



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia da Educação

Dissertação

Toque corporal e problemas de comportamento em crianças de idade pré-escolar: um estudo sobre o programa "Toque de Chi"

Tiago Filipe Parrado Dores

Orientador(es) | Maria da Graça Duarte da Silva Santos

Évora 2020



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia da Educação

Dissertação

Toque corporal e problemas de comportamento em crianças de idade pré-escolar: um estudo sobre o programa "Toque de Chi"

Tiago Filipe Parrado Dores

Orientador(es) | Maria da Graça Duarte da Silva Santos

Évora 2020



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Constança Maria Sacadura Biscaia da Silva Pinto (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Madalena Vaz Pereira de Melo (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria da Graça Duarte da Silva Santos (Universidade de Évora) (Orientador)

Tiago Dores
Toque corporal e problemas de comportamento em crianças de idade pré-escolar:
um estudo sobre o programa *“Toque de Chi”*

Agradecimentos

A realização desta dissertação contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não teria sido possível a sua realização, e a quem quero agradecer por me terem ajudado a cumprir o meu objetivo profissional.

Em primeiro lugar, e tendo a perfeita consciência de que, sozinho, nada teria sido possível, dirijo um agradecimento especial aos meus pais, António e Maria, por nunca me deixarem desistir, pelo apoio que me deram, não só nesta fase final do curso mas também ao longo dos anos da minha educação, servindo-me de exemplo de perseverança e dedicação.

Quero também agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Graça Santos, por todos os conhecimentos transmitidos, pela orientação que me deu, por todas as opiniões, pela total disponibilidade e paciência ao longo destes meses e, em especial, pelo desafio e inclusão neste projeto;

Ao Dr. Hugo Rebelo, pelo seu imprescindível apoio na análise estatística desta investigação;

À minha colega Joana Raimundo, por toda a partilha, auxílio e esforço conjunto;

À Dr.^a Eva Teles, à Câmara Municipal de Benavente e a toda a equipa que implementa o programa “Toque de Chi”, não só pela forma como me receberam e trataram em Benavente, mas também pela sua permanente disponibilidade e apoio ao longo desta investigação;

Às educadoras de infância que aplicaram as escalas aos seus alunos, sem esse trabalho, esta investigação não teria sido possível;

A todos os meus amigos, por me ouvirem, aconselharem e incentivarem tantas vezes, principalmente nos momentos de maior desgaste;

Muito obrigado!

Toque corporal e problemas de comportamento em crianças de idade pré-escolar: um estudo sobre o programa “Toque de Chi”

Resumo

Esta investigação tem como objetivo avaliar o impacto do programa de toque e massagem corporal, “Toque de Chi”, ao nível dos problemas de comportamento, (exteriorizados e interiorizados), em crianças de Jardim de Infância do Concelho de Benavente.

Neste estudo participaram 21 educadoras responsáveis pelas 371 crianças, de ambos os sexos e idades compreendidas entre os três e os seis anos. A avaliação da intervenção através do programa foi realizada com recurso às escalas PKBS_{pt}, versão portuguesa de Gomes e Pereira, de 2014, da *Escala de Comportamento Pré-escolar e jardim de infância - PKBS-2*, 2ª Edição, preenchidas pelas educadoras de infância em dois momentos distintos. Entre os dois momentos de avaliação (cerca de sete meses), decorreram semanalmente as sessões do programa “Toque de Chi”.

Os resultados evidenciam a existência de melhorias significativas em todas as subescalas e dimensões avaliadas (tanto para rapazes como para raparigas), sendo as dimensões “Evitamento Social” e “Atenção/Atividade excessiva” as que apresentam uma diferença com maior significância. As crianças mais velhas apresentam melhores resultados relativamente às crianças mais novas. Os rapazes apresentam uma maior evolução face às raparigas.

O estudo permite-nos concluir que a aplicação do programa “Toque de Chi” teve impacto ao nível da diminuição de ocorrência de problemas de comportamento nestas crianças de Jardins de Infância do Concelho de Benavente.

Palavras-chave: Problemas de Comportamento; Relação Interpessoal; Toque Corporal; Mediação Corporal; programa de intervenção; Jardim de Infância.

Body touch and behavior problems in children of preschool age: a study on the “Chi Touch” program

Abstract

This investigation aims to assess the impact of the touch and body massage program, “Toque de Chi”, in terms of behaviour problems, (externalized and internalized), in children from Kindergarten in the Municipality of Benavente.

This study involved 21 educators responsible for 371 children, of both sexes and ages between three and six years old. The evaluation of the intervention through the program was carried out using the PKBS_{pt} scales, Portuguese version of Gomes and Pereira, of 2014, of the *Pre-school and Kindergarten Behaviour Scale - PKBS-2*, 2nd Edition, completed by kindergarten teachers in two distinct moments. Between the two evaluation moments (about seven months), sessions of the “Toque de Chi” program took place weekly.

The results show the existence of significant improvements in all the subscales and dimensions evaluated (for both boys and girls), with the dimensions “Social Avoidance” and “Excessive Attention / Activity” being the ones with the most significant difference. Older children perform better than younger children. Boys show a greater evolution compared to girls.

The study allows us to conclude that the application of the “Toque de Chi” program had an impact in terms of the decrease in the occurrence of behaviour problems in these children from Kindergartens in the Municipality of Benavente.

Key-Words: Behaviour problems; Interpersonal relationship; Body Touch; Body Mediation; Intervention program; Kindergarten.

Índice Geral

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
Índice Geral	IV
Índice de Tabelas	VI
Índice de Figuras	VII
Índice de Abreviaturas	VIII
Introdução	8
1. Revisão de Literatura	10
1.1. O Corpo na Relação Interpessoal	10
1.1.1. Corpo, relação e vinculação	11
1.1.2. Corpo identidade e relacionamentos	13
1.1.3. O corpo na comunicação não-verbal	15
1.1.4. Toque corporal	16
1.2. Problemas de Comportamento Social	20
1.2.1. Perspetivas sobre o comportamento social na infância	22
1.2.2. Problemas de comportamento social e competências sociais na infância	23
1.2.3. Comportamentos exteriorizados e interiorizados	25
1.2.3.1. Impulsividade	26
1.2.3.2. Hiperatividade e défice de atenção	27
1.2.3.3. Comportamento antissocial e agressividade	29
1.2.3.4. Evitamento social	30
1.2.3.5. Ansiedade e somatização	31
1.2.4. Competências sociais	33
1.2.5. A família e o grupo de pares	35
1.3. Intervenções sobre os Problemas de Comportamento Social em Crianças	36
1.3.1. Intervenções baseadas na família e na escola	38
1.3.2. Intervenções psicoterapêuticas	40
1.3.3. Intervenções de mediação corporal	42
1.3.3.1. Intervenções de mediação expressiva	44

1.3.3.2. Intervenções de relaxação e/ou toque corporal	45
1.4. Programa de intervenção “Toque de Chi”	46
2. Método	49
2.1. Objetivos de estudo	49
2.2. Participantes.....	50
2.3. Instrumento de avaliação	51
2.4. Procedimentos	52
2.4.1. Procedimento de recolha de dados	52
2.4.2. Procedimento de análise de dados.....	53
3. Apresentação e Análise de Resultados	54
3.1. Caracterização da amostra	54
3.2. Diferenças na escala de problemas de comportamento (exteriorizados e interiorizados) nos dois momentos de avaliação	56
3.3. Diferenças nas dimensões das subescalas de comportamentos exteriorizados e interiorizados nos dois momentos de avaliação	58
3.4. Análise por dimensão dos itens	60
3.4.1. Dimensão autocentrado/explosivo.....	60
3.4.2. Dimensão atenção/atividade excessiva	61
3.4.3. Dimensão antissocial/agressivo	62
3.4.4. Dimensão evitamento social	64
3.4.5. Dimensão ansiedade/problemas somáticos	65
3.5. Diferenças de idade na subescala de problemas de comportamento nos dois momentos de avaliação	67
3.6. Diferenças de sexo na subescala de problemas de comportamento nos dois momentos de avaliação	70
4. Discussão dos Resultados.....	73
5. Limitações do Estudo.....	79
6. Implicações para a Prática e Investigação Futura	80
7. Conclusão.....	81
Referências Bibliográficas	82
Anexos.....	93
Anexo I – Declaração de consentimento informado	93

Índice de Tabelas

Tabela 1	55
Tabela 2	55
Tabela 3	57
Tabela 4	59
Tabela 5	60
Tabela 6	61
Tabela 7	63
Tabela 8	64
Tabela 9	66
Tabela 10	68
Tabela 11	69
Tabela 12	70
Tabela 13	71
Tabela 14	72

Índice de Figuras

Figura 1 - Valores médios da escala EPC.	56
Figura 2 - Valores médios das dimensões da EPC.	58
Figura 3 - Valores médios para a EPC por idade.	67
Figura 4 – Valores médios da EPC por sexo.	71

Índice de Abreviaturas

AAE – Atenção/Atividade Excessiva

ACE – Autocentrado/Explosivo

APS – Ansiedade/Problemas Somáticos

ASA – Antissocial/Agressivo

CIEP-EU – Centro de Investigação em Educação e Psicologia da
Universidade de Évora

EAS – Escala de Aptidões Sociais

ECIP-2 – Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª Edição

EPC – Escala de Problemas de Comportamento

EPC'E – Escala de Problemas de Comportamentos Exteriorizados

EPC'I – Escala de Problemas de Comportamentos Interiorizados

EVS – Evitamento Social

PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

PKBS_{pt} – Preschool and Kindergarten Behaviour Scales, Portugal

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SSRS – Social Skills Rating System

Introdução

Piaget conceptualizou o desenvolvimento como um processo de equilíbrio progressivo que tende a formas cada vez mais aperfeiçoadas até à aquisição do pensamento operatório formal. O equilíbrio refere-se à forma pela qual o indivíduo lida com a realidade na tentativa de compreendê-la, como organiza os seus conhecimentos em sistemas integrados de ações ou crenças, com a finalidade de se conseguir adaptar, desenvolvendo uma maneira mais eficiente de interagir com o seu ambiente (Piaget, 1967). A questão que se põe é: que ambiente?

Atualmente e como resultado do nosso estilo de vida, a criança é institucionalizada em centros de educação de infância, implicando que seja exposta, precocemente, a dinâmicas sociais eventualmente bastante diferentes e com alterações acentuadas. A conjuntura vivencial deixa de ser apenas em ambiente familiar e passa a ser num contexto social mais alargado (Gomes, 2016).

A idade pré-escolar assume, na vida e no desenvolvimento da criança, uma importância fulcral, representando um período de transições, muitas vezes abruptas, do ambiente familiar para um ambiente social mais alargado e de carácter mais exigente (Major, 2011). Por outro lado, a criança contacta com um mundo real, bem diferente do mundo de fantasia, muitas vezes protetor e permissivo que já tinha interiorizado, um mundo de convivência, física e social, com o outro, que se rege segundo regras que não pode deixar de respeitar (Major, 2011).

Aos 3 anos de idade, se o seu desenvolvimento infantil se processou normalmente, a criança encontra-se em condições de frequentar o jardim-infantil e de alargar a sua socialização, sendo esta considerada como “a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida” (Direção Geral de Educação, 2016).

As Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar, definidas pela DGE, consideram que o “desenvolvimento motor, social, emocional, cognitivo e linguístico da criança é um processo que decorre da interação entre a maturação

biológica e as experiências proporcionadas pelo meio físico e social”, (DGE, 2016).

Estes princípios e fundamentos da educação de infância englobam áreas como a formação pessoal e social (desenvolvimento de atitudes, disposições e valores); a área de expressão e comunicação (linguagens indispensáveis à interação da criança com os outros, à representação de si e do mundo que o rodeia); área do conhecimento do mundo (atitudes de questionamento e procura organizada do saber) (DGE, 2016).

Deste modo, a educação pré-escolar pode ser de enorme importância para o global desenvolvimento das potencialidades infantis, quando considerada como um momento de transição ou rito de passagem para o 1º ano de escolaridade (Sim-Sim, 2009; Formosinho & Machado, 2018).

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar, o impacto do programa de toque e massagem corporal, denominado de “Toque de Chi”, ao nível dos comportamentos socioemocionais em crianças de idade pré-escolar. “Toque de Chi” é um programa de combate à agressividade em crianças de idades precoces, em funcionamento há cerca de sete anos em escolas do concelho de Benavente.

Nesta dissertação apresenta-se, num primeiro capítulo, a revisão da literatura que fundamenta este estudo, associada ao corpo e relações interpessoais, problemas comportamentais, intervenções sobre problemas comportamentais, nomeadamente através de mediação corporal; num segundo capítulo, será apresentado o método desenvolvido para o estudo empírico no qual explicitamos os objetivos, participantes, o instrumento e os procedimentos do estudo; num terceiro capítulo apresentaremos os resultados e a sua análise; de seguida apresentaremos a discussão de resultados, as limitações do estudo e implicações para a prática, terminando com as conclusões.

1. Revisão de Literatura

1.1. O Corpo na Relação Interpessoal

Muitas são as perspectivas da noção do corpo estudadas e mencionadas por vários autores como Piaget, Wallon, Kant e Ajuriaguerra, e, embora as definições possam não ser claras e semelhantes entre si, a ideia que têm em comum é o facto de se pensar no corpo para além da dimensão físico, ou seja, sendo capaz de representar mentalmente esse corpo, que tem associado a ele outros atributos como: sensações, emoções, ações, construções e sentimentos (Fonseca, 2010).

A noção do corpo constitui um instrumento simbólico, a base da linguagem, a identidade do sujeito e um instrumento para a aprendizagem (Fonseca e Martins, 2001). Assim, a imagem que a criança tem do seu próprio corpo vai-se construindo e vai ser utilizado como principal arma defensiva, ou mesmo ofensiva, nesse mundo real que agora enfrenta, nomeadamente na satisfação das suas exigências, na expressão das suas emoções e na definição dos seus comportamentos em contexto de relações interpessoais. Deste modo e igualmente, a linguagem corporal pode ser uma arma de manipulação e de facilitação nos relacionamentos com os outros (Fonseca e Martins, 2001).

A perceção e a consciência do corpo, estão profundamente ligadas à relação interpessoal: a relação com o seu interior, com o exterior e com o outro (Santos, 2006).

Para Santos (2006) esta intercessão, criadora da comunicação, tem intrínseca a si própria a subjetividade de quem percebe e de quem compreende, sendo apoio de grande equívoco relacional onde “*o exterior é tomado pelo interior; o signo é tomado pelo significado e a expressão é tomada pelo que é expresso*” (Santos, 2006, p.24).

1.1.1. Corpo, relação e vinculação

A relação não é um conteúdo de aprendizagem, é um processo em seguimento dinâmico desde o início da vida, dentro do útero, tal como a comunicação. Ambas têm os mesmos primórdios e raízes nas interações prematuras entre as mensagens corporais do recém-nascido e as mensagens simbólicas conduzidas pelo corpo materno e pelo meio envolvente (Galacteros, 1992; Gauberti, 1992, cit in Santos, 2006).

A ligação primária entre uma figura de vinculação e a criança, assume uma importância fulcral pois influencia a competência social e o desenvolvimento emocional do indivíduo (cronobiologia), ao longo da vida, é nela que se alicerça o modelo das relações futuras, as expectativas e assunções acerca de si mesmo e dos outros (Santos, 2006).

Ao invocarmos os contributos de Bowlby acerca dos estudos da Vinculação, verifica-se que o autor começa por defender que o bebé nasce com um *sistema comportamental de vinculação* que tem o papel de o proteger do perigo, estabelecendo, assim, uma ligação a uma *figura de vinculação*, geralmente a pessoa que lhe proporciona a segurança e a proteção necessárias para a exploração do meio. A criança recorre a *comportamentos de vinculação* que Bowlby define como “qualquer forma de comportamento que resulta em uma pessoa alcançar e manter proximidade com algum outro indivíduo, considerado mais apto para lidar com o mundo.” (Bowlby, 1989, p. 38).

Estes comportamentos, tais como: sorrir, estabelecer contato visual, tocar, agarrar, chorar, palrar, têm como objetivo conseguir a proximidade da figura adulta mais capaz de cuidar do bebé e protegê-lo. Estes comportamentos conduzem a mãe, ou o cuidador substituto, a aproximar-se, a pegar no bebé ao colo e a satisfazer as suas necessidades. Esta interação proporciona uma recompensa e propícia um comportamento social.

Ainda segundo Bowlby, a vinculação pode ser de dois tipos: segura ou insegura. Quando a mãe consegue interagir, receptivamente, e atende às necessidades da criança adequadamente, com prazer e paciência, conseguirá

estabelecer uma *vinculação segura*; nessa relação a criança aprende expectativas sociais positivas e um entendimento rudimentar de trocas recíprocas. Se, pelo contrário, a mãe não responder às necessidades da criança, criar-se-á uma *vinculação insegura* em que não há predomínio de sentimento de segurança e valorização. Nestas relações, as crianças podem desenvolver expectativas negativas, especialmente em torno da disponibilidade dos outros em momentos de necessidade e *stress*, podendo evidenciar, posteriormente, insensibilidade, raiva, agressão e falta de empatia nas relações futuras (Bowlby, 1998).

Por outro lado, Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Walls, S. (1978) dividiram a qualidade dos vínculos em três tipos principais: vinculação segura, vinculação evitante e a vinculação resistente ou ambivalente.

Na vinculação segura a criança está confiante de que o cuidador está sempre disponível perante as situações adversas ou assustadoras. Esta vinculação é promovida nos primeiros anos de vida por um cuidador sensível aos sinais da criança, e disponível quando esta pede proteção e carinho. Como consequência, a criança adquire competências para enfrentar e explorar diversas situações com que se poderá defrontar.

A vinculação evitante traduz-se nos sentimentos de insegurança da criança, face aos cuidados recebidos. Ou seja, a criança espera, à partida, uma reação de rejeição por parte da mãe, ou do cuidador, e, por esta razão, mostra indiferença ou evitamento face ao cuidador e à vinculação, desenvolvendo comportamentos maioritariamente exploratórios.

Finalmente, na vinculação resistente ou ambivalente, a criança tem dúvidas sobre a disponibilidade do seu cuidador, (este cuidador recorre ao abandono/distância como forma de controlar a criança). Deste modo, a criança está sempre vigilante relativamente à localização do cuidador e, conseqüentemente, demonstra ansiedade de separação e dependência do mesmo, o que limita a sua autonomia na exploração do meio. Assim, ao contrário do que sucede na vinculação evitante, os comportamentos de vinculação são prevaletentes face aos comportamentos exploratórios (Bowlby, 1988; Newton, 2008).

Ainsworth et al., (1978), confirmam que foram detetadas algumas implicações no que diz respeito ao padrão de vinculação no desenvolvimento futuro das crianças. As crianças com vinculação resistente/ambivalente tendem a ter um desenvolvimento cognitivo mais limitado, que poderá ser consequência da pouca exploração efetuada ainda na infância; para além disso, estas crianças demonstram pouca autonomia e reduzidas competências sociais, apresentando mais dificuldade em firmar relações de amizade. Já as crianças com padrão de vinculação ansioso/evitante têm propensão para desenvolverem diversos problemas, como por exemplo: dependência, oposição, impulsividade e exibicionismo.

1.1.2. Corpo identidade e relacionamentos

As primeiras concetualizações científicas sobre a experiência do corpo e as suas conjugações com os aspetos psicológicos derivaram da Neurologia com as investigações de Pick (imagem espacial do corpo), de Head (noção de imagem postural do corpo e esquema corporal) e, mais tarde, com Shilder (e a primeira definição de imagem do corpo) (Martinez, 1998; Fisher, 1990, Caut, 1994, cit in Santos, 2006).

Santos (2006), refere que o conceito da imagem do corpo difere bastante conforme as abordagens, sejam elas da neurologia, da psiquiatria, da psicologia do desenvolvimento, etc., e dos respetivos quadros de referência, dando ênfase à subjetividade que lhes é inerente devido à peculiaridade de cada indivíduo.

Nesta diversidade, a autora realça a abordagem cognitiva-comportamental, que inclui as componentes perceptiva, afetiva e a atitude face a cada uma delas; a abordagem psicodinâmica/desenvolvimental que defende a perspectiva de que a imagem do corpo é definida como a representação mental do Eu corporal e cujo desenvolvimento pressupõe um processo que vai da experiência precoce do corpo, à integração de experiências internas e externas, até à definição e coesão do Eu corporal como fundação do autoconhecimento; e a abordagem desenvolvimental/contextual que defende a valorização do contexto das

interações interpessoais onde a imagem do corpo é vista como a componente chave da individualidade, sendo também influenciada pela dinâmica social dos outros face a si mesmo (Santos, 2006).

