Has bowel movements where he or she shouldn't (for example, on the floor).	0	1	2
14. Urinates ("pees") where he or she shouldn't.	0	1	2
15. Acts out the same pretend theme over and over without enjoyment. <i>Please give an example:</i> <input type="text"/>	0	1	2
16. Has very strange habits. <i>Please give an example:</i> <input type="text"/>	0	1	2
17. Chews on things he or she shouldn't. <i>Please give an example:</i> <input type="text"/>	0	1	2

ANEXO III - Questionário de compreensão do questionário ITSEA- versão pré-teste para pais

Questionário para pais

Questionário de Compreensão

Após preenchimento do questionário, responda de forma breve às seguintes questões, expondo com a maior clareza possível as dificuldades que sentiu.

1. Senti dificuldades em compreender as instruções de preenchimento dadas ao longo do questionário?

Sim Não

1.1. Se sim, justifique:

2. Sentiu alguma dificuldade em responder a alguma das questões do questionário?

Sim Não

2.1. Se sim, enumere as questões onde sentiu mais dificuldade e explique o porquê?

Secção	Questão	Principais dificuldades sentidas



Questionário para pais

3. Sentiu necessidade do apoio de alguma pessoa no preenchimento do questionário?

Sim

Não

3.1. Se sim, porquê e em que questões?

4. Considera a linguagem utilizada ao longo do questionário acessível e compreensível?

Sim

Não

5. Sugere alguma alteração no questionário, para que este se torne mais acessível e compreensível para quem responde às suas questões?

Muito obrigado pela sua colaboração!



Questionário para Prestadores de Cuidados

Questionário de Compreensão

Após preenchimento do questionário, responda de forma breve às seguintes questões, expondo com a maior clareza possível as dificuldades que sentiu.

1. Senti dificuldades em compreender as instruções de preenchimento dadas ao longo do questionário?

Sim

Não

1.1. Se sim, justifique:

2. Sentiu alguma dificuldade em responder a alguma das questões do questionário?

Sim

Não

2.1. Se sim, enumere as questões onde sentiu mais dificuldade e explique o porquê?

Secção	Questão	Principais dificuldades sentidas



Questionário para Prestadores de Cuidados

3. Sentiu necessidade do apoio de alguma pessoa no preenchimento do questionário?

Sim

Não

3.1. Se sim, porquê e em que questões?

4. Considera a linguagem utilizada ao longo do questionário acessível e compreensível?

Sim

Não

5. Sugere alguma alteração no questionário, para que este se torne mais acessível e compreensível para quem responde às suas questões?

Muito obrigado pela sua colaboração!

ANEXO IV- Informação e consentimento para direção /coordenação técnica ou pedagógica

ITSEA	Informação e Consentimento para a Direção
Validação Portuguesa do Instrumento de avaliação ITSEA- <i>Infant-Toddler Social and Emotional Assessment</i>	
	
Fundamento e Objetivos do Estudo?	
<p>O presente estudo encontra-se a ser desenvolvido por investigadores da Universidade de Évora e consiste na validação do questionário ITSEA (<i>Infant-Toddler Social and Emotional Assessment</i>), para posterior aplicação na população portuguesa. Este instrumento de avaliação permitirá avaliar o desenvolvimento social e emocional de crianças entre os 12 e os 36 meses de idade.</p>	
<p>A informação será recolhida através de questionários a ser entregues ao(à) Prestador(a) de Cuidados/Educador(a) e aos Pais, onde serão abordadas diversas questões acerca do comportamento social e emocional de cada criança, selecionada de forma aleatória.</p>	
<p>Os estudos efetuados nesta área em Portugal são poucos, e como tal torna-se importante a sua participação/aceitação em colaborar com o mesmo. Desta forma ajudará a contribuir para um melhor conhecimento do desenvolvimento social-emocional na primeira infância.</p>	
Porque foi selecionado?	
<p>A sua instituição foi aleatoriamente selecionada de uma lista de várias instituições em Portugal. Participarão no estudo várias instituições de todo o País.</p>	
É obrigado a participar?	
<p>A decisão é inteiramente sua. Se recusar participar no estudo, não será prejudicado de qualquer forma. Se for de sua decisão participar, ser-lhe-á apenas pedido que assine o formulário de consentimento informado. Tem o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a qualquer momento, a sua participação no estudo.</p>	
O que tem de fazer?	
<p>Terá apenas de responder às questões do instrumento de avaliação ITSEA, sobre o comportamento social e emocional de cada criança selecionada aleatoriamente.</p>	
Como irão ser utilizados os dados?	
<p>Os dados serão estritamente confidenciais de acordo com a legislação portuguesa. Pela assinatura deste formulário, dá o seu consentimento para que os investigadores recolham e processem os dados que forem fornecidos, incluindo apenas o seguinte: Data de nascimento de cada criança; Sexo de cada criança; Respostas do(a) Prestador(a) de Cuidados/Educador(a) às questões do instrumento ITSEA.</p>	

ITSEA

Informação e Consentimento para a Direção

SOLICITAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Prezado Sr./Sra. Director(a) _____
do/a _____.

Somos uma equipa de investigadores da Universidade de Évora e encontramos de momento a realizar uma validação de um questionário de avaliação do desenvolvimento social e emocional de crianças entre os 12 e os 36 meses de idade em Portugal (ITSEA - *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment*).

Vimos por esta forma, solicitar a sua devida autorização para efectuar uma colheita de dados na sua instituição. Gostaríamos de informar que não existirão custos para a vossa instituição e que não pretendemos de forma alguma interferir na operacionalização e/ou nas atividades quotidianas da mesma. Comprometemo-nos a manter a confidencialidade de todas as informações fornecidas.

Agradecemos antecipadamente o seu apoio e compreensão, aguardando a colaboração no desenvolvimento da pesquisa científica.

(O/A Director/a)

Évora, _____ de _____ de 2012

António João Fernandes



Cátia Gonçalves

Inês Mendes Antunes

(Os pesquisadores)

ANEXO V - Informação e consentimento para prestador de cuidados

ITSEA **Informação e Consentimento para prestadores de Cuidados****Validação Portuguesa do Instrumento de avaliação ITSEA- *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment*****Fundamento e Objetivos do Estudo?**

O estudo encontra-se a ser desenvolvido por investigadores da Universidade de Évora e consiste na validação do questionário ITSEA (*Infant-Toddler Social and Emotional Assessment*), para posterior aplicação na população portuguesa. Este instrumento de avaliação permitirá avaliar o desenvolvimento social e emocional de crianças entre os 12 e os 36 meses de idade.