A imagem corporal é um constructo multidimensional que se refere à natureza das experiências das pessoas sobre o seu corpo, especialmente a sua aparência. A imagem corporal incorpora auto-percepções avaliativas, crenças, atitudes e reações cognitivas, emocionais e comportamentais à sua autoimagem e respetiva autoavaliação (Schilder, 1994).

Com efeito, a imagem corporal contém duas facetas principais que incluem a avaliação (satisfação do corpo) e o investimento (a importância psicológica que se atribui à aparência) (Pruzinsky, & Cash, 2002).

Por seu turno, e na perspetiva de Schilder (1994), que igualmente contribui para a compreensão da valorização do corpo na construção da relação da criança consigo e com o mundo, está o conceito de esquema corporal que, segundo o autor, equivale a uma representação mental que temos no nosso próprio corpo, convertendo-se, simultaneamente, no ponto de referência em torno do qual se organiza o espaço circundante e as ações corporais nesse espaço, influenciando de forma direta a realidade externa (Schilder, 1994).

Nesta aceção de Schilder (1994), o corpo constitui apenas uma estrutura neuromotora e neuropsicológica que favorece a tomada de consciência do próprio corpo nas suas componentes singulares e como unidade, tanto no especto estático como dinâmico (Schilder, 1994). Ter conhecimento do esquema corporal, é ter consciência do próprio corpo, das partes que o compõem, das suas possibilidades de movimentos, posturas e atitudes (Nicola, 2004, cit in Pfeifer & Anhão, 2009). O esquema corporal é considerado como elemento básico e indispensável para a formação da personalidade de qualquer criança (Pfeifer & Anhão, 2009). Imensos estudos demonstram também, e como iremos referir posteriormente, a importância e a contribuição do sistema tátil para o desenvolvimento do esquema corporal, desenvolvimento da coordenação motora.

O papel do corpo na construção de identidade tem sido reforçado por vários autores “O Locus da construção da identidade é o corpo” (Louro, 2000);

“É por meio da aparência que o indivíduo torna visível a identidade; o sujeito existe porque existe um corpo capaz de responder a uma construção identitária e esse corpo é modelado a partir dos padrões difundidos pelos media” (Cordeiro, 2011).

1.1.3. O corpo na comunicação não-verbal

Comunicar é um processo que se caracteriza pela interação entre dois ou mais intervenientes na qual se compartilham informações, ideias, sentimentos e emoções, que podem influenciar o comportamento dos sujeitos. Estes, por sua vez, agem e respondem em conformidade com as suas crenças, valores, histórias de vida e cultura (Mesquita, 1997; Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti e Paes da Silva, 2000).

Essas respostas podem ser de teor verbal ou/e não-verbal, sendo a grande maioria nas interações comunicacionais, de natureza não-verbal. Segundo Davis, (1979, cit in Mesquita, 1997), “35% do significado social de uma conversa corresponde às palavras pronunciadas, os outros 65% seriam correspondentes aos canais de comunicação não verbal”, assumindo o Corpo como esses mesmos canais.

Vários autores sistematizaram os elementos da comunicação não-verbal de diferentes modos. Mesquita (1997), diz que existem dois grandes grupos: O primeiro, referente ao corpo e ao movimento do ser humano, que engloba diferentes unidades expressivas como a face, o olhar, o odor, a paralinguagem, os gestos, as ações e, por fim, a postura e o segundo que é relativo ao produto/consequências das ações humanas, englobando unidades de expressão com a moda, a arte, a organização dos espaços físico e ambiental.

Já Knapp (1980 cit in Silva et al., 2000), classifica a comunicação não-verbal em: paralinguagem (diferentes modalidades da voz); proxémica (uso do espaço pelo homem); recurso ao tato (toque corporal); características físicas

(forma e aparência do corpo); fatores relativos ao meio ambiente (disposição dos objetos no espaço); e cinésica (linguagem do corpo).

O corpo aparece assim, como cerne no campo da informação e, segundo Gaiarsa (1995 cit in Silva et al., 2000) *"aquilo que de mim eu menos conheço é o meu principal veículo de comunicação"*.

1.1.4. Toque corporal

É através do toque que as crianças começam a explorar e a conhecer ativamente o mundo que as rodeia (Pfeifer & Anhão, 2009). Neste sentido o toque assume um papel fundamental na vida das pessoas.

Frequentemente, a expressão dos afetos, como o simples embalar do bebé, o toque corporal ou a massagem realizada pelo adulto cuidador na criança, bem como um abraço de um educador ao colega, podem ser considerados como atitudes e contatos banais, por vezes a serem evitados. No entanto, se tivermos consciência e cuidado em relação a estes atos e posturas, observaremos o grande valor destas interações e os seus contributos para o desenvolvimento das relações interpessoais no desenvolvimento da criança (Oliveira, 2009).

A pele é o espaço do primeiro limite do indivíduo. Esta superfície do Eu funciona como um envelope, sendo como uma proteção física, imaginária e relacional (Lesage, 1995, cit in Santos 2006).

Jung (2008, cit in Oliveira, 2009), afirmava que o toque, como experiência tátil, está intimamente ligado à função sensorial/perceptiva, uma das funções psíquicas que orienta o funcionamento do ego. Deste modo, o contacto com a pele também provoca a manifestação de processos inconscientes (recordações, memórias, fantasias), suscitando sensações de prazer e de dor que ativam maneiras de compreender o mundo e o "outro" ().

Já Montagu (1988), após investigações sobre o comportamento de animais mamíferos, concluiu da necessidade vital do toque para o ser humano e, principalmente, para o desenvolvimento do bebé, considerando-o como uma

linguagem não-verbal fundamental nas relações interpessoais. Para o autor, a pele é a mente do corpo, pelo que as pessoas devem aprender a tocar e a ser tocadas.

“Tocar” pode definir-se como a ação ou ato de sentir algo com a mão, apalpar, comover, sensibilizar, isto é, pode ser tudo o que acontece entre um corpo e outro, um contacto intencional entre duas pessoas, afagar, segurar, acariciar (Montagu, 1988). Logo, tocar é mais do que um simples contacto físico, o toque é uma das formas mais importantes de comunicação, de mostrar afeto, segurança, valorização, que permite uma imediata vinculação, desde o momento do parto e que é fundamental para o desenvolvimento humano (Montagu, 1988).

Para Silva, (2003), tocar é um comportamento não-verbal com significado, tendo origem numa forma de comunicação primária, direta e profunda, através da qual transmitimos o sentido das nossas mensagens para além das próprias palavras. Por isso, muitas vezes, o tato não é “sentido” como uma sensação e sim, como emoção, pois o desenvolvimento da sensibilidade da pele depende, em grande parte, do tipo de estimulação ambiental recebida (Silva, 2003).

A sensação básica do tato, como estímulo, é necessária para a sobrevivência física do organismo, de forma vital (Montagu, 1988). Deste modo, o toque há muito que é reconhecido como um recurso fundamental para a comunicação humana, a sociabilidade, a proximidade e o cuidado, e como um importante meio de contato com o mundo, particularmente vital para o desenvolvimento social, cognitivo e físico das crianças (Field 2014; Hertenstein, Holmes, McCullough & Keltner, 2009).

As investigações sobre práticas de toque e suas implicações com crianças pequenas estão relacionadas, principalmente, com bebés prematuros e interação materno-infantil e apego. Essas investigações confirmam que o toque suave tem efeitos positivos, confortando e reduzindo os níveis de sofrimento comportamental para recém-nascidos prematuros em unidades de neonatologia intensiva (Field, 2012; Harrison, 2001). Outra investigação de Field (2012), demonstra que o toque pode regular a excitação e modular o nível geral de estimulação, alterando assim o estado comportamental.

Tronick (1995), demonstrou que a função suavizante do toque está ligada ao toque da regulação emocional e que as emoções desempenham um papel crítico na avaliação das crianças sobre os seus objetivos. Feldman (2011) relata que o uso do toque afetivo pela figura de vinculação aumenta a segurança da ligação emocional entre bebês prematuros e reduz a probabilidade de desenvolver problemas emocionais e comportamentais.

Também Gural & Polat (2012) investigaram os efeitos da massagem do bebê na relação entre a figura de vinculação e o bebê, e verificaram que a massagem do bebê estimula a vinculação.

As investigações sobre práticas de toque e as suas implicações entre adultos e crianças são, no entanto, escassas e controversas (Cekaite & Bergnehr, 2018). Segundo estes autores, a percepção do toque é multifacetada, baseia-se na neurofisiologia, na cultura e nas relações sociais, afirmando que a percepção e o prazer do toque não dependem só da sensação, já que a adequação do toque é governada por um conjunto de considerações socioculturalmente ancoradas que estabelecem quando, como e qual a situação em que o toque deve ser usado (Cekaite 2015; Goodwin & Cekaite, 2018). Como exemplo, no início do século XX, o psicólogo americano Watson opôs-se ao mimo maternal, justificando que o toque afetivo desenvolveria um caráter fraco na criança (Classen, 2012).

Numa situação mais atual, são as sociedades que questionam o uso do toque em ambientes educacionais, como por exemplo, nos países anglo-saxónicos, em que a sociedade exige políticas “No-Touch” de forma a, por um lado, proteger a integridade da criança do controle físico por parte do adulto e, por outro lado, prevenir o abuso sexual e físico das crianças (Bergnehr & Cekaite, 2018; Piper & Smith, 2003).

Nos últimos anos, verifica-se o aumento do número de estudos sobre o toque fora do círculo da família, demonstrando os seus benefícios e importância. Harrison (2001) sugere dois tipos básicos de toque: (1) toque processual e (2) toque estimulante. Toque processual é o contato físico básico como parte das rotinas diárias (e.g. alimentação, troca de fraldas, etc.). O toque estimulante, é

mais reconfortante e inclui carícias, massagens e outras formas de estimulação tátil ou cinestésica (Harrison (2001).

Novas perspectivas sobre a estimulação tátil indicam que esta é essencial para a saúde física e psicológica da criança (Stack & Jean, 2011), onde a função primordial do toque é a expressão da intersubjetividade e proximidade (Andersen, 2011) e, como Field (2014) enfatiza, o toque é o nosso sentido mais social.

Estudos sobre o toque entre adultos e crianças demonstram a importância do toque para o crescimento, o desenvolvimento da afetividade e o bem-estar (Bowlby 1969; Field 2014; Hertenstein & Weiss, 2011). As investigações também sugerem que o toque e os encontros táteis são importantes na criação da intersubjetividade entre adultos e crianças jovens (Hundeide, 2007), não apenas como um meio de trocar sentimentos uns com os outros, mas também para reforçar o significado de outras formas de comunicação verbal e não-verbal (Stack & Jean, 2011).

No estudo de Field, Diego, & Hernandez-Reif (2007), foi feito um breve período de massagem antes da realização de uma tarefa de atenção visual. Como principal resultado, verificou-se que os bebês massajados mostraram mais atenção para a tarefa e aprenderam as propriedades do estímulo mais rapidamente do que aqueles que não receberam massagem. Contudo, e apesar da importância do toque para o bem-estar emocional e a aprendizagem das crianças, de acordo com Nicolas (2010), tais estudos têm sido negligenciados.

Também Oliveira (2009) refere vários estudos que dizem que as interações afetivas e o toque corporal, entre outros aspetos psíquicos, físicos, culturais e sociais, são fatores decisivos para o desenvolvimento infantil. No entanto, esta dimensão tátil e afetiva é ainda negligenciada e pouco valorizada nos cuidados dados às crianças nos centros de educação infantil. Tocar o outro, na dimensão do corpo e do afeto, ampliando as comunicações verbais e não verbais, possibilita o autoconhecimento, a percepção do outro e o reconhecimento de como cada sujeito se encontra entrelaçado nesta rede de relações. (Oliveira, 2009).

No que concerne a investigações sobre o toque nos jardins de infância, a pesquisa é ainda mais limitada e indiscutivelmente desatualizada (Svinth, 2018).

Estudos recentes sobre práticas de toque entre educador e criança demonstraram que o educador usa o toque em atos compassivos de ajudar, acalmar e mostrar afeto (Bergnehr & Cekaite, 2018; Fleck & Chavajay, 2009; Lipponen 2018; Hertenstein, Holmes, McCullough, & Keltner, 2009). Os autores concluem que o toque reconfortante tem efeito na regulação emocional e em situações de angústia, tensão e excitação porque ajuda o corpo do recetor a relaxar e a alterar sensações corporais. A criança torna-se mais atenta e sensível, aberta a receber informação e envolver-se na aprendizagem.

Campos, Frankel & Camras (2004) sugerem que as interações emocionalmente sintonizadas ajudam os bebés a aprender sobre as emoções e fornecem pistas também sobre como modificar as suas respostas.

Na nossa sociedade ocidental, muitas vezes crianças que provêm de famílias onde o contacto é mínimo, têm dificuldades em aceitar e praticar valores sociais e familiares. Tal situação pode transformar-se na dificuldade em entender e exprimir as emoções, podendo degenerar em casos de isolamento, fobias sociais, agressividade e dificuldades na aprendizagem (Neto, 2004).

1.2. Problemas de Comportamento Social

Atualmente, assiste-se a um aumento significativo de pedidos de avaliação psicológica a crianças em idade pré-escolar (Major, 2011). Diversos estudos têm demonstrado que a existência de défices ao nível das aptidões sociais e problemas de comportamento, em idade pré-escolar, poderá refletir-se negativamente no decorrer da infância, adolescência e vida adulta (Major, 2011).

A idade pré-escolar é um período de desenvolvimento caracterizado por diversas mudanças a nível físico, motor, linguístico, comportamental e emocional e a transição para o jardim-de-infância desempenha um papel significativo ao nível do comportamento socioemocional das crianças (Oliveira, 2009; Gomes, 2012). Com a passagem do contexto familiar para o jardim de infância, o confronto com experiências novas e necessidades/pressões, nem sempre fáceis de

conciliar, poderá desencadear ou intensificar comportamentos como birras, amuos ou atitudes agressivas quando não são satisfeitas as vontades, mentira ou roubo para conseguir o que se quer ou para chamar a atenção, ou isolamento e evitamento de situações receadas (Webster-Stratton, 2006).

Campbell (1995) refere que a maioria das crianças em idade pré-escolar apresenta alguns comportamentos classificados como disruptivos, gerando dificuldades na diferenciação de comportamentos verdadeiramente sintomáticos e comportamentos associados a dificuldades desenvolvimentais normais ou transitórias. Deste modo, na definição ou avaliação dos problemas comportamentais, deve-se ter em conta a frequência, a intensidade, a cronicidade, a coocorrência de outros problemas e o contexto social e familiar da criança.

Esta será a forma mais correta de perceber qual o grau em que um determinado comportamento interfere com o funcionamento normal em casa, na escola e na comunidade (Campbell, 1995).

Assim, são propostos três níveis de comportamentos problemáticos:

(a) o “comportamento preocupante e incomodativo” referente a comportamentos típicos e adequados à idade, que podem gerar preocupação nos pais;

(b) o “problema específico da idade/problema de comportamento” que representa um exagero da frequência e/ou intensidade de comportamentos típicos num nível que gera transtorno, que poderão ser ou não sinal de futuras dificuldades mais sérias;

(c) o “sintoma ou comportamento sintomático” para designar um problema de provável relevância clínica (Campbell, 1995)

Perante isto, o estudo das competências e comportamentos sociais nas crianças em idade pré-escolar tem um valor preponderante para colmatar problemas presentes na adaptação das crianças e na predição/prevenção de problemas futuros (Major, 2011).

1.2.1. Perspetivas sobre o comportamento social na infância

Nas últimas décadas, os problemas ou alterações do comportamento têm sido objeto de vários estudos que partem de perspetivas teóricas diferentes. Este é um campo amplo, exaustivo, e com dificuldade de consenso entre os mais diversos autores, nomeadamente pela controvérsia na distinção entre competências sociais e aptidões sociais (Major, 2011).

Elksnin & Elksnin, (1995) e Gresham & Elliott, (1987, cit in Major 2011), incluem nas aptidões pessoais os seguintes tipos de comportamentos: comportamentos interpessoais (aptidões utilizadas durante a interação social; comportamentos relativos à própria criança (comportamentos auto-reguladores que permitem à criança avaliar a situação social, selecionar uma aptidão apropriada e avaliar os seus efeitos na situação; aptidões relacionadas com o sucesso académico; comportamentos assertivos (a falta destes comportamentos poderá levar a respostas agressivas ou de isolamento perante situações geradoras de *stress*); aceitação pelos outros e aptidões comunicativas.

Del Prette e Del Prette (1999), classificam e definem interações sociais a partir de respostas habilidosas, não habilidosas passivas e não habilidosas ativas (agressivas).

Numa perspetiva tradicional e clínica, os problemas e alterações de comportamento classificam-se como desvios da norma dominante num determinado contexto social, assumindo que existe uma descontinuidade entre comportamento normal e patológico (Hinshaw, Lahey, & Hart, 1993).

Neste sentido, segundo Campbell (2002), em idades mais precoces, os problemas de comportamento referem-se a condutas que refletem o desenvolvimento inapropriado da criança no meio ambiente em determinadas alturas, numa situação particular ou numa fase específica do desenvolvimento. Para serem considerados como distúrbios, terá de se observar um padrão com sintomas específicos, com determinada frequência e intensidade, e apresentar fatores inerentes que justifiquem tal comportamento (Campbell, 2002).

Outros estudos sobre o tema identificaram vários fatores de risco preditores de uma variedade de distúrbios na infância: as características da criança, a qualidade de vinculação das relações primárias e as práticas parentais, e o ambiente familiar (Deklyen & Greenberg, 2008). Por outro lado, esses estudos demonstram que os problemas de comportamento são comuns na infância e podem prolongar-se até à adolescência, todavia nem sempre revelam motivo de preocupação (Campbell, Shaw & Gilliom, 2000; Reitz, Dekovic & Meijer, 2005; Narustye, Ropponen, Alexanderson & Svedberg, 2017). Apesar disso, estes autores referem, de forma geral, a perspetiva de que o exemplo dos pais é preponderante na promoção de comportamentos socialmente aceites, pelo que o desenvolvimento, ou intervenções, nas capacidades sociais dos pais pode ajudar na prevenção de problemas comportamentais dos filhos.

1.2.2. Problemas de comportamento social e competências sociais na infância

Comportamentos desadequados são um dos desafios mais comuns na vida das famílias com crianças e adolescentes. Desde birras à desobediência, é através do comportamento que se expressam muitas emoções, resultado de necessidades específicas ou resposta a exigências do meio que nos rodeia (Campbell, 1995; Merrel, 1993, 2002). Dentro de certos limites, não é preocupante que, em várias fases do desenvolvimento, as crianças se “portem mal”. Por vezes o “mau comportamento” está presente, mas desaparece à medida que a criança cresce, sendo por vezes uma resposta a uma mudança específica (ex. doença, morte de um familiar ou amigo, conflitos com pares) (Gomes, Pereira e Vagos, 2013).

Apesar de o comportamento desadequado ser normal em várias fases do desenvolvimento, em algumas situações têm um significativo impacto na vida familiar/escolar, comprometendo as relações e o funcionamento da própria criança ou adolescente (Gomes, Pereira e Vagos, 2013). No entanto, nem todas as crianças que vivem o mesmo tipo de situações na sua vida diária reagem da mesma forma ou apresentam o mesmo tipo de comportamentos. Tudo depende da

forma como conseguem, ou não, adaptar-se e superar essas situações. Deste modo, as competências sociais têm um papel preponderante na percepção e ponderação dos limites de cada criança (Gomes, Pereira e Vagos, 2013).

As autoras referem que é importante distinguir o que se entende por aptidões e competências sociais, também ambas têm limites pois, apesar de as aptidões serem aprendidas e compreendidas em situação, e englobarem a dimensão pessoal, situacional e cultural, a sua posse não garante um desempenho socialmente competente (Gomes, Pereira e Vagos, 2013).

As competências sociais pressupõem uma avaliação e qualificam a proficiência dos desempenhos, estão ligadas à capacidade, de cada pessoa, de organizar pensamentos, sentimentos e ações em função dos seus objetivos e valores, colocando-os em prática em situações pontuais (Dell Prette & Dell Prette, 2012, cit in Gomes et all., 2013).

Como já referido, há uma tendência a confundir os conceitos de aptidões/habilidades e competências sociais, levando ao seu uso indiscriminado. No entanto, Major, (2011), refere que a maioria das definições entende a competência social como um constructo mais abrangente, estando a ela subordinadas as aptidões sociais. Deste modo, descreve-se a competência social como sendo um constructo complexo e multidimensional que envolve uma série de variáveis comportamentais e cognitivas, aspetos de ajustamento emocional, úteis e necessários para o desenvolvimento adequado de relações sociais e obtenção de consequências sociais positivas. Além disso, a eficácia com que os comportamentos levam a resultados sociais positivos é que permite avaliar/julgar a competência social (Major, 2011).