A informação será recolhida através de questionários onde serão abordadas diversas questões acerca do comportamento social e emocional de cada criança. Os estudos efetuados nesta área em Portugal são poucos, e como tal torna-se importante a sua participação. Desta forma ajudará a contribuir para um melhor conhecimento do desenvolvimento social-emocional na primeira infância.

Porque foi selecionado?

A instituição onde trabalha foi aleatoriamente selecionada de uma lista de várias instituições em Portugal. Participarão no estudo várias instituições de todo o País.

É obrigado a participar?

A decisão é inteiramente sua. Se recusar participar no estudo, não será prejudicado de qualquer forma. Se for de sua decisão participar, ser-lhe-á apenas pedido que assine o formulário de consentimento informado. Tem o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a qualquer momento, a sua participação no estudo.

O que tem de fazer?

Terá apenas de responder às questões do instrumento de avaliação ITSEA, sobre o comportamento social e emocional de cada criança selecionada aleatoriamente.

Como irão ser utilizados os dados?

Os seus dados e os dados pessoais da criança serão estritamente confidenciais de acordo com a legislação portuguesa. Pela assinatura deste formulário, dá o seu consentimento para que os investigadores recolham e processem os dados que fornecer incluindo apenas o seguinte: Data de nascimento da criança; Sexo da criança; Respostas às questões do instrumento ITSEA.

A sua participação apresenta algum risco ou incómodo a si próprio?

Não. Apenas será requerido que dispense tempo no preenchimento do questionário.

Declaração de consentimento

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida por escrito, da investigação que se tenciona realizar, para a qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo. Tomei conhecimento também da confidencialidade de todas as informações fornecidas.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelos investigadores.

_____, ____ de _____ de 2012

Assinatura do participante:

No caso de duvidas relacionado com o estudo, ou sempre que tenha questões sobre o mesmo, poderá contactar através do:
email: itseauevora@gmail.com.
telefone da investigadora: 914421083

ANEXO VI - Informação e Consentimento para pais

ITSEA	Informação para Pais	
<p align="center">Validação Portuguesa do Instrumento de avaliação ITSEA- <i>Infant-Toddler Social and Emotional Assessment</i></p>		
<p>Fundamento e Objetivos do Estudo?</p>		
<p>O estudo encontra-se a ser desenvolvido por investigadores da Universidade de Évora e consiste na validação do questionário ITSEA (<i>Infant-Toddler Social and Emotional Assessment</i>), para posterior aplicação na população portuguesa. Este instrumento de avaliação permitirá avaliar o desenvolvimento social e emocional de crianças entre os 12 e os 36 meses de idade.</p>		
<p>A informação será recolhida através de questionários onde serão abordadas diversas questões acerca do comportamento social e emocional de cada criança. Os estudos efetuados nesta área em Portugal são poucos, e como tal torna-se importante a sua participação. Desta forma ajudará a contribuir para um melhor conhecimento do desenvolvimento social-emocional na primeira infância.</p>		
<p>Porque foi selecionado?</p>		
<p>A instituição onde trabalha foi aleatoriamente selecionada de uma lista de várias instituições em Portugal. Participarão no estudo várias instituições de todo o País.</p>		
<p>É obrigado a participar?</p>		
<p>A decisão é inteiramente sua. Se recusar participar no estudo, não será prejudicado de qualquer forma. Se for de sua decisão participar, ser-lhe-á apenas pedido que assine o formulário de consentimento informado. Tem o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a qualquer momento, a sua participação no estudo.</p>		
<p>O que tem de fazer?</p>		
<p>Terá apenas de responder às questões do instrumento de avaliação ITSEA, sobre o comportamento social e emocional de cada criança selecionada aleatoriamente.</p>		
<p>Como irão ser utilizados os dados?</p>		
<p>Os seus dados e os dados pessoais da criança serão estritamente confidenciais de acordo com a legislação portuguesa. Pela assinatura deste formulário, dá o seu consentimento para que os investigadores recolham e processem os dados que fornecer incluindo apenas o seguinte: Data de nascimento da criança; Sexo da criança; Respostas às questões do instrumento ITSEA.</p>		
<p>A sua participação apresenta algum risco ou incómodo a si próprio?</p>		
<p>Não. Apenas será requerido que dispense tempo no preenchimento do questionário.</p>		

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO



Exmo./a. Sr./a, somos uma equipa de investigadores da Universidade de Évora e encontramos-nos a realizar uma **validação de um questionário de avaliação do desenvolvimento social e emocional de crianças entre os 12 e os 36 meses de idade (ITSEA - Infant-Toddler Social and Emotional Assessment)**. A instituição do seu filho(a) foi aleatoriamente selecionada de uma lista de várias instituições em Portugal para participar no estudo em questão.

Para tal, solicitamos a sua ajuda, pedindo que possa responder aos questionários anexados, **pela ordem que são apresentados**, onde serão abordadas diversas questões acerca do comportamento social e emocional do(a) seu(sua) filho(a), assim como a um questionário sócio-demográfico e clínico. Se tem mais de um filho com idade compreendida entre 12 e 36 meses, responda apenas a um questionário, referente a um só filho. **Tem o direito de decidir livremente aceitar ou recusar, a sua participação no estudo**, não existindo qualquer prejuízo pela decisão que tome. Os seus dados pessoais do/a seu filho(a), serão **estritamente confidenciais** de acordo com a legislação portuguesa. Pela assinatura deste formulário, dá o seu consentimento para que os investigadores recolham e processem os dados que fornecer incluindo apenas o seguinte: Data de nascimento do/a seu/sua filho(a); Sexo do/a seu/sua filho(a); Respostas numéricas das questões dos instrumentos.

Ao assinar abaixo, declara ter compreendido a explicação fornecida por escrito, da investigação que se tem de realizar, para a qual é pedida a sua participação, declarando aceitar a participação no estudo apresentado.

_____, _____ de _____ de 2012

Assinatura do participante:

No caso de dúvidas relacionado com o estudo, ou sempre que tenha questões sobre o mesmo, poderá contactar através do :
email: itseaeuora@gmail.com.
telefone da investigadora: 914421083

ANEXO VII- Questionário Sócio Demográfico para Pais

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Data de Preenchimento: ____/____/____
(dia) (mês) (ano)

I.DADOS RELATIVOS A QUEM RESPONDE AO QUESTIONÁRIO

Por favor, responda às seguintes questões relativas a si próprio.