Relativamente às crianças em idades pré-escolares, os problemas iniciais de comportamento observados nas instituições de ensino permanecem estáveis, mas são preditores de problemas futuros na escola e, principalmente, na saúde psicológica dos adolescentes (Campbell, 1995).

1.2.3. Comportamentos exteriorizados e interiorizados

Segundo Major (2011) a prevalência de problemas emocionais e comportamentais no ensino pré-escolar permanece controversa, o que se justifica tendo em conta a ainda escassa investigação nesta área (e com esta faixa etária), nas taxas de prevalência discrepantes encontradas na literatura, bem como, atendendo às dificuldades em definir/delimitar o conceito de perturbação psicológica em crianças muito novas (Major, 2011).

Da infância à adolescência foram identificados dois tipos de problemas de comportamento: os problemas de comportamento exteriorizados e os problemas de comportamento interiorizados (Campbell, 2002).

Os problemas de comportamentos exteriorizados caracterizam-se pelo descomprometimento, agressividade para com os outros e/ou objetos, níveis elevados de atividade e incapacidade na regulação de impulsos (Campbell et al., 2000), e por aborrecimento e irritação (Campbell, 2002). Os comportamentos exteriorizados não só podem provocar impacto nos outros como também na própria criança, dando como exemplo, a hiperatividade, desobediência, comportamentos agressivos, desafiantes e antissociais. (Campbell, 2002; Bartels, Hudziak, Boomsma, Rietveld, Van Beijsterveldt & Van den OOrd, 2003).

Alguns dos preditores desta problemática são: cuidado parental hostil ou inadequado, situações vivenciadas pelo caos ou situações de *stress*, que se reportam a casos de relação de vinculação insegura (Van Ijzendoorn, 1997). Relembrando a Teoria da Vinculação segundo Bowlby, o desenvolvimento do comportamento disruptivo justifica-se através da ausência ou instabilidade nos cuidados parentais, sobretudo maternos, “a criança terá tendência a adotar os mesmos comportamentos que os pais exerciam com ela” (Bowlby, 1998, p.367).

Por sua vez, os problemas de comportamentos interiorizados, caracterizam-se pelo isolamento social, pelo medo, por sentimentos de infelicidade, sintomas de ansiedade (Campbell, 2002; Colman, Wadsworth, Croudace & Jones, 2007), timidez e sinais de depressão (Colman et al., 2007; Machado, Fonseca e Queiroz, 2008; Mercer & Derosier, 2010). Segundo

Machado et al., (2008), estes comportamentos marcam de forma negativa o desenvolvimento da criança a nível do seu autoconceito, do desempenho académico e das relações sociais.

Como preditores dos comportamentos interiorizados, as investigações dão relevância às características individuais da criança e ao seu temperamento, como por exemplo a timidez, e à insensibilidade parental que, segundo Van der Voort, Linting, Juffer, Bakermans-Kranenburg, Schoenmaker & Van Uzendoorn (2014), resulta no padrão de vinculação insegura. O temperamento da criança, por si só, não constitui um problema de comportamento interiorizado, contudo, se essas características da criança forem consequência da insensibilidade parental, então, a manifestação de comportamentos interiorizados será maior, mais concretamente, observam-se mais sentimentos negativos, isolamento social, maiores níveis de ansiedade, um conceito negativo do *self*, entre outros.

Apesar de as perturbações exteriorizadas e interiorizadas da psicopatologia da criança serem consideradas domínios independentes, estes não são mutuamente exclusivos e algumas crianças poderão apresentar sintomatologia dos dois tipos (Major, 2011).

1.2.3.1. Impulsividade

A impulsividade é um conceito associado a várias dimensões comportamentais, social, interpessoal, emocional, cognitiva e motora, é um distúrbio que pode influenciar todo o desenvolvimento da criança. Os seus sintomas mais comuns são: agir por impulso, descontrolo das respostas verbais e da linguagem corporal, falta de persistência e facilidade em deixar as tarefas incompletas, falta de concentração, impaciência no respeito pela sua vez de falar ou agir, ou seja, falta de autocontrolo (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001; Daruna e Barnes 1993, cit in Evenden, 1999).

A impulsividade pode ser definida como uma predisposição para reações rápidas e não planeadas a estímulos internos ou externos, sem levar em consideração as consequências negativas dessas reações para o indivíduo

impulsivo ou para outros (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001 cit in Evenden, 1999).

Uma outra perspectiva compreende que a impulsividade engloba ações mal concebidas, prematuramente expressas, indevidamente arriscadas ou inapropriadas para a situação e que, geralmente, resultam em consequências indesejáveis (Daruna e Barnes 1993, cit in Evenden, 1999).

Whiteside & Lynam, (2001), referem o trabalho de Patton et al., (1995) que divide a impulsividade em três fatores comportamentais distintos: a impulsividade cognitiva (incapacidade de focalização da atenção/concentração); a impulsividade motora (agir sem pensar), e a impulsividade de não-planeamento (que compreende a falta de antecipação/previsão/premeditação).

Gresham & Elliott (1987, cit in Major, 2011), referem que a impulsividade pode ser relacionada com a presença/ausência de respostas emocionais e, por isso, podem interferir com a aquisição ou desempenho de comportamentos sociais adequados.

1.2.3.2. Hiperatividade e déficit de atenção

Relativamente à hiperatividade, existe um grande número de crianças que, por virtude do seu comportamento irrequieto, intranquilo, turbulento ou mesmo agressivo, recebem a designação de crianças instáveis ou hiperativas (Fonseca, 1997).

Os gestos constituem a primeira forma de comunicação da criança com o seu ambiente e a riqueza dos mesmos vai aumentando à medida que se processa o seu crescimento e que se vão diferenciando os sinais verbais. Esse gesticular nem sempre se processa de uma forma harmónica e adequada e a criança pode comportar-se de forma agitada (Bernstein & Tiegerman, 1993).

Hoje, sabe-se que as causas desses comportamentos podem ser muito variadas, abrangendo desde motivações psicológicas e sociológicas, com raiz num certo vaivém psicomotor, criado ao nível da díade mãe-filho, até causas de

natureza inespecífica, podendo apontar-se, para além de situações já mencionadas, certos antecedentes de alcoolismo e de psicopatia (Bowlby, 1956).

No primeiro caso (motivos psicológicos), pode estar em causa uma má estruturação dos sentidos de “confiança” e de “autonomia”, experienciando a criança uma certa desconfiança ou ambivalência na sua relação com os pais e com o mundo, desconfiança essa que se expressa numa instabilidade motora (Bowlby, 1956).

No segundo caso, podemos estar em face de situações fisiológicas ou biológicas dificilmente detetáveis e que, durante anos, foram designadas por situações de “disfunção cerebral mínima” (Bowlby, 1956).

Tratam-se, por norma, de crianças com uma inteligência normal, que manifestam alterações comportamentais, ou da sua aprendizagem, em grau variável, mostrando-se apenas desassossegadas e um pouco ansiosas, embora outras se possam tornar agitadas e de comportamento impulsivo (Fonseca, 1997).

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) é uma das perturbações do comportamento exteriorizadas mais frequentes nas crianças de faixa etária precoce. Os seus sintomas são severos e problemáticos. A principal característica da Hiperatividade é a constante falta de atenção, agitação constante e impulsividade, pelo que o seu diagnóstico pode ser feito em idade pré-escolar. Além do mais, esta perturbação pode apresentar oscilações com a idade e o nível desenvolvimental (Major, 2011).

As suas causas são ainda desconhecidas, mas há fatores reconhecidos que influenciam a PHDA como a influência genética e a conjugação desta com fatores ambientais (ambientes agressivos, elementos familiares conflituosos, negligência, etc.), uma alimentação deficiente e a conjugação com outros distúrbios comportamentais como a ansiedade e a depressão (Gomes, 2012).

Clinicamente falando, os sintomas de PHDA afetam o desempenho académico, os relacionamentos interpessoais (familiar e social), o ajustamento psicossocial, e as vidas profissionais e pessoais futuras. Matos (2013), chama a atenção para a duração, frequência e persistência dos sintomas, para que não se confunda com simples manifestações.

Apesar das dimensões primárias já referidas, há a constatar a possível ocorrência de características secundárias, nomeadamente a nível do desenvolvimento motor, problemas de linguagem, descontrolo emocional, défice na realização de tarefas e propensão para situações de risco como ferimentos e outros acidentes (Matos, 2013).

Ainda segundo Matos (2013), na criança de idade pré-escolar, os sintomas de PHDA manifestam-se de forma muito intensa pelo que o seu diagnóstico será mais pertinente como forma de controlo do défice em idades posteriores. Há vários estudos que concluem que o défice de atenção surge em crianças cujo desempenho escolar e suas tarefas não lhes desperta interesse, mas as suas capacidades de processamento de informação apresentam-se intactas, relativamente a crianças da mesma faixa etária. O problema situa-se nas dificuldades de auto-regulação cognitiva e comportamental (Lopes, 2003, cit in Matos, 2013).

1.2.3.3. Comportamento antissocial e agressividade

Quando se abordam conceitos como a agressividade, devido à sua natureza dinâmica e mutável, é preciso acautelar devidamente as suas origens (Lima & Pinheiro, 2017).

O conceito de agressividade, ou comportamento agressivo, é definido como aquele que visa, intencionalmente, causar algum dano a alguém ou alguma coisa (Björkqvist, 1994; Coie & Dodge, 1998; Dodge & Coie, 1987; Sisto, 2005 cit in Borsa & Bandeira, 2011).

A agressividade na infância está associada a diversos problemas, nomeadamente dificuldades de aprendizagem, dificuldades de adaptação no contexto escolar, e pode ser um fator preditor para problemas futuros, tais como: condutas desadaptativas, evasão escolar, comportamentos delinquentes, rejeição e dificuldade de ajustamento com pares, sintomas de depressão e de ansiedade, solidão e impulsividade (Chen, Chen, Wuang, & Liu, 2002; Ladd & Burgess, 1999 cit in Borsa & Bandeira, 2011).

Por outro lado, expressão “antissocial” pretende definir um comportamento insuscetível de respeitar as normas e os valores sociais, quer por falta de experiência do seu portador, quer por virtude de o mesmo ter sido submetido a uma educação desprovida de tais normas (Gomide, 2001, cit in Lima & Pinheiro, 2017).

Muitos indivíduos que, em crianças, sofreram uma privação parental, que foram abandonados ou vítimas de abusos, por parte de pais ou educadores, têm enormes dificuldades na integração como jovens e adultos na família e no grupo social (Merrell, 1993; Henriques, 2014). Tais indivíduos, desprovidos de conceitos de lealdade, de impulsividade e de educação ética ou mesmo escolar, entram continuamente em choque com os demais e, sob a influência de determinados fatores descompensadores, enveredam frequentemente por um comportamento antissocial (Merrell, 1993; Henriques, 2014).

1.2.3.4. Evitamento social

O evitamento social pode ser confundido com a inibição pois esta parece estar diretamente relacionada com o isolamento e o evitamento social (Major, 2011). A inibição é suscetível de várias definições, tais como "a tendência a evitar interações sociais e a não participar adequadamente em situações sociais" (Pilkonis, 1977a, p. 585, cit in Cano Videl et al., 2000); ansiedade e insatisfação com situações sociais, particularmente naquelas que envolvem avaliação pela autoridade, "auto-observação, infelicidade, preocupação consigo mesmo ..." (Crozier, 1979, p. 121 cit in Cano Videl, Pellejero, Ferrer, Iruarrizaga & Zuazo, 2000); respostas de dissidência, inibição e ansiedade, auto-observação e reticência na presença de outras pessoas (Jones, Briggs & Smith, 1985, cit in Cano Videl et al., 2000).

Em idades mais precoces, o evitamento social é reconhecido como um padrão de temperamento em que a criança responde negativamente, se afasta de pessoas, de situações, objetos e busca proteção. Nem todas crianças demonstram os mesmos sinais e as causas podem ser diferentes. Também os cuidadores podem afetar a interação social de uma criança (Shrestha, 2017).

1.2.3.5. Ansiedade e somatização

Para além da depressão, a ansiedade infantil, tal como a tristeza e a dor, surge também, com alguma frequência. Na grande maioria das vezes, trata-se de manifestações de nível neurótico, ou de simples reações de protesto, manifestações que, aliás, constituem o pano de fundo de um grande número de situações psicopatológicas (Bahls, 2002). Importa ressaltar que a criança experienta, frequentemente, sentimentos de medo, de fobia e de ansiedade perante muitas situações consideradas como habituais pelo adulto (presença de um médico, por exemplo). Tais situações de medo e de fobia desaparecem ou atenuam-se, em regra, à medida que se vai dando à criança uma explicação compreensiva (Bahls, 2002).

A ansiedade ou angústia constitui, ao lado do *stress*, o principal fenómeno psicológico por meio do qual o organismo se adapta normalmente às diversas situações. É o medo e o receio de um perigo real que ensina à criança a tomar medidas de precaução para se proteger de determinados riscos (McLeod, Wood & Weisz, 2007).

Contudo, em certas situações, os episódios de ansiedade, já não se mostram relacionados com perigos reais, mas com perigos “imaginários”, podendo atingir um grau muito acentuado e suscetível de causar à criança grande sofrimento. São relativamente frequentes certas manifestações de temor no decorrer do desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar: em relação aos animais, ao escuro, aos perigos reais ou imaginários (McShane & Hastings, 2009).

Segundo Gresham & Elliott (1987, cit in Major, 2011), a ansiedade, tal como a impulsividade, interfere ou bloqueia o processo de aprendizagem, resultando na não-aquisição de uma determinada aptidão social sendo considerada pelos autores como um défice na aptidão de autocontrolo. Esta perturbação só é encarada como sinónimo de psicopatologia quando se apresenta com excessiva intensidade ou duração ou se causar interferências na vida da criança e da família.

Campbell (2002) refere que o diagnóstico de perturbações interiorizadas como a Ansiedade é mais frequente em idades tardias, mas os elevados níveis de sintomas em idades precoces poderão ser um alerta da necessidade de intervenção clínica em caso de persistência dos sintomas ou de ocorrência frequente de episódios.

Ferreira, Martins, Monteiro e Pereira (2014), referem que a somatização é a tendência para sentir e comunicar a existência de desconfortos e sintomas que não são explicados por doenças físicas e outras patologias, o que acontece frequentemente nas crianças de idade precoce, seja pela não-compreensão desses estados, seja pela dificuldade de verbalização. Deste modo, parece haver uma confusão na exteriorização somática, levando as crianças a queixarem-se de dores de barriga ou de cabeça, cansaço, dores musculares, tonturas, etc. (Ferreira, Martins, Monteiro e Pereira, 2014).

A literatura na área da Perturbação Somatoforme é escassa e não há um consenso no que diz respeito a um sistema de categorização apropriado à faixa etária que agora trabalhamos. No entanto, na tentativa de propor critérios de diagnóstico desta perturbação, em 1996 surgiu uma nova classificação proposta pelo Manual de Diagnóstico Mental em Crianças e Adolescentes, nos Cuidados de Saúde Primários (American Academy of Pediatrics (AAP), 1996). Esta classificação tem em conta aspetos do desenvolvimento associado à idade, permitindo a sua utilização em contexto pediátrico. Inclui 7 categorias que têm em conta o grau de interferência na vida da criança/adolescente e a duração dos sintomas (Ferreira et al., 2014).

Segundo os autores supracitados, o ambiente familiar surge também como um fator de risco à somatização. Pais demasiado exigentes ou, pelo contrário, displicentes, podem provocar nos filhos estados de ansiedade que se camuflam na doença, inexistente, como fuga às responsabilidades escolares, familiares, como alívio de expectativas, como forma de evitar confrontos dolorosos, ou, no inverso, como forma de chamar a atenção. Reconhecendo que a somatização pode comprometer as atividades diárias e o desenvolvimento psicossocial das crianças, todos têm o dever de estar alerta a sinais preditores da doença e de encaminhá-

las para um tratamento adequado, sejam os pais, os professores e os médicos (Ferreira et al. 2014).

1.2.4. Competências sociais

O conceito de competência social envolve vários constructos, tais como: habilidades sociais, comunicação social e comunicação interpessoal (Semrud-Clikeman, 2007). O constructo de habilidades sociais aparece descrito como comportamentos repetíveis e direcionados a objetivos (Spitzberg, 2003 cit in Semrud-Clikeman, 2007); a interação social, pressupõe que o objetivo possa ser alcançado através da interação com outra pessoa usando a linguagem e a comunicação não verbal (Semrud-Clikeman, 2007).

Para além de comportamentos, a competência social requer a perceção correta da interação social. Essa perceção também engloba motivação e conhecimento acerca do modo de executar a habilidade. Sem uma perceção apropriada, a motivação e a capacidade de executar a habilidade não resultarão em ações socialmente apropriadas, da mesma forma que, sem motivação, a habilidade não será executada (Semrud-Clikeman, 2007).

A experiência social possui como alicerces os fundamentos dos relacionamentos entre pais e filhos e é importante no desenvolvimento posterior de comportamentos pró-sociais. A ligação emocional de um bebé à mãe é importante para o desenvolvimento de competências sociais posteriores (Greenberg et al., 1993; Speltz et al., 1999; van IJzendoorn, 1997 cit in Semrud-Clikeman, 2007).

Zigler e Trickett (1978 cit in Cecconello e Koller, 2000) destacam dois aspetos relativamente à competência social. O primeiro prende-se com o sucesso do indivíduo ao perceber as expectativas do ambiente, isto é, que tipo de comportamento se torna necessário em determinada situação. Quanto ao segundo aspeto, o indivíduo deve demonstrar características importantes para o seu desenvolvimento, como por exemplo a autoestima e a autoeficácia.

Para Kliewer (1991), o termo competência social aparece como um entendimento de quais comportamentos são apropriados em determinadas circunstâncias e um esforço no sentido de adequar o comportamento à situação. O autor considera que as crianças, socialmente competentes, tendem a ser hábeis em entender as normas sociais na interação com os adultos e com os pares, e a regular as suas emoções, especialmente as negativas.

Del Prette e Del Prette (1999) definem a competência social como a capacidade da pessoa para apresentar um comportamento que possa atingir os objetivos de uma situação interpessoal, mantendo uma relação com o interlocutor através de equilíbrio de poder e de trocas positivas. Além disso, também destacam a importância de desenvolver características positivas para o crescimento pessoal, como a autoestima e o respeito pelos direitos humanos socialmente estabelecidos.

Em idade pré-escolar, as crianças necessitam de aprender a relacionar-se com os outros e isso requer capacidade de resolução de conflitos, assertividade partilha e regulação emocional (Semrud-Clikeman, 2007). A literatura tem demonstrado que a aquisição do comportamento social pela criança é, em grande parte, aprendida com os companheiros.

É sugerido ainda, por Denham et al. (2004 cit in Semrud-Clikeman, 2007), que, em idade pré-escolar, o primeiro passo para o desenvolvimento das competências sociais é o reconhecimento da emoção experienciada e o reconhecimento de como os outros lhe respondem face à mesma. A regulação das emoções assume um caráter importante nas relações sociais dado que a criança não necessita apenas de reconhecer qual a melhor ação a realizar, mas precisa também de conseguir modular as suas emoções de forma a conseguir executá-la (Semrud-Clikeman, 2007).

1.2.5. A família e o grupo de pares

Gomes et al., 2013, referem que maioria das crianças vive em contextos familiares que, de uma forma ou outra, modelam o seu desenvolvimento biopsicossocial. Muitas são as crianças que vivenciam situações que ameaçam a sua saúde psicológica, tais como o *stress* e ambientes familiares disfuncionais. Algumas conseguem adaptar-se e superar essas situações, mas a realidade escolar e a crescente demanda de avaliações psicológicas confirmam que são cada vez menos aquelas que o conseguem fazer com sucesso (Gomes et al., 2013).

Bolsoni-Silva, Paiva e Barbosa (2009) afirmam que os pais desempenham um papel muito importante na promoção de comportamentos socialmente aceites, devendo dar, eles mesmos, o exemplo e rejeitar os comportamentos antissociais dos filhos, devem comportar-se maximizando as interações sociais positivas, comunicando com os filhos, sendo afetivos e consistentes, resistindo a pressões e elogiando os seus bons comportamentos em situação de interação social. Perante comportamentos desadequados, os pais devem usar estratégias para estabelecer limites sem serem agressivos, expressar sentimentos negativos e positivos, e exigir a correção de determinado comportamento. Este comportamento dos pais poderá ajudar na prevenção de futuros problemas de interação social dos filhos (Bolsoni-Silva et al., 2009).

Major, 2011, considera que os pais, principalmente a mãe, são os melhores informadores acerca do funcionamento socioemocional dos seus filhos, nomeadamente no que diz respeito à história de vida, às suas dificuldades e à influência de fatores externos no seu comportamento. A participação da família no processo avaliativo é fundamental na elaboração de um programa de intervenção. Se houver discrepâncias nos relatos dos pais e de outros cuidadores, esse facto poderá dar pistas ao examinador relativamente ao tipo de ambiente familiar em que a criança está inserida (Major, 2011).

A qualidade das relações interpessoais entre pares também influencia o desenvolvimento social da criança em idade pré-escolar, as interações positivas desenvolvem competências sociais mais ajustadas, como a sensibilidade e

empatia, enquanto que as interações negativas podem resultar em rejeições e maus resultados no ajustamento social, emocional, escolar e noutros campos da vida adulta (Gomes et al., 2013).

As crianças do ensino pré-escolar mostram que baseiam as suas escolhas de amizades nos comportamentos que observam nos seus pares, ou seja, se os colegas apresentarem comportamentos positivos, eles estabelecem interações positivas, mas, se apresentarem comportamentos negativos, as crianças rejeitam-nos e não os escolhem como parceiros de brincadeira (Asher e Coie (1990), cit in Gomes et al., 2013). Em consequência, as crianças não aceites podem desencadear comportamentos de raiva e agressão, como resposta a um tratamento injusto, ou podem optar pelo isolamento social, como resultado de ansiedade e insegurança social. As crianças pouco aceites são mais solitárias, mais vulneráveis e em risco de desenvolver problemas de vida futuros, em termos da sua saúde mental (Gomes et al., 2013).

1.3. Intervenções sobre os Problemas de Comportamento Social em Crianças

Nas últimas décadas tem-se verificado uma mudança de mentalidades no que diz respeito à necessidade de avaliação socioemocional de criança em idade pré-escolar, efetivamente, do esquecimento ou pouca importância dada a esta vertente, passou-se para a consciência da importância desta avaliação para que o desenvolvimento emocional e social da criança se possa processar de forma harmoniosa (Major, 2011).

A autora refere ainda dois problemas relacionados com esta temática: a maioria da investigação, trabalho clínico e ferramentas de avaliação existente no século passado centrava-se na avaliação de problemas de comportamento e sintomas; a avaliação de défices ou limitações, apesar de ser fundamental para a inserção em programas de educação especial ou encaminhamento para serviços de saúde mental, acaba, não só, por limitar a informação recolhida, mas também por enfatizar o lado negativo da criança (Major, 2011).

Segundo a autora, as investigações levadas a cabo nos últimos 30 anos têm salientado que problemas socioemocionais em idades precoces, nomeadamente ao nível das aptidões sociais, se encontram associados a uma série de dificuldades futuras:

- problemas exteriorizados e interiorizados;
 - perturbações do comportamento;
 - delinquência juvenil;
 - perturbação de hiperatividade e défice de atenção;
 - problemas desenvolvimentais;
 - isolamento social e evitamento;
 - comportamento agressivo e antissocial;
 - problemas de saúde mental e uma maior probabilidade de diagnóstico de perturbação psiquiátrica no decorrer da vida;
 - dificuldades de aprendizagem;
 - abandono/insucesso escolar;
 - um menor ajustamento conjugal, ocupacional e comportamentos suicidas
- (Major, 2011).

Campbell (2002) apresenta outras razões para justificar a omissão das crianças em idade pré-escolar dos estudos sobre psicopatologia: por um lado, a dificuldade de decisão do que é ou não “normal” neste estágio de desenvolvimento; por outro, as rápidas mudanças desenvolvimentais dos 2 aos 5 anos e as diferenças individuais, que tornam razoável aceitar que alguns problemas manifestados precocemente se irão dissipar.

No plano da intervenção atual, os procedimentos mais frequentes na avaliação da competência social a trabalhar devem incluir as avaliações das crianças e seus pares, a avaliação feita pelos professores, os registos de observação de ocorrência de comportamentos específicos e a avaliação feita pelos pais, segundo o sistema de avaliação desenvolvido por Gresham e Elliott em

1990. Este sistema comporta diversas escalas de registo de comportamentos para aferir as competências sociais e o planeamento da intervenção (Major, 2011).

O Social Skills Rating System (SSRS) integra três escalas: uma escala de habilidades sociais, uma de problemas de comportamento e uma de competência académica. Os itens centram-se em comportamentos positivos e em competências pró-sociais, não deixando de incluir uma breve avaliação de comportamentos potencialmente problemáticos e a competência académica. Além disso, o sistema completo permite uma avaliação coordenada de informantes múltiplos, que pode incluir professores, pais e os próprios alunos, captando assim indicadores de competência social em diferentes contextos e segundo diferentes perspetivas. Ao nível da avaliação dos problemas de comportamento, os mais referenciados na literatura especializada são os inventários de Achenbach e a Behavior Assessment System for Children (BASC; Reynolds & Kamphaus, 1992, cit in Major, 2011), também muito utilizada quer na prática clínica, quer ao nível da investigação.

1.3.1. Intervenções baseadas na família e na escola

Ao abordar campos de conhecimento como a intervenção precoce em diferentes contextos (e.g. familiar ou jardim de infância), é inevitável não invocar os contributos dos modelos Bioecológico de Bronffebrenner e Morris (1998 cit in Pimentel, Correia & Marcelino, 2011) e Transacional (Sameroff & Fiese, 2000 cit in Pimentel, Correia & Marcelino, 2011), pois são estes que fundamentam as atuais práticas de intervenção precoce na infância (Pimentel, Correia & Marcelino, 2011). Seguindo estes modelos, as variáveis contextuais e as interações entre os adultos e crianças assumem lugar de destaque, sendo que todo o tipo de intervenção deverá ter em conta essas variáveis e interações (Pimentel, Correia & Marcelino, 2011).

Cia e Barham (2009) acentuam a importância dos pais no desenvolvimento social dos filhos. A frequência da comunicação entre pais-filhos, bem como a sua participação nos cuidados, nas atividades escolares, culturais e de lazer dos

filhos, favorece o desenvolvimento das habilidades sociais e, deste modo, minimiza os índices de hiperatividade e de problemas de comportamento exteriorizados das crianças. Neste sentido, práticas educativas parentais positivas como a disciplina consistente e a supervisão, estimulam e favorecem a aquisição de comportamentos socialmente adequados (Gomide, 2004 cit in Silveira, 2011), enquanto que práticas educativas parentais negativas como o “abuso físico e psicológico, negligência, ausência de atenção e afeto” estão ligadas ao desenvolvimento de problemas de comportamento (Bolsoni-Silva & Marturani, 2002 cit in Silveira, 2011).

De acordo com Silveira (2011), o principal argumento que justifica intervenções na família, nomeadamente com os pais, é que os problemas de comportamento da criança por vezes resultam das contingências de reforço concebidas pelos pais. Neste sentido, a autora refere que de entre as alternativas de carácter teórico com sustentação empírica para combate à agressividade e outras tipologias de problemas comportamentais em idade pré-escolar, os programas de intervenção com os pais assumem lugar de destaque.

Segundo Rydley e O’Kelley (2008 cit in Pimentel, Correia & Marcelino, 2011), para o sucesso da intervenção precoce em contexto familiar/domiciliário é de importância extrema que se promova: “o envolvimento e participação da criança nas rotinas; o envolvimento da família e a sua aprendizagem de estratégias específicas de intervenção; a competência da família na mobilização dos recursos necessários para a promoção do desenvolvimento da criança e sua participação plena na vida da comunidade” (Pimentel, Correia & Marcelino, 2011).

Ainda no âmbito das intervenções familiares, destacam-se intervenções como a capacitação de pais em idade pré-escolar. A Capacitação Parental aparece como uma abordagem para problemas comportamentais da criança utilizando “procedimentos em que os pais recebem capacitação para alterar o comportamento de seu filho em casa”, e são vários os estudos que têm demonstrado a sua eficácia baseados neste fundamento (McMahon, 2006). Um estudo realizado recentemente em crianças do pré-escolar com problemas de

ansiedade, demonstrou que a implementação de um programa de intervenção com os pais (Tuning in to Kids) teve impacto direto nos níveis de ansiedade das crianças (Edrissi, Havighur, Aghebati, Habibi & Arani, 2019).

No panorama pré-escolar, as crianças passaram a frequentar creches e jardins de infância desde idades cada vez mais novas (Lamb, Hwang, Broberg & Bookstein, 1990; Veríssimo, Duarte, Monteiro, Santos e Meneses, 2003), e a educação pré-escolar passou a ser cada vez mais necessária e especializada. Neste contexto, as crianças relacionam-se diariamente com outras figuras protetoras para além das figuras familiares. O jardim de infância, aparece assim como o primeiro agente social externo ao ambiente familiar, sendo necessário que este seja experienciado pela criança como um lugar seguro, protegido e saudável à sua aprendizagem (Zendron, Kravchyn, Fortkamp & Vieira, 2013).

Pimentel, Correia e Marcelino (2011) referem também que as creches e os jardins-de-infância são um contexto de atendimento em que estão frequentemente inseridas crianças com incapacidades até aos seis anos. Neste sentido, as autoras referem que para que a inclusão seja bem-sucedida, tem de se assegurar a colaboração entre todos os profissionais, de tal forma que a intervenção seja baseada não só nas forças e competências da criança e família, mas também na dos técnicos e na destes contextos.

1.3.2. Intervenções psicoterapêuticas

A par de todo o processo de integração no jardim de infância, existe, de facto, um reconhecimento crescente da necessidade de intervenção precoce em problemas comportamentais em crianças em idade pré-escolar, a fim de evitar resultados adversos a longo prazo. A promoção da saúde mental é fundamental para a primeira infância, pelo que, problemas de comportamento e relacionamento, causam prejuízos significativos e podem ser precursores de comportamentos antissociais a longo prazo, bem como outros problemas de saúde mental (Campbell, 2002; Levy, 2002; Merrel, 1993, 2002).

Situações de agressividade, oposição, comportamentos desafiadores e perturbadores, problemas interpessoais, de relacionamento e tentativas de resolução de problemas, têm vindo a crescer drasticamente no panorama pré-escolar e sem intervenção, sendo que, todos esses problemas, se podem tornar mais sérios no futuro (Campbell, 1995; Levy, 2002; Merrel, 1993, 2002).

Neste sentido, e perante um desenvolvimento acentuado, nos últimos anos, de intervenções para problemas de saúde, programas de intervenção precoce para crianças e estratégias para prevenir a saúde mental e outros problemas de desenvolvimento, a literatura é unânime quando refere que o período em torno da transição para a escola foi identificado como um período particularmente eficaz para intervir (Guralnick, 1997; Levy, 2002).

Seabra-Santos (2000, cit in Major, 2011), revela que a identificação precoce de problemas, e consequente implementação de estratégias interventivas o mais cedo possível, poderá, não só, atenuar os problemas identificados, como potenciar o desenvolvimento. A ideia predominante, quando se pensa na realização de uma avaliação a crianças em idade pré-escolar é a de “avaliar para intervir” (Seabra- Santos, 2000, cit in Major, 2011).

No campo psicoterapêutico, Rosa, Oliveira, Gastaud e Ramires (2018), destacam como abordagens base interventivas (individuais ou em grupo) as perspetivas sistémica, cognitivo-comportamental e psicodinâmica. Mais referem, a importância da criação de programas de intervenção para combater ou prevenir problemas comportamentais.

De acordo com Guralnick (1997), possíveis programas de intervenção nesta faixa etária devem zelar pela prevenção, ou mesmo minimização, de problemas resultantes de fatores biológicos ou ambientais nas crianças. Os programas de intervenção precoce devem ter como alicerces: o facto de estes serem elaborados de acordo com as necessidades das famílias; possuírem fundamento na comunidade local; e abrangerem contributos multidisciplinares.

Segundo Murta (2005), a prevenção divide-se e atua em três níveis. Primeiramente, a intervenção primária, direcionada a programas de intervenção, possui, como população alvo, indivíduos ou grupos expostos a fatores de risco,

mas que ainda não tenham desenvolvido o problema e tem como objetivo fortalecer os fatores de proteção com o intuito de diminuir os riscos de ocorrência de futuros problemas na pessoa e para as pessoas próximas. Seguidamente, aparece a intervenção secundária que possui como população alvo indivíduos ou grupos que já sofrem consequências de fatores de risco, apresentando, assim, algum problema. Por fim, a intervenção terciária que se destina a pessoas com problemas já instalados, tendo como objetivo a minimização das consequências (Murta, 2005).

De acordo com Melo (2003), existem duas normas importantes a seguir na implementação de programas de prevenção, sendo elas: a sua eficácia comprovada e a sua vantagem monetária, aquando comparado com programas de teor reativo. Assim, a importância da intervenção primária e secundária surge como um recurso possível de ser direcionado a crianças pré-escolares com problemas de comportamento.

1.3.3. Intervenções de mediação corporal

Todas as vivências multimodais expressivas que possibilitam uma vivência holística da Pessoa, são atualizadas e vivenciadas num EU Corporal (Santos, 2006)

Embora na atualidade se multipliquem as teorias sobre as relações mente-corpo, sobretudo dualismo, monismos idealistas e concepções neurocêntricas (Xavier, 2008), a questão do corpo tem sido frequentemente estudada sob uma perspectiva mecanicista e dualista, em que mente é, em geral, compreendida como oposta à corporeidade, inclusive na sua natureza, tal como se nota nas teorias representacionistas sobre o corpo, ou nas teorias sobre imagem corporal (Pruzinsky & Cash, 2002).

Freitas, Bevilacqua, De Castilhos, Michel & Pértile (2015) concluíram que a temática do corpo é uma temática se mostra frágil do ponto de vista epistemológico, “estando disperso entre paradigmas extremamente diversos e até

mesmo contraditórios, por vezes dentro de um mesmo escopo teórico” (Freitas et al., 2015, p. 81).

A nossa perspetiva é a de que o desenvolvimento humano é um produto de uma relação dialética entre o ser biológico e o ser social. Pelo que, “o desenvolvimento de seres humanos saudáveis, ativos e capazes de se auto-transformar, tem de partir de ações concretas que envolvem tanto o físico como o psíquico, o externo como o interno, o corpóreo como o espiritual” (Febles, 2003, p. 269).

Definimos o corpo como “um sistema vivo que se inter-relaciona com o meio externo, cresce no espaço e/ou tempo e que cumpre diferentes funções” (Febles, 2003, p. 272). Portanto, o corpo tem um papel ativo na exploração da interioridade. Deste modo, a mediação corporal, operando através do "Corpo", pode contribuir para o desenvolvimento do sensível (Albaret, Giromini & Scialom, 2015), o corpo compreende e interpreta os elementos do mundo que o rodeia, ideias, sentimentos, humores, emoções, atitudes, predisposições e outras realidades psicológicas, que podem ser promovidas através de terapias corporais. Febles define terapia corporal como

“(…) aquele conjunto de procedimentos em que se realiza a comunicação atividade conjunta orientador-sujeito tendo como mediador as linguagens do corpo como um todo, convertendo-se num potencial de mudanças que podem produzir-se pelo sujeito na receção, internalização, processamento, elaboração e expressão da experiência (Febles, 2003, pp.273-274).

Entre as terapias corporais mais reconhecidas, destacam-se as seguintes: dançoterapia, yoga, relaxamento, meditação, exercícios físicos, acupuntura, massagem, entre outras.

De acordo com Moreira e Campos (2017), quando se procura entender a evolução da “presença corporal” no contexto escolar, se esta acompanhou as mudanças e desenvolvimento naturais ou se ela apresenta modificações de comportamento, encontramos de facto, alguma contradição. Tal situação, deixa uma grande margem para a não experiência, especialmente numa sociedade com

poucos espaços e oportunidades de movimento e experiências significativas com o corpo (Moreira e Campos, 2017).

Apesar da ausência marcante do corpo nos conteúdos curriculares, a escola continua a “dispensar”, sistematicamente, a atividade motora - o corpo - para a aquisição de conhecimento. Sob tais circunstâncias, as lacunas na apropriação das possibilidades corporais de cada criança, ou jovem, são cada vez mais visíveis (Moreira e Campos, 2017).

1.3.3.1. Intervenções de mediação expressiva

O recurso a terapias com mediadores artístico-expressivos como a expressão plástica, música, dança e drama, são promotoras de várias áreas de desenvolvimento e competências sociais e pessoais devido à sua natureza não-verbal e ao recurso à linguagem corporal (Santos, 2006). A utilização destes mediadores é apropriada na intervenção em vários comportamentos apresentados pelas crianças porque contornam as dificuldades de expressão verbal e desenvolvem a comunicação empática não-verbal, num processo mais ativo, através de uma partilha de conhecimentos realizada numa vertente lúdica (Simões e Santos, 2011).

As terapias artístico-expressivas são uma forma multidirecional de relação terapêutica, recorrendo a veículos lúdico-artísticos, como forma de possibilitar, não só a expressão do mundo interno da pessoa, mas também a (re)descoberta do relacionamento interpessoal (Santos, 1999, cit in Simões et al., 2011).

As terapias artístico-expressivas propõem uma abordagem radical que junta a arte e a psicologia na facilitação da expressividade e da aprendizagem vivenciada da mudança (Santos, 2006). A Dançoterapia, especificamente, realiza esta tarefa incidindo nos processos expressivo e simbólico do corpo em movimento, recorrendo ao movimento como meio não só de experienciar, expressar e comunicar, mas à ação, que pode criar significados através da expressão física simbólica (Santos, 2006).

Com o aumento/melhoramento curricular dos programas escolares, as terapias expressivas assumem o papel promotor do desenvolvimento nas dimensões cognitivas e socio-emocionais das crianças, resultando numa melhoria do desempenho escolar (Santos, 2006). Segundo a autora, no que concerne o Multiculturalismo, também as terapias expressivas são um bom suporte de articulação de conteúdos transversais pois que asseguram uma atmosfera de igualdade social e respeito pela diferença, criando partilhas, diálogo, valorizando a autenticidade e construindo pontes entre as pessoas.

1.3.3.2. Intervenções de relaxação e/ou toque corporal

O toque e a massagem infantil apresentam uma importância relevante na ligação afetiva entre os pais e os seus bebés e também ao nível da meditação e relaxamento nas crianças (APP, 2019). Através da massagem conseguimos expressar amor, cuidado e respeito pelos seres únicos e especiais que são os bebés e crianças. Através da meditação e relaxamento, é possível construir-se uma maior consciência e controlo emocional, com um conjunto de técnicas que favorecem a consciência de si próprio, e do seu esquema corporal, e de descontração e relaxamento (APP, 2019).

É através do uso de técnicas de mediação corporal como a relaxação e o toque que a pessoa consegue uma melhor consciencialização do seu corpo, tornando-se mais hábil no controlo e domínio do mesmo, reduzindo/evitando comportamentos desadequados, ou desajustados, que lhe dificultem a relação interpessoal e o desenvolvimento das competências sociais (APP, 2019; Santos, 2006). Neste sentido, qualquer intervenção, com crianças com comportamentos exteriorizados ou interiorizados, através de terapias da área da Psicomotricidade, terá, certamente, efeitos benéficos. Dentro da motricidade encontramos várias técnicas, entre elas, a Relaxação.

A relaxação terapêutica permite o desenvolvimento do autoconhecimento corporal, a capacidade expressiva, a espontaneidade, a autoestima, o autocontrolo, a concentração, a capacidade de redução do stresse, entre outros, como se pode verificar no Método de Concentração e Relaxação de Jacques

Choque. Este método, através da dinâmica lúdica, alterna momentos de atividade com outros de imobilidade e tem como objetivo trabalhar o esquema e a imagem corporal da criança de modo a permitir-lhe interagir com os outros e com o seu EU (Choque, 1994).

De acordo com Fonseca (2010), a relaxação utiliza métodos e técnicas adaptados às características de cada pessoa, considerando os objetivos a atingir, e tem como finalidade a perceção corporal e o estabelecimento da relação entre corpo e mente. Por si só, a relaxação não é considerada uma intervenção ou um programa terapêutico completo, antes é vista como um complemento pois permite a preparação do corpo para a atividade terapêutica seguinte e o bem-estar do paciente (Fonseca, 2010).

As metodologias e técnicas de relaxação não são rígidas e devem ser adaptadas ao contexto individual de cada criança, já que esta técnica se apresenta como um mecanismo de regulação emocional (Santos, 2006).

As vivências corporais proporcionadas em Psicomotricidade e relaxação, podem ser mediadas a partir do simples toque, corpo a corpo, por objetos (bolas, lenços, cordas e bastões) que servem frequentemente uma função transitiva, ou pela automassagem, menos invasiva, mais calma e reguladora das tensões ansiosas e expectantes das primeiras fases de intervenção (Maximiano, s/data).

Para o desenvolvimento adequado da criança, é necessária que ela estabeleça relações interpessoais ajustadas e motivadoras (Silva, 2004). Um bom método de atingir este objetivo é proporcionar momentos de relaxação dirigida já que as crianças têm uma excelente capacidade de imaginação.