1. Idade: _____
2. Género: Masculino Feminino
3. Nacionalidade: Portuguesa Outra Qual? _____
4. Concelho de residência atual: _____
5. Freguesia de residência atual: _____
6. Sabe ler e escrever português? Sim Não
7. Estado Civil:

Solteiro (a)	
Casado (a)/União de Facto	
Divorciado (a)/Separado (a)	
Viúvo (a)	
8. Habilitações Literárias (anos completos de escolaridade):

4ª Classe	
9º Ano	
12º Ano ou Equivalente	
Frequência Universitária	
Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	
Outro	

 Qual? _____
9. Situação Laboral:

Empregado (a)/Ativo(a)/Baixa clínica	
Desempregado(a)	
Reformado(a)/Invalidez	
Outros	

 Qual? _____
10. Profissão: _____

11. Rendimento Mensal do Agregado Familiar

≤ 500€	<input type="checkbox"/>
500€ - 750€	<input type="checkbox"/>
750€ - 1000€	<input type="checkbox"/>
1000€ - 1500€	<input type="checkbox"/>
1500€ - 2000€	<input type="checkbox"/>
2000€ - 2500€	<input type="checkbox"/>
≥ 2500€	<input type="checkbox"/>

II. DADOS RELATIVOS À CRIANÇA

Por favor, responda às seguintes questões relativas ao seu filho(a).

1. Data de Nascimento: / /
(dia) (mês) (ano)
2. Género: Masculino Feminino
3. Tem irmãos com idades entre os 0 e os 36 meses? Sim Não
4. Tem irmãos envolvidos no estudo? Sim Não

Por favor, responda às seguintes questões ainda relativas ao seu filho(a). Poderá obter os dados necessários no boletim de saúde da criança.

5. Duração da gestação: _____ Semanas
 6. Gestação: Normal De Risco Se respondeu "De risco", indique as razões: _____
 7. Tipo de Parto: Eutócito Cesariana
Forceps Ventosa
 8. Peso ao nascer: _____ g
 9. Índice de Apgar ao 1º minuto _____ ao 5º minuto _____
 10. A criança tem algum problema de saúde? Sim Não
- Se Sim, indique qual:
- Problema Genético Deficiência Atraso de desenvolvimento
Outro Qual? _____

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO VIII - Versão portuguesa do ITSEA- questionário para pais

ITSEA

Questionário para Pais

Nome da criança _____ Data de Nasc. ____/____/____ Idade em meses _____

Nome do pai ou mãe _____ Data de conclusão do questionário ____/____/____

Sexo da criança Masc. Fem.

A criança nasceu prematura? Não Sim Se sim, qual era a data do nascimento prevista? ____/____/____

Ao nascimento, a criança pesava menos que 2,500 quilos? Não Sim

Numa semana normal, quanto tempo a criança passa com outras crianças (não se incluem irmãos ou irmãs)?
_____ horas por semana

Usa algum serviço para cuidar da criança? Não Sim Se sim, quantas horas usa este serviço por semana?
_____ horas

A criança teve algum problema ao nascer? Não Sim Se sim, diga quais: _____

Secção A

Esta secção contém descrições sobre crianças entre os 12-35 meses. Muitas descrições são de sentimentos e comportamentos normais, mas outros descrevem sentimentos e comportamentos que poderão revelar problemas. Por favor faça os possíveis para responder a todas as questões.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento do seu filho(a) no ÚLTIMO MÊS.

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente
1. Revela prazer quando é bem sucedido(a) [por exemplo, bate as palmas a ele/ela próprio(a)].	0	1	2
2. Magoa-se tantas vezes que não o/a pode perder de vista.	0	1	2
3. Parece nervoso(a), tenso(a) ou receoso(a).	0	1	2
4. É agitado(a) e não consegue sentar-se quieto(a).	0	1	2
5. Cumpre regras.	0	1	2
6. Acorda durante a noite e precisa de ajuda para adormecer novamente.	0	1	2
7. Chora ou faz birra até ficar exausto(a).	0	1	2
8. Tem medo de certos lugares, animais ou coisas. <i>Do que é que tem medo?</i>	0	1	2
9. Diverte-se menos que as outras crianças.	0	1	2
10. Procura por si (ou ao outro progenitor) quando está chateado(a).	0	1	2

ITSEA

Questionário para Pais

11. Chora ou agarra-se a si quando tenta ir embora.	0	1	2	
12. Preocupa-se muito ou é muito sério(a).	0	1	2	
13. Olha diretamente para si quando diz o nome dele/dela.	0	1	2	
14. Não reage quando se magoa.	0	1	2	
15. É afetuoso(a) para com aqueles de quem gosta.	0	1	2	
16. Não toca em alguns objetos por causa da sensação que eles provocam.	0	1	2	
17. Tem problemas em adormecer ou em permanecer a dormir.	0	1	2	
18. Foge em locais públicos.	0	1	2	N
19. Brinca bem com as outras crianças (não incluir irmãos). (Circule N se não há contato com outras crianças)	0	1	2	N
20. Consegue prestar atenção durante muito tempo (sem ser quando vê televisão).	0	1	2	
21. Tem problemas em adaptar-se a mudanças.	0	1	2	
22. Tenta ajudar quando alguém se magoa (por exemplo, dá um brinquedo).	0	1	2	
23. Fica irritado(a) muitas vezes.	0	1	2	
24. Tem vômitos ou engasga-se com a comida.	0	1	2	
25. Imita sons de brincadeiras quando se lhe pede.	0	1	2	
26. Recusa-se a comer.	0	1	2	
27. Bate, empurra, dá pontapés, ou morde outras crianças (não incluir irmãos). (Circule N se não tem contato com outras crianças).	0	1	2	N
28. É destruidor(a), quebra ou estraga coisas de propósito.	0	1	2	
29. Aponta para lhe mostrar qualquer coisa que esteja longe.	0	1	2	
30. Bate, morde ou dá-lhe pontapés (ou no outro progenitor).	0	1	2	
31. Abraça ou dá de comer a bonecos ou animais de peluche.	0	1	2	
32. Parece muito infeliz, triste, deprimido/a ou ausente.	0	1	2	
33. Tenta magoá-lo propositadamente (ou ao outro progenitor).	0	1	2	
34. Quando está chateado(a), fica muito quieto(a), imóvel ou sem se mover.	0	1	2	

As seguintes descrições referem-se a sentimentos e comportamentos que poderão ser um problema nas crianças. Algumas das descrições podem ser um pouco difíceis de perceber, especialmente se não observou os comportamentos no seu filho(a). Por favor faça os possíveis para responder a todas as questões.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento do seu filho(a) no ÚLTIMO MÊS.