1.4. Programa de intervenção “Toque de Chi”

O programa “Toque de Chi” está integrado no Plano Saúde e é um Programa de Competências Pessoais e Sociais e Prevenção da Agressividade. Este programa vai ao encontro do Programa Internacional de Combate à Agressividade.

O programa “Toque de Chi” decorre, desde 2009, em Agrupamentos de Escolas do Ensino Básico do Município de Benavente, e emerge depois da identificação e combate de “problemas de comportamento” em escolas do Município. Foi criado pelo professor Tiago Fernandes e pela psicóloga Ana Quintino.

Neste sentido, o desenvolvimento do Programa Toque de Chi teve como base inicial o Programa de Massagem nas Escolas - MISA (Massage in School Association), e organiza-se com vista aos seguintes objetivos: promoção da qualidade de vida das crianças na escola; promoção da experimentação do toque positivo entre pares; desenvolvimento de uma ferramenta contra a agressividade em meio escolar; promoção de um ambiente de respeito e cuidado com o outro; estimular e sustentar abordagens criativas e emocionais promotoras de aprendizagem (Salute, 2016).

É um programa que pretende, assim, promover “o desenvolvimento de valores humanos básicos relacionados com o respeito mútuo, a consciência de si e do outro” e ser “um modelo relacional entre pares alternativo, baseando-se no toque nutritivo, ensinando a diferença entre o tocar no outro de forma positiva e/ou tocar no outro de forma agressiva e desadequada” (Salute, 2018).

O programa “Toque de Chi” é constituído por um total de 25 sessões, de carácter semanal, com uma duração aproximadamente de 30 minutos. As respetivas sessões têm lugar nas próprias salas de aulas e contam com a participação das educadoras, auxiliares e crianças. É estimulada a massagem entre pares, entre as crianças e adultos (Salute, 2018)

A par de toda a logística necessária, são cumpridos protocolos estabelecidos pelo próprio programa, assim como os movimentos a desenvolver que, porventura, são baseados no tipo de toque que a criança desenvolve com os colegas. Neste programa, são desenvolvidos cinco tipos de atividades, sendo elas: a respiração; o relaxamento; a meditação; o yoga; Chi Kung; e a massagem (Salute, 2018).

De acordo com o manual do programa de intervenção “Toque de Chi”, o foco na atividade da respiração prende-se com o facto de quando se respira de

forma adequada, aumenta a quantidade de oxigénio no corpo. Neste sentido, e através de respirações profundas e bem trabalhadas, que se promove uma maior vitalidade física, um maior equilíbrio emocional e se consegue baixar os níveis de stress, irritação e insegurança (Salute, 2016).

No que diz respeito à atividade da meditação, esta traduz-se na possibilidade de relaxamento com o auxílio das técnicas de respiração. Como benefícios, esta atividade reforça o sistema imunitário, leva a uma maior equilíbrio emocional e serenidade, e reduz a ansiedade (Salute, 2016).

Na atividade do Yoga, de acordo com os seus fundamentos e sendo uma prática de autoconhecimento, os seus benefícios estão diretamente ligados a uma maior consciência do eu, a uma melhor noção corporal e maior vitalidade (Salute, 2016).

Relativamente à atividade do Chi kung, esta é a arte interna de trabalhar a energia através da concentração, movimento e respiração (Salute, 2016).

Por último, a massagem tem como principal objetivo a ativação dos sensores corporais, originando uma maior noção corporal e promovendo um toque nutritivo ao indivíduo (Salute, 2016)

Em suma, este programa assenta na utilização de técnicas de massagem entre pares, incentivando o toque no outro, com respeito, transmitindo emoções positivas, com o principal objetivo de ajudar a desenvolver uma educação para os afetos e, conseqüentemente, promover estilos de relações saudáveis (Salute, 2018).

2. Método

Neste capítulo, é descrita a metodologia de trabalho que permitiu a elaboração da presente investigação. Serão apresentados os objetivos de estudo, os participantes, os procedimentos de recolha e a análise dos dados.

2.1. Objetivos de estudo

Tendo em conta as questões comportamentais e relacionais emergentes em idade pré-escolar e, por outro lado, as particularidades do programa “Toque de Chi”, esta investigação tem como principal objetivo avaliar o impacto do programa de toque e massagem corporal, designado por Toque de Chi, ao nível dos Problemas de Comportamentos socioemocionais em crianças de idade pré-escolar.

Como objetivos específicos, esta investigação pretende:

- 1 - Verificar se existem diferenças significativas ao nível de problemas de comportamento apresentados por estas crianças antes e após a implementação do programa;
- 2 - Verificar se existem diferenças significativas especificamente ao nível dos comportamentos exteriorizados destas crianças antes e após a implementação do programa;
 - 2.1. - Verificar se existem diferenças significativas ao nível dos comportamentos agressivos/antissociais destas crianças antes e após a implementação do programa;
 - 2.2. - Verificar se existem diferenças significativas ao nível dos comportamentos de atenção/atividade excessiva destas crianças antes e após a implementação do programa;
- 3 - Verificar se existem diferenças significativas especificamente ao nível dos comportamentos interiorizados destas crianças antes e após a

implementação do programa;

- 3.1. - Verificar se existem diferenças significativas ao nível dos comportamentos de evitamento social destas crianças antes e após a implementação do programa;
 - 3.2. - Verificar se existem diferenças significativas ao nível dos comportamentos de ansiedade e somatização destas crianças antes e após a implementação do programa;
- 4 - Verificar se existem diferenças significativas entre idades ao nível dos problemas de comportamento relativamente às eventuais diferenças entre os momentos antes e após o programa;
- 5 - Verificar se existem diferenças significativas entre sexos ao nível dos problemas de comportamento relativamente às eventuais diferenças entre os momentos antes e após o programa.

2.2. Participantes

A fim de poderem integrar a amostra do presente estudo, cada um dos participantes tinha de cumprir os seguintes critérios de inclusão:

- Estar inscrito num dos jardins de infância do concelho de Benavente há pelo menos três meses;
- Ter idade compreendida entre os três e os seis anos de idade.

Os participantes deste estudo frequentavam instituições de educação pré-escolar da rede pública do concelho de Benavente, divididas por dois agrupamentos, Benavente (47,8%) e Samora Correia (52,2%).

2.3. Instrumento de avaliação

A recolha de dados para esta investigação foi realizada através do instrumento PKBS_{pt}, nomeadamente a subescala de Problemas de Comportamentos. Estas Escalas Comportamentais para Crianças em Idade Pré-Escolar (PKBS_{pt}), resultam da tradução e adaptação do *Preschool and Kindergarten Behavior Scale – PKBS- 2*, 2a Edição, para a língua portuguesa realizada por Gomes, Pereira e Merrell (2009). O PKBS_{pt} permite avaliar os problemas de comportamento e as aptidões sociais e emocionais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos (Gomes & Pereira, 2014).

As PKBS_{pt} são constituídas por 67 itens, avaliados por uma escala de *likert*, com quatro níveis de resposta que variam entre 0 (nunca) e 3 (muitas vezes). O número total de itens encontra-se dividido em duas subescalas: a Escala de Aptidões Sociais (EAS), com 29 itens, e a Escala Problemas de Comportamento (EPC), com 38 itens.

A subescala utilizada para esta investigação foi a EPC que se divide na subescala dos Comportamentos Exteriorizados (EPC'E), na qual se inserem as dimensões de Autocentrado/Explosivo (B1), Problemas de Atenção/Atividade Excessiva (B2) e Antissocial/Agressivo (B3), e na subescala dos Comportamentos Interiorizados (EPC'I), composta pelas dimensões Evitamento Social (B4) e Ansiedade/ Problemas Somáticos (B5), (Gomes & Pereira, 2014).

Relativamente à fidelidade da EPC, os valores globais de *Alfa de Cronbach* são de .96, indicadores de uma alta consistência interna. Ao nível de cada fator da EPC'E, o valor de *Alfa de Cronbach* é de .87 para o fator B1; .92 para o B2 e .93 para o B3. Para a EPC'I, o valor de *Alfa de Cronbach* é de .85 para o fator B4 e .83 para o B5 (Gomes & Pereira, 2014).

2.4. Procedimentos

Primeiramente estabelecer-se-ão os contactos com a coordenação, equipas de intervenção e docentes, a fim de, depois de recolhidas as respetivas autorizações se agendarem as aplicações das escalas.

O instrumento *PKBS_{pt}* é uma escala de resposta individual, em que o respondente é o docente que a completará para cada uma das crianças da sua sala, num momento antes do início da implementação do programa e após a implementação do mesmo.

Este é um estudo de carácter Quantitativo e como tal o tratamento de dados vais ser realizado através do software SPSS 24.

Este é um estudo de natureza longitudinal, constituído por uma amostra objetiva (não probabilística). Foi utilizada uma abordagem quantitativa para analisar a diferença comportamental das crianças do ensino pré-escolar nos dois momentos de avaliação. No período que decorreu entre os dois momentos de avaliação, as crianças participaram no programa de intervenção “Toque de Chi”.

2.4.1. Procedimento de recolha de dados

Após estabelecimento de contactos entre os organismos intervenientes neste projeto, Câmara Municipal de Benavente (através da vereação, da coordenação do Projeto Salute, no qual o programa “Toque de Chi” está integrado e respetivas equipas de intervenção) e Universidade de Évora (através do CIEP), foi acordada a distribuição das escalas *PKBS_{pt}* para levantamento dos dados nos dois agrupamentos escolares em questão, Benavente e Samora Correia. Neste sentido, procedeu-se ao contacto com as educadoras e à apresentação das escalas *PKBS_{pt}*.

Antes do preenchimento das *PKBS_{pt}*, as educadoras e todos os envolvidos deram o seu consentimento informado, sendo assegurada a confidencialidade e

anonimato dos dados que foram usados apenas com a finalidade de desenvolver a investigação e aferir resultados. Para tal, foram também usados códigos de aluno, apenas de acesso permitido às educadoras, para que os questionários, ao invés do nome do aluno no cabeçalho, fossem reconhecidos por esses códigos do primeiro para o segundo momento de avaliação.

Depois de explicados todos os procedimentos relativos à aplicação das escalas, estas foram preenchidas pelas educadoras de acordo com o seu grupo/sala, sendo as crianças avaliadas em cada um dos itens da escala. A primeira avaliação refletia as suas observações face ao comportamento das crianças nos últimos 3 meses.

O levantamento de dados decorreu em dois períodos temporais distintos, primeiramente, no mês de novembro de 2017, e um segundo levantamento foi realizado no mês de junho de 2018. Entre os dois momentos de avaliação, foi implementado o programa de intervenção “Toque de Chi”, sendo as sessões de caráter semanal, com duração de aproximadamente 30 minutos, nas respetivas salas de aula de cada turma.

Por fim, os questionários foram entregues ao CIEP-UE e inseridos numa base de dados para análise e tratamento dos mesmos.

2.4.2. Procedimento de análise de dados

Após finalizados os dois momentos de recolha de dados, os questionários foram submetidos a uma transposição para uma base de dados criada através do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25 para *Windows*. De seguida, procedeu-se à uniformização de dados, com a substituição de *missings* e remoção de casos não emparelhados. Foi utilizado o mesmo *software* para o tratamento estatístico.

Através do tratamento estatístico realizado inicialmente, foi possível caracterizar os participantes de acordo com a estatística descritiva (médias, desvio padrão, valores mínimos e máximos e intervalos de confiança de 95%).

Para avaliar o impacto do programa de intervenção “Toque de Chi” nos comportamentos dos 371 participantes, recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras emparelhadas, sendo consideradas estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* do teste foi inferior ou igual a 0.05 (intervalo de confiança de 95%).

Foram ainda realizados os testes ANOVA, para se proceder à comparação de médias entre grupos, e o teste *post-hoc* de Scheffé, que permitiu confirmar a existência de diferentes médias entre esses mesmos grupos.

3. Apresentação e Análise de Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados e sua consequente análise das informações obtidas através da recolha de dados das escalas PKBS_{pt} nos momentos inicial e final, nomeadamente nos meses de novembro (2017) e junho (2018).

A análise dos resultados demonstrará num primeiro contacto, os valores totais da subescala de Problemas de Comportamento (EPC), da subescala de Problemas de Comportamentos Exteriorizados (EPC'E) e da subescala de Problemas de Comportamentos Interiorizados (EPC'I), e consequentemente das suas respetivas dimensões nos dois momentos de avaliação. Todas as dimensões das subescalas também serão analisadas de acordo com os seus itens constituintes para uma melhor perceção dos comportamentos em causa.

3.1. Caracterização da amostra

No que concerne à amostra do presente estudo, depois de retirados todos questionários com *missings* em variáveis importantes (75 questionários no total), esta passou de 446 para uma amostra final de 371 crianças, onde 181 eram do sexo feminino (48,8%) e 190 do sexo masculino (51,2%). As idades dos participantes situavam-se entre os 3 e os 6 anos, apresentando uma média de idades de 4.26 (M=4,26; DP=0,96). Relativamente à análise das idades, esta

demonstra que 58 alunos possuem 3 anos (15,6%), 87 alunos possuem 4 anos (23,5%), 120 possuem 5 (32,3%) e 106 alunos possuem 6 anos (28,6%) (tabela 1).

Tabela 1 - Características gerais da amostra.

Variável		Frequência	%	Total
Sexo	Feminino	181	48.8	371
	Masculino	190	51.2	
Idade	3	58	15.6	371
	4	87	23.5	
	5	120	32.3	
	6	106	28.6	

A tabela 2 demonstra a divisão da amostra por agrupamento escolar do concelho de Benavente.

Tabela 2 - Divisão da amostra por agrupamento escolar.

Agrupamentos	Nº de turmas	%	Total
Benavente	11	47.8	23
Samora Correia	12	52.2	

Na análise detalhada da amostra por agrupamento, a divisão de turmas constou da seguinte forma:

- Agrupamento de Escolas de Benavente - os participantes integravam 2 turmas de JI do Centro Escolar de Benavente; 1 turma de JI da EB1 dos Foros da Charneca; 2 turmas de JI da EB1 de Santo Estevão; 2 turmas de JI da EB1 n.º 2 de Benavente; 2 turmas do JI n.º 3 de Benavente; e 2 turmas do JI n.º 2 de Benavente;

- Agrupamento de Samora Correia - os participantes integravam 4 turmas do JI António José Ganhão; 2 turmas no JI da Lezíria; 2 turmas de JI no Centro Escolar de Samora Correia; 1 turma no JI n.º 1 do Porto Alto; e 3 turmas de JI do Centro Escolar do Porto Alto.

3.2. Diferenças na escala de problemas de comportamento (exteriorizados e interiorizados) nos dois momentos de avaliação

Para melhor leitura dos dados da escala EPC, relembramos que os valores mais altos refletem comportamentos mais problemáticos.

Na figura 1, são apresentados os valores médios globais da escala EPC (máximo de 111 pontos) obtidos nos dois momentos de avaliação (inicial e final).

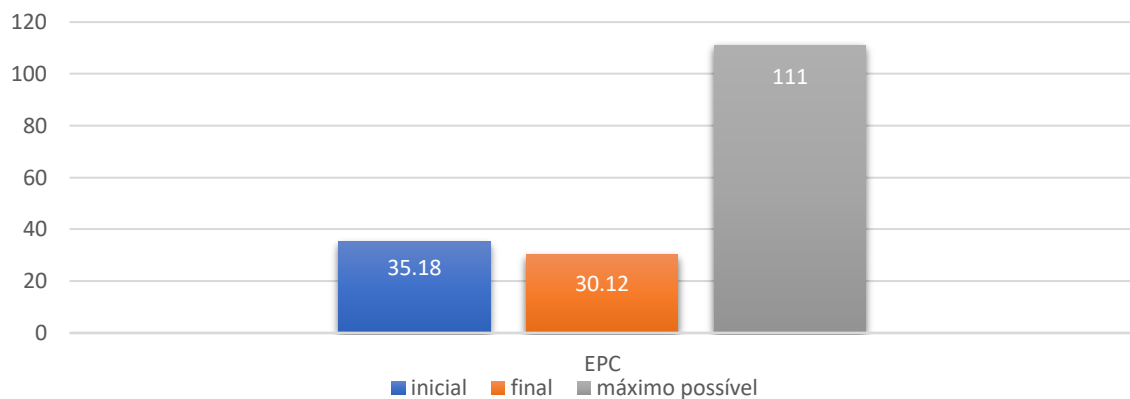


Figura 1 - Valores médios da escala EPC.

Observa-se através da figura 1, que no total da escala, houve uma diminuição no valor médio das pontuações obtidas pelos estudantes entre o momento inicial e o momento final. O decréscimo ocorrido nos valores médios parece indicar uma melhoria nos comportamentos.

Na tabela 3, são apresentados os valores globais da escala EPC e das suas subescalas nos dois momentos de avaliação.

Tabela 3 – Estatísticas descritivas para a Escala de Comportamento e as suas subescalas (n=371).

	Momento	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Subescala de Problemas de Comportamentos Exteriorizados	Inicial	22,21	15,388	0	67
	Final	20,03	14,617	0	68
Subescala de Problemas de Comportamentos Interiorizados	Inicial	12,97	8,454	0	43
	Final	10,09	6,539	0	30
Total da Escala Problemas de Comportamento	Inicial	35,18	23,347	1	109
	Final	30,12	19,539	0	93

Ao analisarmos os resultados da tabela 3, observamos que também os valores médios globais das subescalas EPC'E e EPC'I apresentam melhorias entre os dois momentos de avaliação (inicial e final).

Na tabela 4 são apresentadas as estatísticas do teste *t-Student* para amostras emparelhadas (momento final-momento inicial) na escala de Problemas de Comportamento (EPC), assim como nas subescalas de Problemas de Comportamentos Exteriorizado (EPC'E) e Problemas de Comportamento Interiorizado (EPC'I), durante os dois momentos de avaliação.

Tabela 4 – Resultados das diferenças entre os momentos inicial e final nos Problemas de Comportamento: Total, Exteriorizados e Interiorizados.

Variáveis	Momento inicial	Momento final	DM (IC de 95%)	EPM	t (gl)	p (p-value)
	M (DP)	M (DP)				
Subescala EPC	35.18 (23.35)	30.12 (19.54)	-5,059 (-6,740 a - 3,378)	,855	-5,918 (371)	,000
Subescala EPC'E	22.21 (15.39)	20.03 (14.62)	-2,181 (-3,231 a - 1,130)	,534	-4,081 (371)	,000
Subescala EPC'I	12.97 (8.45)	10.09 (6.54)	-2,879 (-3,660 a - 2,098)	,397	-7,247 (371)	,000

Nota: M= Média; DP= Desvio Padrão; IC= Intervalo de Confiança; DM= Diferença de Médias; EPM= Erro Padrão da Média; gl= Graus de Liberdade.

Observa-se uma melhoria estatisticamente significativa ($t = -5,918$; $p\text{-value} = 0,000$) nos problemas de comportamento entre o primeiro momento de aplicação ($M = 35,18$) e o segundo momento ($M = 30,12$), para um intervalo de confiança de 95%, que resultaram numa melhoria média de 5,06 pontos na subescala EPC. Também as subescalas EPC'E ($t = -4,081$; $p\text{-value} = 0,000$) e EPC'I ($t = -7,247$; $p\text{-value} = 0,000$) apresentam melhorias estatisticamente significativas entre os dois momentos, com a subescala EPC'E a apresentar uma melhoria média de 2,18 pontos e a subescala EPC'I de 2,88 pontos.

3.3. Diferenças nas dimensões das subescalas de comportamentos exteriorizados e interiorizados nos dois momentos de avaliação

Na figura 2, são demonstrados os valores médios obtidos para cada uma das dimensões nos dois momentos de avaliação assim como os valores máximos possíveis (barra cinzenta): Autocentrado/Explosivo (ACE, máximo 18 pontos), Problemas de Atenção/Atividade Excessiva (AAE, máximo 30 pontos), Antissocial/Agressivo (ASA, máximo 24 pontos), Evitamento Social (EVS, máximo 6 pontos) e Ansiedade e Problemas Somáticos (APS, máximo de 21 pontos).

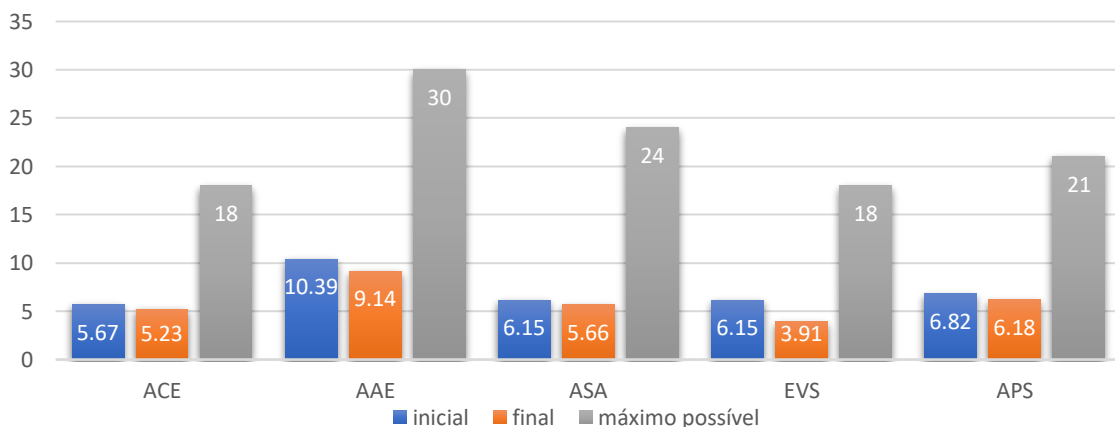


Figura 2 - Valores médios das dimensões da EPC.