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente
35. Coloca os objetos numa determinada ordem, vezes sem conta, e fica irritado(a) quando é interrompido(a).	0	1	2
36. Repete a mesma ação ou a mesma frase inúmeras vezes sem mostrar satisfação. Por favor dê um exemplo:	0	1	2
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

ITSE A

Questionário para Pais

37. Repete um determinado movimento várias vezes (como baloiçar-se para trás e para a frente, ou rodopiar). Por favor dê um exemplo:

0 1 2

38. Isola-se. Ficando totalmente alheio(a) ao que se passa à sua volta.

0 1 2

39. Não estabelece contacto visual.

0 1 2

40. Evita contato físico.

0 1 2

41. Magoa-se a si próprio(a) de propósito (por exemplo bate com a cabeça). Por favor descreva:

0 1 2

42. Come ou bebe coisas que não são próprias, como papel ou tinta. Por favor descreva:

0 1 2

Secção
B

Esta secção contém descrições sobre crianças entre os 12-35 meses. Muitas descrições são de sentimentos e comportamentos normais, mas outros descrevem sentimentos e comportamentos que podem ser problemáticos. Por favor responda de forma precisa a cada uma das questões.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento do seu filho(a) no ÚLTIMO MÊS.

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente	
1. Fica incomodado(a) com barulhos fortes ou luzes brilhantes.	0	1	2	
2. Leva algum tempo a sentir-se confortável em locais novos (10 minutos ou mais).	0	1	2	
3. Fica agressivo(a) quando se sente frustrado(a).	0	1	2	
4. Fica quieto(a) ou menos ativo(a) em situações novas.	0	1	2	
5. Fica irritado(a) quando o/a deixam com um novo Prestador de Cuidados. (Circule N se nunca o/a deixa com um Prestador de Cuidados)	0	1	2	N
6. Responde pelo nome logo que o escuta.	0	1	2	
7. Abandona os brinquedos depois de brincar.	0	1	2	
8. Fica muito tenso(a) ou estranho(a) enquanto brinca.	0	1	2	
9. Age de forma autoritária.	0	1	2	
10. Está sempre a mexer-se.	0	1	2	
11. Não gosta de alguns alimentos devido à sensação que lhe provoca.	0	1	2	
12. Fica incomodado(a) com alguns odores (cheiros).	0	1	2	

ITSEA

Questionário para Pais

13. Fica irritado(a) quando o/a deixam com um Prestador de Cuidados conhecido ou um familiar. (Circule N se nunca o/a deixa com um familiar ou conhecido)	0	1	2	N
14. Fica tranquilo(a) quando se lhe diz "Chhh".	0	1	2	
15. Recusa comer alimentos que precisem ser mastigados.	0	1	2	
16. Porta-se mal para chamar a atenção dos adultos.	0	1	2	
17. Tenta fazer o que lhe pede.	0	1	2	
18. Brinca com brinquedos durante cinco minutos ou mais.	0	1	2	
19. Abraça as pessoas com aperto ou carícia. (Circule N se a criança não está apta fisicamente para o fazer)	0	1	2	N
20. Começou a fazer coisas que já tinha deixado de fazer (como usar uma chupeta).	0	1	2	
21. Tem medo de alguns animais. <i>Por favor descreva:</i> <input type="text"/>	0	1	2	
22. Tem medo de algumas coisas. <i>Por favor descreva:</i> <input type="text"/>	0	1	2	
23. Tem medo de certos lugares, tais como lojas, elevadores, parques ou carros. <i>Por favor descreva:</i> <input type="text"/>	0	1	2	
24. Pendura-se em si ou quer estar no seu colo quando está com outras pessoas.	0	1	2	
25. Envia uma bola de volta para si (ou outra pessoa). (Circule N se a criança não está apta fisicamente para o fazer)	0	1	2	N
26. Gosta de ser acariciado(a), abraçado(a) ou beijado(a) pelas pessoas de quem gosta.	0	1	2	
27. É muito barulhento(a). Fala alto ou grita muito.	0	1	2	
28. Procura-o(a) quando não lhe está a dar colo. (Circule N se a criança não está apta fisicamente para o fazer)	0	1	2	N
29. Cospe a comida.	0	1	2	
30. É desobediente e desafiante (por exemplo, recusa fazer o que lhe pede).	0	1	2	
31. Chora se não consegue o que quer.	0	1	2	
32. Muda de brinquedo em brinquedo mais rapidamente do que outras crianças da mesma idade.	0	1	2	
33. Continua a tentar fazer uma coisa mesmo que seja difícil.	0	1	2	
34. É dissimulado(a). Esconde o mau comportamento.	0	1	2	

ITSE A

Questionário para Pais

35. Vê livros ilustrados sozinho(a).	0	1	2
36. Ajuda a vestir-se (por exemplo enfia o braço na manga).	0	1	2
37. Fica mal disposto(a) quando está nervoso(a) ou irritado(a).	0	1	2
38. Finge fazer coisas de adultos (por exemplo, fazer a barba).	0	1	2
39. Sente-se incomodado(a) pelo toque de algumas coisas na pele (por exemplo costuras da roupa, certos tecidos, etc.).	0	1	2
40. Assusta-se facilmente.	0	1	2
41. É bem comportado(a).	0	1	2
42. Prefere a sua companhia (ou do outro progenitor) à de outros adultos.	0	1	2
43. Ri facilmente ou com muita frequência.	0	1	2
44. É teimoso(a).	0	1	2
45. É difícil de acalmar quando se irrita.	0	1	2
46. Dorme durante a noite.	0	1	2
47. Quer fazer as coisas sozinho(a).	0	1	2
48. Aponta para pedir qualquer coisa.	0	1	2
49. Fica incomodado(a) quando está em movimento (por exemplo, baloiçar, andar à volta, ser atirado ao ar ou saltar).	0	1	2
50. Acorda rabugento(a) ou com mau humor.	0	1	2
51. Tenta fazê-lo(a) sentir-se melhor quando o/a vê chateado(a).	0	1	2
52. Fica sossegado(a) enquanto é mudada a fralda, é vestido(a), ou toma banho.	0	1	2
53. Tem problemas em se acalmar quando fica irritado(a).	0	1	2
54. Exige muita atenção.	0	1	2
55. Fica sentado(a) durante 5 minutos enquanto lhe conta uma história.	0	1	2
56. Fica preocupado(a) ou aborrecido(a) quando alguém se magoa.	0	1	2
57. Tenta "reparar" o seu mau comportamento.	0	1	2
58. Precisa de colo para adormecer.	0	1	2
59. É impaciente ou fica frustrado(a) facilmente.	0	1	2
60. Interessa-se por outros bebés e crianças.	0	1	2
61. Gosta de construir coisas, como empilhar blocos.	0	1	2
62. É afetuoso(a) com estranhos.	0	1	2
63. Tem consciência dos sentimentos das outras pessoas.	0	1	2
64. É tímido(a) com novos adultos.	0	1	2
65. É capaz de esperar por aquilo que quer.	0	1	2
66. Chora muito.	0	1	2
67. Finge que os objetos são outra coisa (por exemplo, é capaz de usar uma banana como telefone).	0	1	2

ITSE A

Questionário para Pais

68. Aceita novos alimentos de imediato.	0	1	2	
69. Gosta de atividades desafiantes.	0	1	2	
70. É perfeccionista	0	1	2	
71. Imita bater palmas ou acenar para dizer adeus. (Circule N se a criança não está apta fisicamente para o fazer)	0	1	2	N
72. Não tem medo quando devia ter.	0	1	2	
73. Faz gracinhas ou dá-lhe coisas para o fazer sorrir.	0	1	2	
74. É irritado ou rabugento.	0	1	2	
75. Presta muita atenção quando se lhe ensina uma coisa nova.	0	1	2	
76. Parece infeliz ou triste sem qualquer razão.	0	1	2	
77. Dorme mais que as crianças da sua idade.	0	1	2	
78. É curioso(a) em relação a coisas novas.	0	1	2	
79. Acorda a gritar e não lhe responde durante alguns minutos (terrores noturnos)	0	1	2	
80. Fica choroso(a) ou facilmente irritado mesmo quando não está cansado(a).	0	1	2	
81. Sente-se mal consigo próprio(a).	0	1	2	
82. Come bem.	0	1	2	
83. É tímido(a) com novas crianças.	0	1	2	
84. Parece não ter energia.	0	1	2	
85. Zanga-se ou faz beicinho.	0	1	2	
86. Acorda na sequência de sonhos ou pesadelos.	0	1	2	
87. Quer dormir no quarto ou na cama de outra pessoa. (Circule N se ele partilha sempre o quarto ou a cama com alguém)	0	1	2	N
88. Faz birras.	0	1	2	
89. É uma criança "difícil" para comer.	0	1	2	
90. Sorri -lhe de volta do outro lado da sala.	0	1	2	
91. Parece alheado(a).	0	1	2	
92. Parece muito infeliz, triste ou deprimido(a).	0	1	2	
93. Obedece quando se lhe pede para parar de ser agressivo(a).	0	1	2	
94. Recusa comer certos alimentos durante 2 ou mais dias.	0	1	2	
95. Fica chateado (a) quando se lhe pede para mudar de atividade.	0	1	2	

ITSE A

Questionário para Pais

Secção
C

O seu filho(a) já começou a juntar palavras; por exemplo, pedindo por "mais sumo?". Por favor escolha uma das opções e siga as instruções.

- Ainda não** Não complete esta secção. Prossiga para a secção D.
- Às vezes** Responda aos itens 1-5 abaixo assinalados.
- Muitas vezes** Responda aos itens 1-5 abaixo assinalados.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento do seu filho(a) no ÚLTIMO MÊS.

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente
1. Repete as últimas palavras de frases ou de anúncios da TV.	0	1	2
2. Diz palavras.	0	1	2
3. Leva algum tempo para falar em situação não familiares.	0	1	2
4. Fala dos sentimentos das outras pessoas (por exemplo, mamã zangada).	0	1	2
5. Fala sobre coisas estranhas, assustadoras, desagradáveis. <i>Por favor descreva:</i>	0	1	2

Secção
D

No último mês o/a seu filho(a) teve algum contato (mais que 0 horas por semana) com outras crianças (não incluir irmãos). Por favor escolha uma das opções e siga as instruções.

- Não** Não complete esta secção. Passe à secção E.
- Sim** Responda aos itens 1-9 abaixo assinaladas.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento do seu filho(a) no ÚLTIMO MÊS.

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente
1. Espera a sua vez quando brinca com os outros.	0	1	2
2. Testa as outras crianças para ver se ficam zangadas.	0	1	2
3. Pede as coisas delicadamente quando brinca com crianças.	0	1	2
4. Tem pelo menos um amigo favorito (uma criança).	0	1	2
5. Atormenta ou ameaça outras crianças.	0	1	2
6. Provoca outras crianças.	0	1	2
7. Brinca "às casinhas" com outras crianças.	0	1	2
8. Não deixa outras crianças brincar com o seu grupo.	0	1	2
9. Magoa outras crianças.	0	1	2

ITSE A

Questionário para Pais

Secção
E

As seguintes descrições referem-se a sentimentos e comportamentos que poderão revelar problemas nas crianças. Algumas das descrições podem ser um pouco difíceis de perceber, especialmente se não observou os comportamentos no seu filho(a). Por favor faça os possíveis para responder a todas as questões.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento do seu filho(a) no ÚLTIMO MÊS.

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente
1. Tem tiques ou espasmos corporais que não consegue controlar (por exemplo, nos olhos, boca, nariz ou pernas).	0	1	2
2. Produz sons que parece não controlar.	0	1	2
3. Guarda a comida na boca.	0	1	2
4. Magoa os animais de propósito.	0	1	2
5. Fica <i>muito</i> preocupado com o facto de se sujar.	0	1	2
6. Necessita que as coisas estejam limpas ou arrumadas.	0	1	2
7. Faz jogos com as outras crianças em que olham ou tocam nas partes íntimas de cada um.	0	1	2
8. Brinca muitas vezes e durante muito tempo com os próprios órgãos genitais.	0	1	2
9. Arranca os próprios pêlos (por exemplo, pestanas, sobrancelhas, cabelo).	0	1	2
10. Sem olhar para si, pega na sua mão e leva-a a objetos tais como bonecos de corda para os pôr a funcionar.	0	1	2
11. Preocupa-se com o próprio corpo.	0	1	2
12. Brinca com o seu próprio "cocó".	0	1	2
13. Faz "cocó" onde não deve (por exemplo no chão).	0	1	2
14. Faz "xixi" onde não deve.	0	1	2
15. Repete sempre a mesma atividade sem alegria. Por favor dê um exemplo:	0	1	2
<input type="text"/>			
16. Revela hábitos muito estranhos. Por favor dê um exemplo:	0	1	2
<input type="text"/>			
17. Mastiga coisas que não deve. Por favor dê um exemplo:	0	1	2
<input type="text"/>			

Secção
F

As questões seguintes dizem respeito ao sentimento global que tem em relação ao comportamento do seu filho(a).