Através da figura 2, é possível verificar que existiu uma diminuição das pontuações médias obtidas pelas crianças em todas as dimensões entre os dois momentos de avaliação (inicial e final).

Na tabela 5, são apresentados os resultados obtidos pelas crianças nas subescalas de Comportamentos Exteriorizados e Interiorizados (EPC'E e EPC'I) e nas suas respetivas dimensões, nos dois momentos de avaliação.

Tabela 5 - Resultados das diferenças entre os momentos inicial e final das dimensões das subescalas Problemas de Comportamento Exteriorizado e Problemas de Comportamento Interiorizado.

Variáveis	Momento inicial	Momento final	DM (IC de 95%)	EPM	t (gl)	p (p-value)
	M (DP)	M (DP)				
Dimensões da EPC'E						
ACE	5.67 (3.97)	5.23 (3.91)	-,442 (-,753 a -,131)	,158	-2,794 (371)	,005
AAE	10.39 (6.39)	9.14 (5.94)	-1,245 (-1,711 a -,780)	,237	-5,260 (371)	,000
ASA	6.15 (6.20)	5.66 (5.81)	-,493 (-,920 a -,066)	,217	-2,271 (371)	,024
Dimensões da EPC'I						
EVS	6.15 (6.20)	3.91 (3.25)	-2,237 (-2,815 a -1,660)	,294	-7,620 (371)	,000
APS	6.82 (3.69)	6.18 (3.82)	-,642 (-1,033 a -,250)	,199	-3,220 (371)	,001

Nota: M= Média; DP= Desvio Padrão; IC= Intervalo de Confiança; DM= Diferença de Médias; EPM= Erro Padrão da Média; gl= Graus de Liberdade.

Através da análise da tabela 5, observamos que em todas as dimensões, as diferenças observadas são estatisticamente significativas. A dimensão Evitamento Social é a que apresenta melhores resultados entre os dois momentos de avaliação, revelando uma melhoria média pontual de 2,24 pontos.

3.4. Análise por dimensão dos itens

3.4.1. Dimensão autocentrado/explosivo

Na tabela 6, estão representados os resultados dos itens da dimensão “Autocentrado/explosivo” nos dois momentos de avaliação, inicial e final.

Tabela 6 - Estatísticas descritivas dos itens da dimensão “Autocentrado/Explosivo”.

Nome do item	Momento	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	M	DP
Item 6. Tem um temperamento explosivo ou birrento.	Inicial	172	110	68	21	,83	,921
	Final	180	112	54	25	,80	,928
Item 7. Quer toda a atenção para si.	Inicial	85	129	118	39	1,30	,938
	Final	77	160	105	29	1,23	,867
Item 9. Não partilha.	Inicial	112	124	109	26	1,13	,928
	Final	128	131	96	16	1,00	,882
Item 29. Revela um comportamento imprevisível.	Inicial	169	131	60	11	,77	,826
	Final	198	118	50	5	,63	,765
Item 30. Tem ciúmes das outras crianças.	Inicial	136	167	54	14	,85	,802
	Final	140	163	60	8	,83	,773
Item 33. É caprichoso ou temperamental.	Inicial	179	107	69	16	,79	,894
	Final	184	109	65	13	,75	,866

Notas: M= Média; DP= Desvio Padrão

Ao analisarmos descritivamente a evolução dos itens da dimensão “Autocentrado/Explosivo”, verificamos que o valor médio entre os dois momentos de avaliação, baixa em todos os itens. O item representativo da maior diferença média entre os dois momentos, é o item 29 – “Revela um comportamento imprevisível”, e o item com menor diferença média entre os dois momentos é o item 30 – “Tem ciúmes das outras crianças”.

No que concerne à análise do número de respostas de cada item, a opção de escolha “Muitas vezes”, do momento inicial para o momento final, revela uma diminuição do valor em todos os itens, com exceção do item 6 – “Tem um temperamento explosivo ou birrento”, em que aumentou. A mesma análise ao número de respostas “Nunca”, relativa ao grau de ocorrência do comportamento, é também ela reveladora de um aumento em todos os itens exceto no item 7 - “Quer toda a atenção só para si”, onde valor pontual diminui do primeiro para o segundo momento.

3.4.2. Dimensão atenção/atividade excessiva

Na tabela 7, são demonstrados os resultados dos itens relativos à dimensão “Atenção/Atividade Excessiva” nos dois momentos de avaliação.

Tabela 7 - Estatísticas descritivas dos itens da dimensão “Atenção/Atividade Excessiva”.

Nome do item	Momento	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	M	DP
Item 1. Age impulsivamente sem pensar.	Inicial	57	132	131	51	1,47	,913
	Final	45	165	129	32	1,40	,810
Item 5. Faz muito barulho que incomoda os colegas.	Inicial	171	104	72	24	,86	,947
	Final	164	136	59	12	,78	,827
Item 13. Tira os objetos dos colegas de qualquer maneira.	Inicial	144	141	72	14	,88	,849
	Final	147	166	51	7	,78	,750
Item 14. Tem dificuldade em concentrar-se ou de permanecer em determinada atividade.	Inicial	69	115	126	61	1,48	,976
	Final	81	150	105	35	1,25	,904
Item 15. Desobedece às regras.	Inicial	71	125	138	37	1,38	,906
	Final	86	158	102	25	1,18	,864
Item 18. É extremamente ativa – incapaz de estar quieta.	Inicial	109	133	89	40	1,16	,970
	final	111	150	77	33	1,09	,926

Item 23. É inquieta ou nervosa.	Inicial	137	132	82	20	,96	,898
	Final	149	139	72	11	,85	,833
Item 35. Interrompe continuamente as atividades.	Inicial	91	147	100	33	1,20	,912
	Final	119	162	76	14	,96	,823
Item 37. Reage facilmente a provocações.	Inicial	118	164	67	22	,98	,859
	Final	144	152	61	14	,85	,827

Notas: M= Média; DP= Desvio Padrão

Numa análise global dos valores médios obtidos em cada item, é observável que estes diminuem em todos os itens da dimensão “Atenção/Atividade Excessiva”. O item que apresenta melhor resultado médio entre os dois momentos é o item 35 – “Interrompe continuamente as atividades”, e os itens representativos da menor diferença entre os dois momentos foram os itens 1 – “Age impulsivamente sem pensar” e 18 – “É extremamente ativa - incapaz de estar quieta”.

No que diz respeito à análise ao número de respostas por item, a classificação “Muitas vezes”, tende a baixar em todos os itens. Relativamente ao número de respostas “Nunca”, este tende a aumentar em todos os itens exceto nos itens 1 – “Age impulsivamente sem pensar” e 5 – “Faz muito barulho que incomoda os colegas”, onde o número de respostas diminui entre os dois momentos de avaliação.

3.4.3. Dimensão antissocial/agressivo

Na tabela 8, são demonstrados os itens relativos à dimensão “Antissocial/Agressivo” nos dois momentos de avaliação.

Tabela 8 - Estatísticas descritivas dos itens da dimensão “Antissocial/Agressivo.

Nome do item	Momento	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	M	DP
Item 3. Arrelia as crianças ou faz palhaçadas.	Inicial	149	125	68	29	,94	,947
	Final	142	149	59	21	,89	,871
Item 10. É agressiva fisicamente (por ex. bate, dá pontapés, empurra, morde.	Inicial	206	107	44	14	,64	,834
	Final	225	100	37	9	,54	,771
Item 12. Quando está zangada grita ou berra.	Inicial	190	107	51	23	,75	,915
	Final	202	112	42	15	,65	,836
Item 19. Procura vingar-se das outras crianças.	Inicial	225	101	43	2	,52	,718
	Final	199	124	45	2	,62	,899
Item 20. Desafia os pais, educadores ou outros adultos.	Inicial	183	113	60	15	,75	,869
	Final	184	124	52	11	,70	,818
Item 24. Chama nomes (palavrões) às pessoas.	Inicial	276	62	31	2	,35	,654
	Final	303	56	8	4	,23	,533
Item 27. Agride ou intimida os colegas.	Inicial	225	103	35	8	,53	,754
	Final	235	99	31	6	,48	,718
Item 32. Destrói objetos que são dos colegas.	Inicial	249	83	29	10	,46	,754
	Final	237	102	28	4	,46	,682
Item 36. Diz mentiras.	Inicial	238	94	37	2	,47	,694
	Final	253	93	21	4	,40	,647
Item 38. Incomoda e irrita as outras crianças.	Inicial	187	113	50	21	,74	,895
	Final	181	134	47	9	,69	,785

Notas: M= Média; DP= Desvio Padrão

Numa primeira análise global dos valores médios obtidos em cada item observa-se uma diminuição pontual em todos os itens, exceto no item 19 – “Procura vingar-se das outras crianças” em que o valor médio aumenta entre os dois momentos e, no item 32 – “Destrói objetos que são dos colegas”, onde o valor médio se mantém igual entre os dois momentos de avaliação. De referenciar que os itens com melhor pontuação média entre os dois momentos de avaliação

foram os itens 10 – “É agressiva fisicamente (por ex. bate, dá pontapés, empurra, morde)” e 12 – “Quando está zangada grita ou berra”.

Quanto ao número de respostas atribuído a cada classificação, foi possível verificar que houve regressões nos itens 24 – “Chama nomes (palavrões) às pessoas”, e 36 – “Diz mentiras”, assim como é possível verificar no item 19 – “Procura vingar-se das outras crianças”, que o número de respostas para a classificação “Muitas vezes”, não sofreu alterações do momento inicial para o momento final. Por sua vez, no número de respostas para a classificação “Nunca”, o valor tende a aumentar em todos os itens exceto nos itens 3 – “Arrelia as crianças ou faz palhaçadas”, 19 – “Procura vingar-se das outras crianças”, 32 – “Destroí objetos que são dos colegas” e por fim, o 38 – “Incomoda e irrita as outras crianças”.

3.4.4. Dimensão evitamento social

Na tabela 9, está representada a estatística descritiva dos itens da dimensão “Evitamento Social” nos dois momentos de avaliação, inicial e final.

Tabela 9 - Estatísticas descritivas dos itens da dimensão “Evitamento Social”.

Nome do item	Momento	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	M	DP
Item 4. Não responde às situações de afeto.	Inicial	165	116	74	16	,83	,921
	Final	167	148	49	7	,72	,762
Item 11. Evita brincar com outras crianças.	Inicial	145	159	56	11	,82	,793
	Final	181	150	36	4	,63	,702
Item 16. Tem dificuldade em fazer amigos.	Inicial	120	147	90	14	,99	,848
	Final	143	161	64	3	,80	,744
Item 26. Afasta-se da companhia das outras crianças.	Inicial	164	150	50	7	,73	,762
	Final	182	146	39	4	,73	,762

Item 28. Mostra-se infeliz ou depressiva.	Inicial	183	150	36	2	,61	,682
	Final	219	120	31	1	,50	,659
Item 31. Apresenta um comportamento desajustado em relação à idade.	Inicial	189	117	48	17	,71	,861
	Final	203	116	40	12	,63	,804

Notas: M= Média; DP= Desvio Padrão

A dimensão “Evitamento Social”, é a dimensão com melhores resultados no estudo entre os dois momentos de avaliação. Neste sentido, ao analisarmos os valores médios pontuais dos itens da dimensão, observamos que existe uma diminuição pontual em todos os itens exceto no item 26 – “Afasta-se da companhia das outras crianças”, onde o valor não se altera entre os dois momentos de avaliação. Os itens que apresentam o melhor valor médio entre os dois momentos são os itens 11 – “Evita brincar com outras crianças” e o 16 – “Tem dificuldades em fazer amigos”.

Relativamente ao número de respostas, é constatável uma melhoria em todos os itens no número de resposta na opção de resposta “Muitas vezes”, uma vez que o valor diminui em todos os itens, do momento inicial para o momento final assim como, no número de respostas “Nunca”, onde o valor aumenta sempre entre os dois momentos de avaliação.

3.4.5. Dimensão ansiedade/problemas somáticos

Na tabela 10, são apresentados os valores dos itens relativos à dimensão “Ansiedade/Problemas Somáticos” nos dois momentos de avaliação, inicial e final.

Tabela 10 - Estatísticas descritivas dos itens da dimensão “Ansiedade/Problemas Somáticos”.

Nome do item	Momento	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	M	DP
Item 2. Quando é contrariado ou está com medo mostra-se doente.	Inicial	118	160	80	13	,97	,821
	Final	126	159	75	11	,92	,810
Item 8. É ansiosa ou tensa.	Inicial	106	142	102	21	1,10	,882
	Final	118	156	84	13	,98	,828
Item 17. Manifesta medo.	Inicial	148	156	59	8	,80	,779
	Final	157	165	45	4	,72	,714
Item 21. Queixa-se de dor de cabeça, dor de barriga ou de outras indisposições.	Inicial	130	170	59	12	,87	,790
	Final	136	183	51	1	,78	,683
Item 22. Resiste na hora e ir para o jardim de infância.	Inicial	222	84	47	18	,63	,884
	Final	303	56	8	4	,52	,793
Item 25. É difícil de consolar quando está aborrecida.	Inicial	127	165	70	9	,89	,787
	Final	123	179	57	12	,89	,777
Item 34. É muito sensível às críticas ou repreensões.	Inicial	37	138	151	45	1,55	,832
	Final	34	149	129	34	1,37	,858

Nota: M= Média; DP= Desvio Padrão

Numa análise global aos valores médios obtido em cada item, é visível uma diminuição do valor médio pontual em todos os itens exceto no item 25 – “É difícil de consolar quando está aborrecida”, onde o valor não se altera do primeiro para o segundo momento de avaliação. Por sua vez, o item com melhor resultado médio entre os dois momentos é o item 34 – “É muito sensível às críticas ou repreensões”.

Quanto ao nível do número de respostas “Muitas vezes”, verifica-se que houve diferenças em quase todos os itens da dimensão, exceto no item 25 – “É difícil consolar quando está aborrecida”, onde o valor pontual aumentou do

momento inicial para o momento final de avaliação. Relativamente ao número de respostas “Nunca”, verifica-se uma regressão pontual nos itens 25 – “É difícil consolar quando está aborrecida” e 34 – “É muito sensível às críticas ou repreensões”. Em todos os outros itens, o valor aumento do primeiro para o segundo momento de avaliação.

3.5. Diferenças de idade na subescala de problemas de comportamento nos dois momentos de avaliação

Na figura 3, são apresentados os valores médios globais da EPC por idade, nos dois momentos de avaliação (inicial e final).

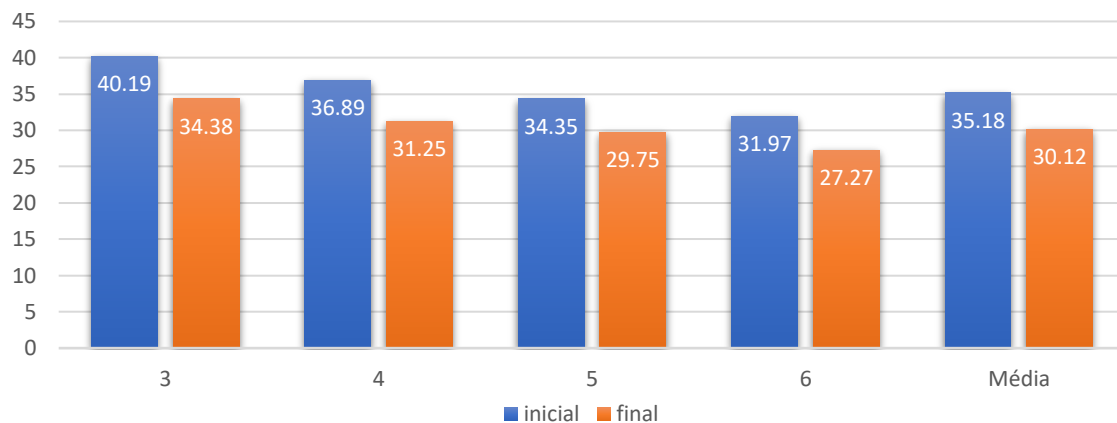


Figura 3 - Valores médios para a EPC por idade.

No que concerne à variável idade, ao analisarmos a figura 3, constata-se uma diminuição nos valores da média da EPC com o aumento da idade das crianças. É visível que as crianças mais velhas apresentam valores médios mais baixos na EPC relativamente aos mais novos logo no momento inicial de avaliação.

Na tabela 11, são apresentadas as estatísticas descritivas da Subescala de Problemas de Comportamentos relativas à variável idade no momento inicial e final da avaliação.

Tabela 11 - Estatística descritiva da Subescala de Problemas de Comportamento para a variável idade.

Subescala	N	M	DP	Erro	Intervalo de confiança da média (95%)		Mín.	Máx.	
					Limite inferior	Limite superior			
Problemas de Comportamento Final	3	58	34,38	18,672	2,452	29,47	39,29	4	81
	4	87	31,25	20,250	2,171	26,94	35,57	0	77
	5	120	29,75	18,548	1,693	26,40	33,10	0	80
	6	106	27,27	20,269	1,969	23,37	31,18	0	93
	Total	371	30,12	19,539	1,014	28,12	32,11	0	93
Problemas de Comportamento Inicial	3	58	40,19	25,605	3,362	33,46	46,92	2	109
	4	87	36,89	24,972	2,677	31,56	42,21	1	103
	5	120	34,35	21,549	1,967	30,45	38,25	2	87
	6	106	31,97	22,369	2,173	27,66	36,28	1	102
	Total	371	35,18	23,347	1,212	32,79	37,56	1	109

Nota: N= Número da amostra; M= Média; DP= Desvio Padrão; Min= Valor Mínimo; Máx= Valor Máximo

Foi realizada a ANOVA, obteve-se que a Subescala de Problemas de Comportamento Inicial ($F = 1,774$; $p\text{-value} = 0,152$) e a Subescala de Problemas de Comportamento Final ($F = 1,792$; $p\text{-value} = 0,148$) apresentam níveis de significância superiores a 0.05, o que é indicativo da não existência de diferenças nas médias entre os grupos de idades.

Seguidamente, foi realizado o teste *post-hoc* de Scheffé no sentido de se confirmar a não existência das diferenças acima referidas (tabela 12).

Tabela 12 - Teste de Scheffée da Subescala de Problemas de Comportamento para a variável idade.

	I	J	(I-J)	Erro	p-value
Subescala Problemas de comportamento <i>Momento inicial</i>	3	4	3,305	3,945	,873
	3	5	5,840	3,722	,483
	3	6	8,218	3,801	,199
	4	5	2,535	3,277	,897
	4	6	4,913	3,367	,547
	5	6	2,378	3,102	,899
Subescala Problemas de comportamento <i>Momento final</i>	3	4	3,126	3,302	,826
	3	5	4,629	3,115	,531
	3	6	7,106	3,181	,175
	4	5	1,503	2,743	,960
	4	6	3,979	2,818	,574
	5	6	2,476	2,596	,823

Notas: I= alunos com idade I; J=Alunos com idade J; I-J= Diferença entre os alunos com Idade I e alunos com idade J

De acordo com os resultados da tabela 12, constatou-se que em relação aos problemas de comportamento não existem diferenças entre as crianças, quer no momento inicial, quer no momento final da intervenção, com base na sua idade. Ainda assim, é verificável uma melhoria pontual em todas as diferenças entre as médias.

Por último, procedeu-se à verificação da existência de diferenças nas médias obtidas nas três subescalas (EPC, EPC´E e EPC´I), para cada idade e nos dois momentos de avaliação, como é demonstrado na tabela 13.

Tabela 13 - Teste t-Student, para amostras emparelhadas: diferenças da variável idade.

Idade	Subescala	t	gl	p (bilateral)	Diferença das médias	Intervalo de confiança da média (95%)	
						Inferior	Superior
3	EPC´E	-1,281	57	,205	-2,328	-5,97	1,31
	EPC´I	-2,928	57	,005	-3,483	-5,86	-1,10
	EPC	-2,069	57	,043	-5,810	-11,43	-,19
4	EPC´E	-2,547	86	,013	-2,138	-3,81	-,47
	EPC´I	-4,542	86	,000	-3,494	-5,02	-1,96
	EPC	-3,910	86	,000	-5,632	-8,50	-2,77
5	EPC´E	-2,444	119	,016	-2,233	-4,04	-,42
	EPC´I	-3,445	119	,001	-2,367	-3,73	-1,01
	EPC	-3,127	119	,002	-4,600	-7,51	-1,69
6	EPC´E	-2,081	105	,040	-2,075	-4,05	-,10
	EPC´I	-3,658	105	,000	-2,623	-4,04	-1,20
	EPC	-2,976	105	,004	-4,698	-7,83	-1,57

Nota: gl= Graus de Liberdade.

A análise dos resultados demonstra que, quando comparadas as diferenças que as crianças da mesma idade apresentaram em cada subescala, todas as classes de idades melhoraram os resultados significativamente, com exceção das crianças de três anos na subescala EPC´E, uma vez que estes não apresentam diferenças estatisticamente significativas (EPC´E final – EPC´E inicial = - 2,328; p=,205). Embora não apresentando diferenças estatisticamente significativas, o resultado na EPC´E também melhorou.

3.6. Diferenças de sexo na subescala de problemas de comportamento nos dois momentos de avaliação

Na figura 4, são apresentados os valores médios da EPC por sexo, nos dois momentos de avaliação (inicial e final).

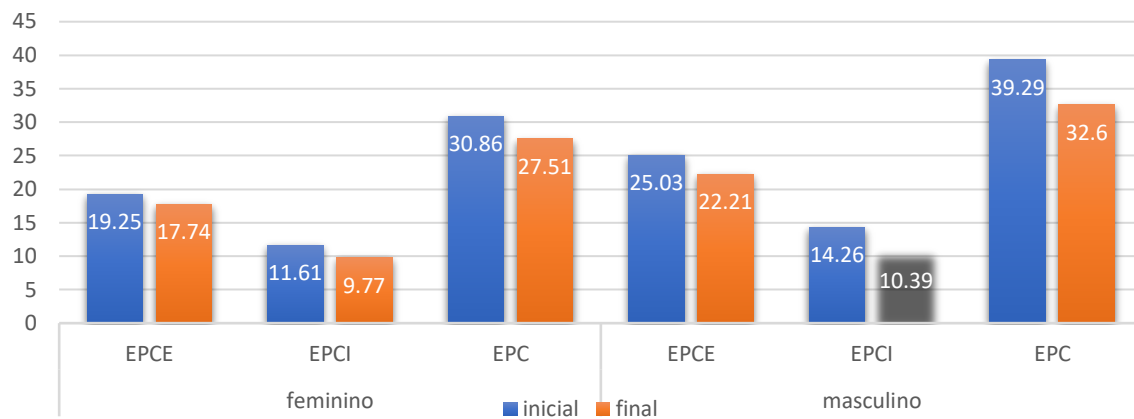


Figura 4 – Valores médios da EPC por sexo.

Numa primeira análise aos resultados demonstrados na figura 4, de forma global, é constatável uma diminuição dos valores médios, entre os dois momentos de avaliação, para ambos os sexos em todas as subescalas (EPCE, EPCI e EPC).

Na tabela 14 são apresentados os resultados para as diferenças, por sexo, nas três subescalas entre os dois momentos de avaliação.

Tabela 14 - Teste t-Student para amostras emparelhadas: diferenças da variável sexo.

Sexo	Subescala	M	EPM	DP	DM	t	p-value
Feminino	EPCE final	17,74	,939	12,627	-1,514	-2,291	,023
	EPCE inicial	19,25	1,052	14,157			
	EPCI final	9,77	,464	6,240	-1,834	-3,378	,001
	EPCI inicial	11,61	,574	7,723			
	EPC final	27,51	1,280	17,224	-3,348	-3,018	,003
	EPC inicial	30,86	1,588	21,360			
Masculino	EPCE final	22,21	1,162	16,018	-2,816	-3,388	,001
	EPCE inicial	25,03	1,161	16,010			
	EPCI final	10,39	,494	6,815	-3,874	-6,796	,000
	EPCI inicial	14,26	,647	8,925			
	EPC final	32,60	1,543	21,264	-6,689	-5,210	,000
	EPC inicial	39,29	1,774	24,449			

Nota: M= Média; EPM= Erro Padrão da Média; DP= Desvio Padrão; DM= Diferença de Médias

Os resultados da tabela 14, evidenciam que ambos os sexos apresentam diferenças significativas ($p\text{-value} < 0,05$) quando comparadas as médias obtidas entre os dois momentos de avaliação. Também é possível observar que os rapazes apresentaram valores médios superiores nas três subescalas quando comparados com as raparigas. Estes resultados são indicadores de que os rapazes apresentam mais comportamentos problemáticos (exteriorizados, interiorizados e total) do que as raparigas. Por fim, é ainda constatável que os rapazes, entre os dois momentos de avaliação, para as três subescalas, apresentam uma maior diferença média face às raparigas.

Procedeu-se ainda à realização do teste *t-Student* com o objetivo de perceber se entre os sexos, as diferenças foram significativas, como demonstrado na tabela 15.

Tabela 15 - Teste t-Student para amostras emparelhadas: diferenças da variável sexo.

Subescala	Sexo	DM	EPM	DP	DM	t	p-value
EPCE	Feminino	-1,51	,661	8,891	1,302	1,219	,224
	Masculino	-2,82	,831	11,456			
EPCI	Feminino	-1,83	,543	7,305	2,039	2,591	,010
	Masculino	-3,87	,570	7,857			
EPC	Feminino	-3,35	1,109	14,925	3,341	1,960	,050
	Masculino	-6,69	1,284	17,699			

Nota: DM= Diferença de Médias; EPM= Erro Padrão da Média; DP= Desvio Padrão

Verificou-se que os valores de significância obtidos são indicadores de diferenças estatisticamente significativas apenas para a subescala EPC'I ($p\text{-value} = 0,10$) e para a subescala EPC ($p\text{-value} = 0,50$).

4. Discussão dos Resultados

O principal objetivo desta investigação centrava-se na avaliação do impacto do programa de intervenção “Toque de Chi” ao nível dos Problemas de Comportamento em crianças de idade pré-escolar. Com base em literatura e estudos anteriores, e de acordo com o desenvolvimento normativo das crianças (Gomes e Pereira, 2014; Major, 2011; Major e Seabra-Santos, 2014), pode-se afirmar que existia convicção relativa a uma melhoria das variáveis em questão após a intervenção.

Antes de serem analisados os resultados obtidos neste estudo, são de referenciar duas variáveis que tendem a influenciar a avaliação realizada pelas educadoras e que são referenciados nos estudos de Gomes (2012, 2014), coautores das PKBS_{pt}. O primeiro deles é o tempo de serviço, ou experiência laboral, dos educadores/as. Segundo Gomes (2012), quanto menos tempo de serviço os educadores/as apresentam, mais dificuldade possuem em lidar com crianças com problemas de comportamento, nomeadamente do tipo autocentrado, problemas de atenção, agressividade, evitamento social e ansiedade (Gomes e Pereira, 2014).

Outro fator a realçar é o tempo de relacionamento com as crianças. No primeiro momento de avaliação, existiram educadoras e crianças que estabeleciam contacto entre si há apenas três meses. Gomes e Pereira (2014), nos seus estudos, referem que, quanto melhor for a qualidade da relação entre criança-educador/a, melhor serão os resultados obtidos. O fundamento profissional dos educadores/as, assenta na sua capacidade reflexiva acerca da sua própria ação, a fim de poder “regular a sua prática e aprofundar os seus conhecimentos, adequando a sua ação educativa à especificidade dos alunos e da escola”, devendo assumir e aprimorar o seu papel “na tentativa de resolução dos problemas comportamentais e emocionais da criança em contexto educativo” (Gomes e Pereira, 2014).

Após a análise dos resultados obtidos na pré-intervenção e pós-intervenção, constatou-se uma melhoria estatisticamente significativa (*p-value* =

0,000) nos Problemas de Comportamentos, que, por sua vez, resultaram numa melhoria média de 5,06 pontos no valor total da escala EPC. Esta melhoria média, em termos concretos e práticos, é representativa de uma diminuição global da ocorrência de problemas de comportamento em contexto pré-escolar.

Os resultados das subescalas da EPC, mais concretamente as subescalas EPC´E e EPC´I, também apresentam melhorias estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação. A subescala EPC´E (*p-value* = 0,000), apresenta uma melhoria média de 2,18 pontos, e na subescala EPC´I (*p-value* = 0,000), o valor médio é de 2,88, sendo esta a subescala com melhor pontuação dentro da EPC. De acordo com os resultados médios globais referidos anteriormente, a eficácia do programa de intervenção foi mais expressiva ao nível dos comportamentos interiorizados face aos exteriorizados.

Ao compararmos os valores médios obtido nas três subescalas (EPC, EPC´E e EPC´I) com os resultados do estudo de Gomes e Pereira (2014), observamos que estes se encontram dentro do padrão normativo para a população portuguesa estabelecidos pelos autores e que, após a intervenção, estes mesmos valores diminuem. Também, em outros estudos de referência para a população portuguesa (ECIP-2) de Major (2011) e Major e Seabra-Santos (2014), os valores da subescala EPC estão em consonância com os valores normativos referidos por estas autoras, diminuindo, mais uma vez, após a intervenção.

Neste sentido, os resultados revelados surgem como indicadores positivos da eficácia do programa de intervenção “Toque de Chi”. Sendo este um programa criado e executado com recurso ao toque, estes resultados são corroborados pela literatura associada à epistemologia do estudo do toque. A privação ou estimulação do toque, entre outros fatores, demonstra influência nas alterações comportamentais (Spitz, 1945;1946;1951 cit in Johansson, C., Hedlin, M., & Åberg, M., 2018).

Por outro lado, esta melhoria pontual observada nos resultados das crianças, é também um preditor positivo relativamente a comportamentos futuros. Segundo Campbell (1995), os problemas de comportamento em idade pré-escolar, quando não atenuados, tendem a permanecer de forma estável, resultando

em problemas no contexto escolar, de saúde e problemas de comportamento na adolescência. Estes últimos, tendem a englobar problemas também como depressão e ansiedade.

Na análise dos resultados obtidos nas dimensões das subescalas EPC´E e EPC´I, são observáveis também melhorias significativas em todas as dimensões entre os dois momentos de avaliação. Evidenciando as dimensões da subescala EPC´E, Autocentrado/Explosivo ($p\text{-value} < 0,010$), Atenção/Atividade Excessiva ($p\text{-value} = 0,001$) e Antissocial/Agressivo ($p\text{-value} = 0,050$), observamos que a dimensão com melhor pontuação média entre os dois momentos de avaliação foi a dimensão Atenção/Atividade Excessiva, resultando num aumento pontual de 1,25.

Estabelecendo um termo comparativo com o estudo de Gomes & Pereira (2014), constatamos que todas as dimensões da subescala EPC´E se encontram dentro dos valores normativos e diminuem com a aplicação do programa de intervenção.

Num olhar particular sobre os resultados revelados nos itens de cada dimensão, concretamente na dimensão Autocentrado/Explosivo, observamos que o item 29 – “Revela um comportamento imprevisível”, foi o comportamento que, de acordo com o valor médio apresentado, mais pontuou entre os dois momentos de avaliação. Tal situação reflete uma diminuição mais acentuada da ocorrência deste comportamento com a implementação do programa de intervenção, embora esta tenha sido a dimensão com menor pontuação entre os dois momentos no valor médio global (0,44 pontos no valor médio entre os dois momentos).

Ao analisarmos descritivamente a dimensão com melhor pontuação nesta subescala (Atenção/Atividade Excessiva), verifica-se que a resposta “Muitas vezes”, tende a baixar em todos os itens, sendo obtidos os melhores valores médios nos itens 14 - “Tem dificuldade em concentrar-se ou de permanecer em determinada atividade” e 35 - “Interrompe continuamente as atividades”, originando uma maior diminuição destes comportamentos.

Invocando os contributos teóricos presentes nesta investigação, constatamos que o efeito benéfico do toque neste campo já foi explorado por

alguns autores, em diferentes faixas etárias, e os resultados demonstraram concordância. Field (2012) demonstra que o toque pode regular a excitação e modular o nível geral de estimulação, alterando o estado comportamental. Também Field, Diego & Hernandez-Reif (2007), descrevem que foi realizado um breve período de massagem antes de uma tarefa de atenção visual em recém-nascidos. Como principal resultado, verificou-se que os bebês massajados mostraram mais atenção para a tarefa e aprenderam as propriedades do estímulo mais rapidamente do que aqueles que não receberam massagem. Neste sentido, foram visíveis os resultados nesta valência do programa de intervenção.

Analisando os resultados da última dimensão da subescala EPC'E, Antissocial/Agressivo, observamos que a mesma apresentou uma melhoria média global entre os dois momentos de avaliação de 0,49 pontos, sendo os seus itens com melhor pontuação média entre os dois momentos, os itens 10 – “É agressiva fisicamente (por ex. bate, dá pontapés, empurra, morde)” e 12 – “Quando está zangada grita ou berra”. Neste sentido, foi visível a diminuição da ocorrência dos comportamentos acima referenciados com o ingresso no programa de intervenção.

A reflexão acerca dos resultados demonstrados nesta dimensão, remete-nos para uma das visões dos autores das escalas PKBS_{pt}. Gomes e Perira (2014), nos seus estudos com as PKBS_{pt}, referem a importância de uma intervenção precoce em crianças que apresentem dificuldades no âmbito das aptidões sociais assim como em crianças com problemas comportamentais, já que o potenciamento de uma área tem consequências diretas na outra. Focalizando a atenção na diminuição de problemas comportamentais, nomeadamente nas reações agressivas, os autores sugerem e revelam algumas estratégias de intervenção para minimizar essas mesmas reações, entre outras, as técnicas de relaxamento, uma das técnicas base utilizadas no programa de intervenção “Toque de Chi”.

Relativamente às dimensões da subescala EPC'I, Evitamento Social (p -value < 0,001) e Ansiedade/Problemas somáticos (p -value < 0,010), ambas são estatisticamente significativas, embora o maior aumento pontual esteja presente

na dimensão Evitamento Social. Esta última, aparece com um aumento pontual entre os dois momentos de avaliação de 2,24, sendo a dimensão com melhor pontuação no estudo.

Ao analisarmos os valores médios destas dimensões à luz dos resultados normativos estabelecidos por Gomes & Pereira (2014), verificamos que o valor médio da dimensão Ansiedade/Problemas Somáticos na pré-intervenção se encontra dentro do padrão estabelecido e que diminui com o programa de intervenção. Por outro lado, a dimensão Evitamento Social apresenta valores ligeiramente mais elevados na pré-intervenção, ainda que dentro do padrão normativo referenciado e, com a intervenção, o resultado não só diminui como fica abaixo desse mesmo valor.

Sendo a dimensão com melhor pontuação média no estudo entre os dois momentos de avaliação, observamos que a resposta “muitas vezes”, baixa em todos os itens, sendo o item 11 – “Evita brincar com outras crianças”, o que atinge maior diferença no valor médio obtido. A probabilidade de ocorrência deste comportamento baixou com a implementação do programa de intervenção.

Asher e Coie (1990 cit in Gomes e Pereira, 2014) demonstraram que as crianças em idade pré-escolar tomam as suas opções de amizade baseadas em comportamentos observáveis. Se os pares apresentarem comportamentos positivos, as crianças estabelecem interações positivas. No entanto, se os pares apresentarem comportamentos negativos, eles rejeitam-nos e não os escolhem para brincar.

Estes resultados são sustentados pelo impacto positivo do toque nas relações interpessoais como referido na revisão de literatura. Alguns estudos revelam que os significados relacionais do toque são alcançados num contexto rico em interações e que o toque reflete e influencia o carácter das relações sociais (Bergnehr & Cekaite, 2018; Goodwin & Cekaite, 2018). A função primordial do toque é a expressão da intersubjetividade da proximidade (Andersen, 2011) e, como o autor Field (2014) enfatiza, *o toque é o nosso sentido mais social*.

No que concerne às diferenças face à variável idade, observa-se uma diminuição nos valores da média da EPC com o aumento da idade das crianças.

No entanto, não são verificáveis diferenças nas médias entre os grupos de idades. Procedeu-se também à verificação das diferenças que os alunos, que possuem a mesma idade, apresentaram em cada subescala, e constata-se que todas as classes de idades melhoraram significativamente os resultados, com exceção dos alunos de três anos na subescala EPC'E, que não apresentam diferenças estatisticamente significativas ($p\text{-value} = ,205$), apesar de terem também apresentado melhor resultado. Os valores médios para cada faixa etária encontram-se dentro do padrão normativo de acordo com os estudos de Major (2011) e Major e Seabra-Santos (2014).

Os resultados dos problemas de comportamento face à variável idade, nomeadamente o facto de as crianças mais velhas apresentarem melhores valores nas três subescalas, podem justificar-se com o tempo de frequência da criança no jardim de infância. A literatura remete-nos para a estimulação natural aí subjacente, para a sua evolução sócio emocional. Estes resultados apresentam ainda, consonância com os resultados do estudo de Major e Seabra-Santos (2014) aferido para a população portuguesa, uma vez que também as crianças mais velhas apresentam menores valores médios nos problemas de comportamento face às mais novas.

Relativamente às diferenças ao nível da variável género, observou-se que os rapazes apresentaram uma maior diferença média do que as raparigas entre os dois momentos de avaliação, para as três subescalas, o que é indicativo de uma maior evolução. No entanto, através da análise descritiva, verificou-se que os rapazes pontuaram mais em todas as subescalas (valor médio da EPC, EPC'E e EPC'I) o que é indicador de mais comportamentos problemáticos. Os valores de significância obtidos entre os sexos englobaram apenas a EPC'I ($p\text{-value} = 0,10$) e a EPC ($p\text{-value} = 0,50$), sendo o valor desta última impulsionado pela EPC'I.

Ao compararmos os resultados médios totais obtidos na EPC com os valores normativos do estudo de Major (2011), constatamos que estes se encontram dentro da norma predefinida pela autora (valor na pré-intervenção), quer no sexo feminino, quer no sexo masculino. Neste sentido, é verificável que o sexo masculino ($M=39,29$; $DP=24,45$) apresenta mais problemas

comportamentais do que o sexo feminino ($M=30,86$; $DP=21,360$). Com a intervenção, ambos os valores diminuem.

Um fator importante a mencionar e que se prende com a análise dos resultados da variável género, é o facto de os rapazes apresentarem mais problemas de carácter interiorizado do que as raparigas. Vários estudos demonstram uma diferenciação em função do género, mas com os rapazes a demonstrarem mais problemas exteriorizados, e as raparigas mais problemas interiorizados (Bartels et al., 2003; Groh, Roisman, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Fearon, 2012; Van IJzendoorn, 1997; Marshall, Arnold, Rolon-Arroyo, & Griffith, 2015; Peter & Roberts, 2010, Williams, 2017).

Os autores Gomes e Pereira (2014), também referem que a variável género pode estar associada a problemas de comportamento, mas não a manifestações de problemas de ansiedade. Domènech-Llaberia et al., (2008, cit in Gomes e Pereira, 2014), identificaram que a agressão física é a mais frequente, seguida da agressão verbal, e que a agressão pelos pares está associada ao género masculino. De acordo com Gomes e Pereira (2014), os rapazes são vistos como mais agressivos e as raparigas como mais tolerantes, embora nos estudos de Simões, Dias e Sanches (2006 cit in Gomes e Pereira, 2014) não se tenha verificado um efeito significativo dos conflitos interpessoais nas diferenças de género.

5. Limitações do Estudo

Ao longo desta investigação, surgiram algumas limitações que podem ter influenciado os resultados, daí a importância do reconhecimento das mesmas e as recomendações para futuros estudos.

Neste sentido, uma das principais limitações deste estudo prende-se com o facto de não existir grupo de controlo. As melhorias observadas nas crianças, em concordância com os resultados das *PKBS_{pt}*, não podem ser interpretadas sem ter em conta os efeitos resultantes da sua evolução biológica, psicológica e social.

Outra limitação deste estudo é o facto das educadoras, no primeiro momento de avaliação, só conhecerem alguns dos alunos há cerca de três meses. Tratando-se de um estudo de carácter longitudinal, o conhecimento profundo das crianças, por parte dos educadores, é fundamental (Gomes e Pereira, 2014).

Como última limitação a ser apontada ao estudo, aparecem as questões de generalização. Como amostra, este estudo constou única e exclusivamente com crianças do concelho de Benavente, e os seus resultados não podem ser generalizados ao restante das crianças em idade pré-escolar do sistema educativo português.