1. Até que ponto está preocupado(a) com os comportamentos, emoções ou relações do seu filho(a)?
 - Nada preocupado(a)
 - Um pouco preocupado(a)
 - Preocupado(a)
 - Muito preocupado(a)

2. Até que ponto está preocupado(a) com o desenvolvimento da linguagem do seu filho(a)?
 - Nada preocupado(a)
 - Um pouco preocupado(a)
 - Preocupado(a)
 - Muito preocupado(a)

ANEXO IX- Versão portuguesa do ITSEA- questionário para prestador de cuidados

ITSEA

Questionário para Prestador de Cuidados

Nome da criança _____ Data de Nascimento ____/____/____ Idade em meses _____

Nome do Prestador de Cuidados _____

Data de Conclusão do Questionário ____/____/____ Sexo da Criança: M F

Secção

A

Esta secção contém descrições sobre crianças entre os 12-35 meses de idade. Muitas descrições descrevem sentimentos e comportamentos normais, mas outros descrevem sentimentos e comportamentos que poderão revelar problemas. Por favor faça os possíveis para responder a todas as questões.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento da criança no ÚLTIMO MÊS

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente	
1. Revela prazer quando é bem sucedido(a) (por exemplo, bate palmas a ele/ela própria).	0	1	2	
2. Magoa-se tantas vezes que não o/a pode perder de vista.	0	1	2	
3. Parece nervoso(a), tenso(a) ou receoso(a).	0	1	2	
4. É agitado(a) e não consegue sentar-se quieto(a).	0	1	2	
5. Cumpre regras.	0	1	2	
6. Acorda na hora da sesta e precisa de ajuda para adormecer novamente.	0	1	2	
7. Chora ou faz birras até ficar exausto(a).	0	1	2	
8. Tem medo de certos lugares, animais ou coisas. <i>Do que é que tem medo?</i>	0	1	2	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>				
9. Diverte-se menos que as outras crianças.	0	1	2	
10. Procura pelo prestador de cuidados quando está chateado(a).	0	1	2	
11. Chora ou agarra-se ao pai/mãe quando estes tentam ir embora.	0	1	2	
12. Preocupa-se muito ou é muito sério(a).	0	1	2	
13. Olha diretamente para si quando você diz o nome dele/dela.	0	1	2	
14. Não reage quando se magoa.	0	1	2	
15. É afetuoso(a) para com aqueles de quem gosta.	0	1	2	
16. Não toca em alguns objetos por causa da sensação que eles provocam.	0	1	2	
17. Tem problemas em adormecer ou em permanecer a dormir.	0	1	2	
18. Foge em locais públicos. (Circule N se nunca viu esta criança em público)	0	1	2	N
19. Brinca bem com as outras crianças (não incluir irmãos). (Circule N se não há contato com outras crianças)	0	1	2	N
20. Consegue prestar atenção durante muito tempo (sem ser quando vê televisão).	0	1	2	
21. Tem problemas em adaptar-se a mudanças.	0	1	2	

ITSE A

Questionário para Prestador de Cuidados

22. Tenta ajudar quando alguém se magoa (por exemplo, dá um brinquedo).	0	1	2	
23. Fica irritado(a) muitas vezes.	0	1	2	
24. Tem vómitos ou engasga-se com a comida.	0	1	2	
25. Imita sons de brincadeiras quando se lhe pede.	0	1	2	
26. Recusa-se a comer.	0	1	2	
27. Bate, empurra, dá pontapés ou morde outras crianças (não incluir irmãos). (Circle N se não tem contato com outras crianças)	0	1	2	N
28. É destruidor(a). Quebra ou estraga coisas de propósito.	0	1	2	
29. Aponta para lhe mostrar qualquer coisa que esteja longe.	0	1	2	
30. Bate, morde ou dá pontapés ao pai ou à mãe.	0	1	2	
31. Abraça ou dá de comer a bonecos ou animais de peluche.	0	1	2	
32. Parece muito infeliz, triste, deprimido(a) ou ausente.	0	1	2	
33. Magoa outras crianças de propósito.	0	1	2	
34. Quando chateado (a), fica muito quieto(a), imóvel ou sem se mover.	0	1	2	

As seguintes descrições referem-se a sentimentos e comportamentos que poderão revelar problemas nas crianças.

Algumas das descrições podem ser um pouco difíceis de perceber, especialmente se não observou o comportamento nesta criança.

Por favor faça os possíveis para responder a todas as questões.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento da criança no ÚLTIMO MÊS.

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente
35. Coloca os objetos numa determinada ordem, vezes sem conta, e fica irritado(a) quando é interrompido(a).	0	1	2
36. Repete a mesma ação ou frase, inúmeras vezes, sem mostrar contentamento. <i>Por favor dê um exemplo:</i>	0	1	2
37. Repete um determinado movimento várias vezes (como baloiçar-se para trás e para a frente, ou rodopiar). <i>Por favor dê um exemplo:</i>	0	1	2
38. Isola-se. Ficando totalmente alheio(a) ao que se passa à sua volta.	0	1	2
39. Não estabelece contato visual.	0	1	2
40. Evita contato físico.	0	1	2

ITSE A

Questionário para Prestador de Cuidados

41. Magoa-se a si próprio(a) de propósito (por exemplo, bate com a cabeça). Por favor descreva: 0 1 2

42. Come ou bebe coisas que não são próprias, por exemplo, papel ou tinta. Por favor descreva: 0 1 2

Secção B

Esta secção contém descrições sobre crianças entre os 12-35 meses de idade. Muitas descrições descrevem sentimentos e comportamentos normais, mas outros descrevem sentimentos e comportamentos que poderão revelar problemas. Por favor faça os possíveis para responder a todas as questões.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento da criança no ÚLTIMO MÊS.

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente	
1. Fica incomodado(a) com barulhos fortes ou luzes brilhantes.	0	1	2	
2. Leva algum tempo a sentir-se confortável em locais novos (10 minutos ou mais).	0	1	2	
3. Fica agressivo(a) quando se sente frustrado(a).	0	1	2	
4. Fica quieto(a) ou menos ativo(a) em situações novas.	0	1	2	
5. Fica irritado(a) quando o/a deixam com um novo Prestador de Cuidados. (Circule N se não teve um novo Prestador de Cuidados durante o último mês)	0	1	2	N
6. Responde pelo nome logo que o escuta.	0	1	2	
7. Abandona os brinquedos depois de brincar.	0	1	2	
8. Fica muito tenso(a) ou estranho(a) enquanto brinca.	0	1	2	
9. Age de forma autoritária.	0	1	2	
10. Está sempre a mexer-se.	0	1	2	
11. Não gosta de alguns alimentos devido à sensação que lhe provoca.	0	1	2	
12. Fica incomodado(a) com alguns odores (cheiros).	0	1	2	
13. Fica irritado(a) quando o/a deixam com um Prestador de Cuidados que já conhece.	0	1	2	
14. Fica tranquilo(a) quando se lhe diz "Chhh".	0	1	2	
15. Recusa comer alimentos que precisem ser mastigados.	0	1	2	
16. Porta-se mal para chamar a atenção dos adultos.	0	1	2	
17. Tenta fazer o que lhe pede.	0	1	2	
18. Brinca com brinquedos durante cinco minutos ou mais.	0	1	2	

ITSEA

Questionário para Prestador de Cuidados

19. Abraça as pessoas com aperto ou carícia. (Circule N se a criança não está apta fisicamente para o fazer)	0	1	2	N
20. Começou a fazer coisas que já tinha deixado de fazer (como usar uma chupeta).	0	1	2	
21. Tem medo de alguns animais. <i>Por favor descreva:</i>	0	1	2	
<input type="text"/>				
22. Tem medo de algumas coisas. <i>Por favor descreva:</i>	0	1	2	
<input type="text"/>				
23. Tem medo de certos lugares, tais como lojas, elevadores, parques ou carros. <i>Por favor descreva:</i>	0	1	2	
<input type="text"/>				
24. Pendura-se em si ou quer estar no seu colo quando está com outras pessoas.	0	1	2	
25. Envia uma bola de volta para si (ou outra pessoa). (Circule N se a criança não está apta fisicamente para o fazer)	0	1	2	N
26. Gosta de ser acariciado(a), abraçado(a) ou beijado(a) pelas pessoas de quem gosta.	0	1	2	
27. É muito barulhento(a). Fala alto ou grita muito.	0	1	2	
28. Procura-o quando não lhe está a dar colo. (Circule N se a criança não está apta fisicamente para o fazer)	0	1	2	N
29. Cospa a comida.	0	1	2	
30. É desobediente e desafiante (por exemplo, recusa fazer o que lhe pede).	0	1	2	
31. Chora se não consegue o que quer.	0	1	2	
32. Muda de brinquedo em brinquedo mais rapidamente do que outras crianças da mesma idade.	0	1	2	
33. Tenta fazer alguma coisa mesmo que seja difícil.	0	1	2	
34. É dissimulado(a). Esconde o mau comportamento.	0	1	2	
35. Vê livros ilustrados sozinho(a).	0	1	2	
36. Ajuda a vestir-se (por exemplo, enfia o braço na manga).	0	1	2	
37. Fica maldisposto(a) quando está nervoso(a) ou irritado(a).	0	1	2	
38. Finge fazer coisas de adultos, por exemplo fazer a barba.	0	1	2	
39. Sente-se incomodado(a) pelo toque de algumas coisas na pele (por exemplo costuras da roupa, certos tecidos, etc.)	0	1	2	
40. Assusta-se facilmente.	0	1	2	
41. É bem comportado(a).	0	1	2	

ITSE A

Questionário para Prestador de Cuidados

42. Prefere os pais a quaisquer outros adultos.	0	1	2	
43. Ri facilmente ou com muita frequência.	0	1	2	
44. É teimoso(a).	0	1	2	
45. É difícil de acalmar quando se irrita.	0	1	2	
46. Dorme durante a sesta.	0	1	2	
47. Quer fazer as coisas sozinho(a).	0	1	2	
48. Aponta para pedir qualquer coisa.	0	1	2	
49. Fica incomodado(a) quando está em movimento (por exemplo ao baloiçar, andar à volta, ser atirado ao ar ou saltar).	0	1	2	
50. Acorda rabugento(a) ou com mau humor.	0	1	2	
51. Tenta fazê-lo(a) sentir-se melhor quando o/a vê chateado(a).	0	1	2	
52. Fica sossegado(a) enquanto é mudada a fralda, é vestido(a) ou toma banho.	0	1	2	
53. Tem problemas em se acalmar quando fica irritado(a).	0	1	2	
54. Exige muita atenção.	0	1	2	
55. Fica sentado(a) durante 5 minutos enquanto lhe conta uma história.	0	1	2	
56. Fica preocupado(a) ou aborrecido(a) quando alguém se magoa.	0	1	2	
57. Tenta "reparar" o seu mau comportamento.	0	1	2	
58. Precisa de colo para adormecer.	0	1	2	
59. É impaciente ou fica frustrado(a) facilmente.	0	1	2	
60. Interessa-se por outros bebés e crianças.	0	1	2	
61. Gosta de construir coisas, como empilhar blocos.	0	1	2	
62. É afetuoso(a) com estranhos.	0	1	2	
63. Tem consciência dos sentimentos das outras pessoas.	0	1	2	
64. É tímido(a) com novos adultos.	0	1	2	
65. É capaz de esperar por aquilo que quer.	0	1	2	
66. Chora muito.	0	1	2	
67. Finge que os objetos são outra coisa (é capaz de usar uma banana como telefone).	0	1	2	
68. Aceita novos alimentos de imediato.	0	1	2	
69. Gosta de atividades desafiantes.	0	1	2	
70. É perfeccionista.	0	1	2	
71. Imita bater palmas ou o acenar para dizer adeus. (Circule N se a criança não está apta fisicamente para o fazer)	0	1	2	N
72. Não tem medo quando devia ter.	0	1	2	
73. Faz <i>gracinhas</i> ou dá-lhe coisas para o fazer sorrir.	0	1	2	
74. É irritadiço(a) ou rabugento(a).	0	1	2	

ITSEA

Questionário para Prestador de Cuidados

75. Presta muita atenção quando se lhe ensina uma coisa nova.	0	1	2	
76. Parece infeliz ou triste sem qualquer razão.	0	1	2	
77. Dorme mais do que as crianças da sua idade.	0	1	2	
78. É curioso(a) em relação a coisas novas.	0	1	2	
79. Acorda a gritar e não lhe responde durante alguns minutos (terrores noturnos).	0	1	2	
80. Fica choroso(a) ou facilmente irritado mesmo quando não está cansado(a).	0	1	2	
81. Sente-se mal consigo próprio(a).	0	1	2	
82. Come bem.	0	1	2	
83. É tímido(a) com novas crianças.	0	1	2	
84. Parece não ter energia.	0	1	2	
85. Zanga-se ou faz beicinho.	0	1	2	
86. Acorda na sequência de sonhos ou pesadelos.	0	1	2	
87. Oferece muita resistência para fazer a sesta. (Circule N se a criança não está apta fisicamente para o fazer)	0	1	2	N
88. Faz birras.	0	1	2	
89. É uma criança "difícil" para comer.	0	1	2	
90. Sorri-lhe de volta do outro lado da sala.	0	1	2	
91. Parece alheado(a).	0	1	2	
92. Parece muito infeliz, triste, ou deprimido(a).	0	1	2	
93. Obedece quando se lhe pede para parar de ser agressivo(a).	0	1	2	
94. Recusa comer certos alimentos durante 2 ou mais dias.	0	1	2	
95. Fica chateado(a) quando se lhe pede para mudar de atividades.	0	1	2	
96. Magoa-o(a), morde-o(a) ou dá-lhe pontapés (ou a qualquer outro Prestador de Cuidados).	0	1	2	
97. Começa a fazer "cenas" ou fica difícil de controlar quando os pais o/a vêm buscar.	0	1	2	
98. Leva 5 minutos ou mais a ficar calmo(a) quando os pais o/a deixam.	0	1	2	
99. Ignora o pai ou a mãe quando o/a vêm buscar.	0	1	2	
100. Parece furioso(a) quando os pais o/a vêm buscar para o levar para casa.	0	1	2	
101. Fica contente quando vê que os pais chegam para vir buscá-lo(a).	0	1	2	
102. Não gosta de ser pegado(a) ao colo pelos pais quando eles regressam ao fim do dia.	0	1	2	
	0	1	2	

ITSE A

Questionário para Prestador de Cuidados

Secção
C

A criança já começou a juntar palavras, como por exemplo pedindo “mais sumo?”. Por favor escolha uma das opções e siga as instruções.

- Ainda não** Não complete esta secção. Prossiga para a Secção D.
- Às vezes** Responda aos itens 1-5 abaixo assinalados.
- Muitas vezes** Responda aos itens 1-5 abaixo assinalados.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento da criança no ÚLTIMO MÊS.

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente
1. Repete as últimas palavras das frases ou de anúncios de TV.	0	1	2
2. Diz palavões.	0	1	2
3. Leva algum tempo para falar em situações não familiares.	0	1	2
4. Fala dos sentimentos das outras pessoas (por exemplo, “mamã zangada”).	0	1	2
5. Fala sobre coisas estranhas, assustadoras, desagradáveis. Por favor descreva:	0	1	2

Secção
D

No último mês a criança teve algum contato (mais de 0 horas por semana) com outras crianças? (não incluir irmãos). Por favor escolha uma das opções e siga as instruções.

- Não** Não complete esta secção. Passe à Secção E.
- Sim** Responda aos itens 1-9 abaixo assinalados.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento da criança no ÚLTIMO MÊS.

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente
1. Espera a sua vez quando brinca com os outros.	0	1	2
2. Testa as outras crianças para ver se ficam zangadas.	0	1	2
3. Pede as coisas delicadamente quando brinca com crianças.	0	1	2
4. Tem pelo menos um amigo favorito (uma criança).	0	1	2
5. Atormenta ou ameaça outras crianças.	0	1	2
6. Provoca outras crianças.	0	1	2
7. Brinca “às casinhas” com outras crianças.	0	1	2
8. Não deixa outras crianças brincar com o seu grupo.	0	1	2
9. Magoa outras crianças de propósito.	0	1	2

ITSE A

Questionário para Prestador de Cuidados

Secção
E

As seguintes descrições referem-se a sentimentos e comportamentos que poderão revelar problemas nas crianças. Algumas das descrições podem ser um pouco difíceis de perceber, especialmente se não observou os comportamentos nesta criança. Por favor faça os possíveis para responder a todas as questões.

Por favor faça um círculo na resposta que melhor descreve o comportamento da criança no ÚLTIMO MÊS.

	Não verdadeiro/ Raramente	Um pouco verdadeiro/ Algumas vezes	Muito verdadeiro/ Frequentemente
1. Tem tiques ou espasmos corporais que não consegue controlar (por exemplo, nos olhos, boca, nariz ou pernas).	0	1	2
2. Produz sons que parece não controlar.	0	1	2
3. Guarda a comida na boca.	0	1	2
4. Magoa os animais de propósito.	0	1	2
5. Fica <i>muito</i> preocupado com o facto de se sujar.	0	1	2
6. Necessita que as coisas estejam limpas ou arrumadas.	0	1	2
7. Faz jogos com as outras crianças em que olham ou tocam nas partes íntimas de cada um.	0	1	2
8. Brinca muitas vezes e durante muito tempo com os próprios órgãos genitais.	0	1	2
9. Arranca os próprios pêlos (por exemplo pestanas, sobrancelhas, cabelo).	0	1	2
10. Sem olhar para si, pega na sua mão e leva-a a objetos, tais como bonecos de corda, para os pôr a funcionar.	0	1	2
11. Preocupa-se com o próprio corpo.	0	1	2
12. Brinca com o seu próprio "cocó".	0	1	2
13. Faz "cocó" onde não deve (por exemplo no chão).	0	1	2
14. Faz "xixi" onde não deve.	0	1	2
15. Repete sempre a mesma atividade sem alegria. <i>Por favor dê um exemplo:</i>	0	1	2
<input type="text"/>			
16. Revela hábitos estranhos. <i>Por favor dê um exemplo:</i>	0	1	2
<input type="text"/>			
17. Mastiga coisas que não deve. <i>Por favor dê um exemplo:</i>	0	1	2
<input type="text"/>			