6. Implicações para a Prática e Investigação Futura

No que concerne a aspetos e implicações práticas, é de realçar em primeiro lugar, os resultados positivos alcançados ao nível dos Problemas de Comportamentos com a implementação do programa *“Toque de Chi”*. Esta investigação, demonstrou que este pode ser uma boa alternativa/estratégia a implementar noutros contextos educativos, para fazer face a certos problemas comportamentais em idades precoces.

Outro fator importante, prende-se com o facto de este ser um estudo realizado com uma amostra muito considerável, pelo que achamos que pode ter representatividade em todo o concelho de Benavente.

Para investigações futuras, aconselha-se a replicação do estudo com a utilização de grupo de controlo a fim de se entender objetivamente as alterações/evoluções face a uma amostra com a mesmas características.

7. Conclusão

Como principal objetivo, este estudo centrou-se em verificar o impacto do programa de intervenção “Toque de Chi” nos Problemas de Comportamento em crianças de idade pré-escolar, tendo em conta também as variáveis idade e sexo.

Neste sentido, os resultados demonstrados evidenciam uma melhoria comportamental das crianças com a participação no programa de intervenção “Toque de Chi”. Existe uma diminuição da ocorrência de problemas de comportamento, sendo essa diminuição mais expressiva ao nível dos comportamentos interiorizados, com a dimensão “Evitamento Social” a apresentar os melhores resultados entre os dois momentos de avaliação, sendo a que mais diminuiu em toda a escala.

Relativamente à variável idade, observa-se que, com o aumento das idades, os valores médios na escala EPC vão diminuindo, ou seja, as crianças mais velhas apresentam melhores resultados ao longo da intervenção. Tais resultados podem dever-se a todo o seu desenvolvimento sócio emocional, uma vez que frequentam o jardim de infância há mais tempo.

Por último, na variável género, foi verificada uma maior evolução nos rapazes em todas as subescalas face às raparigas, sendo essas evoluções significativas apenas para as subescalas EPC e EPC'I. No entanto, também os rapazes apresentaram mais problemas de comportamento do que as raparigas, tanto exteriorizados como interiorizados.

É de realçar a importância da implementação deste programa de intervenção e consequentes investigações futuras noutros concelhos, a fim de se poder generalizar os resultados para todo o sistema educativo português, assim como a utilização de um grupo de controlo com as mesmas características que o grupo experimental. A comparação entre dois grupos idênticos, afasta o efeito resultante da evolução socio-emocional e biopsicológica das crianças assim como evidencia mais objetivamente os resultados alcançados pelo programa de intervenção “Toque de Chi”.

Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Psicomotricidade, APP, (2019) "*O Toque como Ferramenta de Intervenção Psicomotora*", Consultado online a 23 março, 2020.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Walls, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum Associates.
- Albaret, J-M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 2 - Méthodes et techniques*. Paris: De Boeck- Solal.
- Andersen, P. (2011). *Tactile traditions: Cultural differences and similarities in haptic communication*. In M. Hertenstein, & S. Weiss (Eds.), *The handbook of touch: Neuroscience, behavioral, and health perspectives* (pp. 351-372). New York, NY: Springer.
- Bahls, S. (2002). *Aspetos clínicos da depressão em crianças e adolescentes*, *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro.
- Bartels, M., Hudziak, J., Boomsma, D., Rietveld, M., Van Beijsterveldt, T., & Van den Oord, E. (2003). A study of parent ratings of internalizing and externalizing problem behavior in 12-year-old twins. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1351-1359. Doi: 10.1097/01.CHI.0000085755.71002.5d
- Bergnehr, D., & Cekaite, A. (2018). Adult-initiated Touch and its Functions at a Swedish Preschool: Controlling, Affectionate, Assisting and Educative Haptic Conduct. *International Journal of Early Years Education*, 26, 312–331.
- Bernstein, D. & Tiegerman, E., (1993), *Language and Communication Disorders in Children*, 3ª Ed., Merril: MAcmillan Publishing Company, New York.
- Bowlby, J. (1956), The growth of Independence in the young children, *Royal Society of Health Journal*, 76, pp. 587-591.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books. Disponível online em: <https://www.academia.edu/7255873/John-Bowlby-A-Secure-Base-Parent-Child-Attachment-and-Healthy-Human-Development-1990>
- Bowlby, J. (1989). *The Role of Attachment in Personality Development and Psychopathology*. In S. I. Greenspan & G. H. Pollack (Eds.). *The course of life: Infancy* (Vol. 1). Madison: International University Press.

- Bowlby, J. (1998). Attachment and Loss: separation. *Anger and anxiety*. (Vol.2). London: Pimlico. Disponível online em: <https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Separation-Anxiety-And-Anger-Attachment-and-Loss-Vol-2-1976.pdf>
- Borsa, J., C., & Bandeira, D., R. (2011). Uso de instrumentos psicológicos de avaliação do comportamento agressivo infantil: Análise da produção científica brasileira. *Avaliação Psicológica*, 10(2), 193-203. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16770471201100020010&lng=pt&tlng=pt.
- Campbell, S. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.
- Campbell, S. (2002). *Behavior problems in preschool children. Clinical and developmental issues* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Campbell, S., Shaw, D., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488.
- Campos, J., Frankel, C., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75, 377–394.
- Cano Videl, A., Pellejero, M., Ferrer, A., Iruarrizaga, I., & Zuazo, A. (2000). Aspectos cognitivos, emocionales, genéticos y diferenciales de la timidez. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4). [online] Reme.uji.es. Disponível em: <http://reme.uji.es/articulos/acanoa5610802100/texto.html>
- Cash, T., & Pruzinsky, T. (2002). *A Body Image*. New York: The Guilford Press.
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1), 71-93. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100005>
- Cekaite, A. (2015). The Coordination of Talk and Touch in Adults’ Directives to Children: Touch and Social Control. *Research on Language and Social Interaction*, 48(2), 152–175.
- Cekaite, A., & Bergnehr, D. (2018). Affectionate touch and care: embodied intimacy, compassion and control in early childhood education European. *Early Childhood Education Research Journal*, 26(6), 940-955, Doi: 10.1080/1350293X.2018.1533710

- Classen, C. (2012). *The Deepest Sense: A Cultural History of Touch*. Chicago: University of Illinois Press.
- Colman, I., Wadsworth, M. E. J., Croudace, T., & Jones, P. (2007). Forty-year psychiatric outcomes following assessment for internalizing disorder in adolescence. *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 126-133.
- Cordeiro, M. (2011). O valor do corpo na construção da identidade. *Revista de Estudos da Comunicação*, 12(27). <http://dx.doi.org/10.7213/rec.v12i27.22354>
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Deklyen, M., & Greenberg, M. (2008). Attachment and Psychopathology in Childhood. In J. Cassidy & P. Shaver, *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 637-665). New York: The Guilford Press.
- Direção Geral de Educação, *Orientações Curriculares para o Ensino Pré-escolar*, Lisboa, 2016, p. 5
- Edrissi, F., Havighurst, S.S., Aghebati, A., Habibi, M. & Arani, A. (2019). A Pilot Study of the Tuning in to Kids Parenting Program in Iran for Reducing Preschool Children's Anxiety. *J Child Fam Stud*, 28, 1695–1702. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01400-0>
- Evenden, J. (1999). *Psychopharmacology*. 146: 348. <https://doi.org/10.1007/PL00005481>
- Febles, M. (2003). El cuerpo como mediador de las funciones psíquicas superiores. Hacia una Terapia corporal. *Revista Cubana de Psicología*, 20(3), 269-375.
- Feldman, R. (2011). Maternal touch and the developing infant. In M. Hertenstein, & S. Weiss (Eds.), *The handbook of touch.: Neuroscience, behavioral, and health perspectives* (pp. 373-407). New York, NY: Springer.
- Field, T. (2012). Relationships as regulators. *Psychology*, 3(6), 467–479.
- Field, T. (2014). *Touch*. Cambridge, MA: A Bradford Book.
- Field, T., Diego, M. & Hernandez-Reif, M. (2007). Massage therapy research. *Developmental Review*, 27, 75–59.
- Fleck, B. & Chavajay, P. (2009). Physical interactions involving preschoolers and kindergartners in a childcare center. *Early Childhood Research Quarterly*, 24, 46-54.

- Freitas, L. Bevilacqua, C., De Castilhos, J., Michel, L. & Pértile, C. (2015). Corpo e psicologia: uma revisão da produção científica brasileira na primeira década dos anos 2000. *Psicologia em Revista*, 21(1), 66-86. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a06.pdf>
- Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*, Vol. I, 2ª Ed., Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Fonseca, V. (1992). *Manual de Observação Psicomotora*. Editorial Notícias, Lisboa.
- Fonseca, V. (1997). *Um abordaje neuropsicológico de la somatognosia*, in *Psicomotricidad*, nº 54.
- Fonseca, V. (1998). *Estudio y Génesis de la Psicomotricidad*, Ed. INDE, Barcelona.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos seus factores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V.M.F e Martins, R.F.R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Formosinho, J. & Machado, J., (2018). *Do Ensino Primário à Educação Básica: a progressiva extensão da lógica uniformizadora (1997-2018)*, Mediações, Revista Online, consultado a 22 maio, 2020
- Gomes, R., Pereira, A. & Merrell, K. (2009). Avaliação Socio-Emocional: Estudos Exploratórios do PKBS-2 de Merrell aplicado em crianças portuguesas em idade pré-escolar. In B.D. Silva, L.S. Almeida, A.N. Lozano & M. P. Uzquiano (Eds.), *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho, ISBN- 978-972-8746-71-1.
- Gomes, R.M. (2012). *(Re)configuração das práticas educativas na prevenção do stresse na infância*. Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro. [não publicada]
- Gomes, R.M., Pereira, A.S., Vagos, P. (2013). *Avaliação dos problemas de comportamento em crianças da educação pré-escolar*, Atas do XII Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho, ISBN: 978-989-8525-22-2 4068
- Gomes, R.M. & Pereira, A.S. (2014). *Escalas Comportamentais para Crianças em Idade Pré-Escolar*. Manual. Universidade de Aveiro: teoria poiesis praxis
- Goodwin, M. & Cekaite, A. (2018). *Embodied Family Choreography: Practices of Control, Care and Mundane Creativity*. London: Routledge.

- Groh, A., Roisman, G., Van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M. & Fearon, R. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children’s internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83(2), 591-610. Doi: 10.1111/j.1467-8624. 2011.01711.x
- Gural, A. & Polat, S. (2012). The effects of baby massage on attachment between mother and their infants. *Asian Nursing Research*, 6(1), 35-41.
- Guralnick, M. J. (1997). Second-generation research in the Field of early intervention. In: *GURALNICK, M. J. (Org) The effectiveness of early intervention. Baltimore: Paul H Brookes. p.3-20.*
- Harrison, L. (2001). The Use of comforting touch and massage to reduce stress in preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 1(4), 235-241.
- Henriques, M., B. (2014). Qualidade da vinculação e comportamento antissocial na infância. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1),35-43. ISSN: 0214-9877. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349851780004>
- Hertenstein, M. & S. Weiss (2011). *The Handbook of Touch*. New York: Springer.
- Hertenstein, M., Holmes, R., McCullough, M. & Keltner, D. (2009). The communication of Emotion via Touch. *Emotion*, 9(4), 566–573.
- Hinshaw, S., Lahey, B., & Hart, E. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 31-49. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400004247>
- Hohmann, M. & Weikart, D., (2007), *Educar a Criança*, 4ª Ed., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hundeide, K. (2007). When empathic care is obstructed – excluding the child from the zone of intimacy. In S. Bråten (Ed.), *On being moved from mirror neurons to empathy* (pp. 237-256). Amsterdam: John Benjamins.
- Johansson, C., Hedlin, M., & Åberg, M. (2018). A touch of touch: Preschool teacher education students’ reflections about physical touch. *Issues in Educational Research*, 28(4), 953-966. Disponível em: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=022439802211459;res=IELAPA> ISSN: 1837-6290.

- Kliewer, W. (1991). Coping in middle childhood: relations to competence, type A behavior, monitoring, blunting, and locus of control. *Developmental Psychology*, 27, 689-697.
- Klyce, D., Conger, A.J., Conger, J.C. (2011) Measuring Competence and Dysfunction in Preschool Children: Source Agreement and Component Structure. *J Child Fam Stud* 20, 503–510. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9417-0>
- Lamb, M. E., Hwang, C., Broberg, A., & Bookstein, F. L. (1990). The Effects of Out-of-Home Care on the Development of Social Competence in Sweden: A Longitudinal Study. In N. Fox & G. Fein (Eds.), *Infant Day Care: The current debate* (pp. 145-168). Norwood: Ablex.
- Lerner, R. & Jovanovic, J. (1990). *The role of body image in psychosocial development across the life span: a developmental contextual perspective*, Guilford Press, pp. 103-131, London.
- Levy, D. (2002). *Psicologia Infantil: A importância do toque para a criança*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lima, A., & Pinheiro, R. (2017). Comportamento antissocial sob a ótica analítico-comportamental: a escola como contexto. *Encontro De Extensão, Docência E Iniciação Científica (EEDIC)*, 3(1). Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/930/673>
- Lipponen, L. (2018). Constituting Cultures of Compassion in Early Childhood Educational Settings. In, S. Garvis & E. Eriksen (Eds.) *Nordic Dialogues on Children and Families* (pp. 39-50) Ödegaard. Routledge.
- Louro, G. L. (2000) Corpo, escola e identidade. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, 25(2), p. 59-75, jul./dez.
- Machado, T., Fonseca, A., & Queiroz, E. (2008). Vinculação aos pais e problemas de internalização em adolescentes – dados de um estudo longitudinal. *INFAD Revista de Psicologia/International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 321-332.
- Major, S. (2011). *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas*, Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra, Portugal. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf

- Major, S. & Seabra-Santos, M. J. (2014). Preschool and Kindergarten Behavior Scales - Second Edition (PKBS-2): adaptação e estudos psicométricos da versão portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 689–699. doi:10.1590/1678- 7153.201427409
- Marshall, N., Arnold, D., Rolon-Arroyo, B., & Griffith, S. (2015). The association between relational aggression and internalizing symptoms: A review and meta-analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(2), 135-160. doi:10.1521/jscp.2015.34.2.135
- Matos, T. M. (2013). *Identificação dos comportamentos de alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: Perceção dos Professores*. Viseu: Universidade Católica Portuguesa.
- McLeod, B., Wood, J. & Weisz, J. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A metanalysis, *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172.
- McShane, K. & Hastings, P., (2009), The new friends' vignettes: Measuring parental psychological control that confers risk for anxious adjustment in preschoolers, *International Journal of Behavioral Development*, 33, 481–495.
- Melo, M. H. S. (2003). *Crianças com dificuldades de interação no ambiente escolar: uma proposta de intervenção multifocal*. 2003. 146p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- Mercer, S. H., & Derosier, M. E. (2010). Selection and socialization of internalizing problems in middle childhood. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(9), 1031-1056.
- Merrell, K. (1993). *School Social Behavior Scales*. Bradon, VT: Clinical Psychology Pub. Co.,
- Merrell, K., (2002). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales*. Second Edition. Austin. TX:PRO-ED.
- Mesquita, R. (1997). Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional. *Rev. Paul. Educ. Fís.*, 11, 155-163.
- Moeller, F.G., Barratt E.S., Dougherty D.M., Schmitz J.M., & Swann A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*, 158, pp. 1783-1793
- Moreira, W., & Campos, M. (2017). Necessidades do Corpo Criança na Escola: Possíveis Contribuições da Corporeidade, da Motricidade e da Complexidade. *Utopia y Praxis*

- Latinoamericana*, 22(79). [online] Redalyc.org. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/279/27956721011/html/index.html>
- Montagu, A. (1988). *Tocar; o significado humano da pele*. São Paulo: Summos.
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 18(2), 283-291.
- Narustye, J., Ropponen, A., Alexanderson, K., & Svedberg, P. (2017). Internalizing and externalizing problems in childhood and adolescence as predictors of work incapacity in young adulthood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(9), 1159-1168. doi: 10.1007/s00127-017-1409-6
- Newton, R. (2008). *The Attachment Connection: Parenting a Secure & Confident Child Using the Science of attachment Theory*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Nicolas, J. (2010). *From active touch to tactile communication – what’s tactile cognition got to do with it?* Aalborg: The Danish Resource Centre on Congenital Deafblindness.
- Oliveira, R. P., (2009), Tocar e Trocar... O Corpo, o Afeto, a Aprendizagem: uma experiência de Formação Continuada em um Centro de Educação Infantil, *Constr. psicopedag.* 17(15).
- Peter, T., & Roberts, L. W. (2010). 'Bad' boys and 'sad' girls? Examining internalizing and externalizing effects on parasuicides among youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 495-503. doi:10.1007/s10964-009-9498-5
- Piaget, J. (1924) *Le Jugement et le Raisonnement chez L Enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Nestlé, 1924. [*O Raciocínio da Criança*. Rio de Janeiro: Record, 1967], In *Cad.Cat.Ens.Fís.*, v. 16, n. 2: p. 180-194, ago. 1999, consultado online a 20 março 2020
- Pimentel, J., Correia, N. & Marcelino, S. (2011). A avaliação das práticas como contributo para a promoção da qualidade dos programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 29(1), 47-65. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087082312011000100004&lng=pt&tlng=es.
- Piper, H., & Smith, H. (2003). Touch’ in Educational and Child Care Settings: Dilemmas and Responses. *British Educational Research Journal*, 29(6), 879-894.
- Plano Salute (2016). *Relatório de Atividade Plano Salute 2015/2016*.

- Plano Salute (2018) *Apresentação do Plano Salute* (apresentado na Universidade de Évora em 2018).
- Pruzinsky, T., & Cash, T. (2002). Understanding body images: historical and contemporary perspectives. In T. Pruzinsky & T. Cash (Orgs.), *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 3-12). New York: Guilford Press.
- Reitz, E., Dekovic, M., & Meijer, A. M. (2005). The structure and stability of externalizing and internalizing problem behavior during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 577-588.
- Rosa, C. P., Oliveira, C., Gastaud, M. B., & Ramires, V. R. R. (2018). Psicoterapia psicodinâmica de crianças com sintomas externalizantes: revisão narrativa. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 38(95), 209-217. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2018000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Santos, M. (2006). *Dançoterapia Integrativa: Uma metodologia de intervenção nos Comportamentos Agressivos* (Tese de Doutorado em Psicologia, não editada), Universidade de Évora, Évora.
- Semrud-Clikeman, M., (2007) *Social competence in children*, SPRINGER-VERLAG NEW YORK INC., outubro de 2010 · isbn: 9781441943941
- Schilder, P. (1994). *A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique*. Martins Fontes, São Paulo.
- Shrestha, P. (2017). Social Inhibition. *Psychestudy*. [online] Psychestudy. Available at: <https://www.psychestudy.com/social/social-inhibition>
- Silva, L. M. G., Brasil, V. V., Guimarães, H. C. Q. C. P., Savonitti, B. H. R. de A., & Silva, M. J. P. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(4), 52–58. doi:10.1590/s0104-11692000000400008
- Silva, M. (2003). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. Loyola, São Paulo
- Silveira, F, F. (2011). Intervenções com pais: da alteração das práticas educativas parentais à inclusão de variáveis de contexto. *Estudos de Psicologia*, 16(3), setembro-dezembro, 279-284. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n3/10.pdf>.

- Sim-Sim, I., (2009), *Pontes, desníveis e sustos na transição entre a educação pré-escolar e o 1º ciclo da educação básica*, ESE, Exedra: Revista Científica, Consultado online a 22 maio, 2020.
- Simões, M. & Santos, G. D., (2011), Mediadores artístico-expressivos e Interação Social – Estudo com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, XXIII, Nº 1 (1), consultado online a 8 de maio, 2020.
- Stack, D., & Jean, A. (2011). Communicating through touch: Touching during parent-infant interaction. In M. Hertenstein, & S. Weiss (Eds.). *The handbook of touch: Neuroscience, behavioral, and health perspectives* (pp. 273-298). New York, NY: Springer.
- Svinth, L. (2018): Being touched – the transformative potential of nurturing touch practices in relation to toddlers’ learning and emotional well-being. *Early Child Development and Care*, 1-13. Doi: 10.1080/03004430.2018.1446428
- Tronick, E. Z. (1995). Touch in mother-infant interaction. In T. Field (Ed.), *Touch in early development* (pp. 53-65). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Van der Voort, A., Linting, M., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., Schoenmaker, C., & van IJzendoorn, M. (2014). The development of adolescents’ internalizing behavior: Longitudinal effects of maternal sensitivity and child inhibition. *Journal of Youth and Adolescence*, 43, 528-540. Doi: 10.1007/s10964-013-9976-7
- Van IJzendoorn, M. (1997). Attachment, emergent morality and aggression: Toward a developmental socio-emotional model of antisocial behavior. *International Journal of Behavioral Development*, 21(4), 703-727.
- Veríssimo, M., Duarte, I., Monteiro, L., Santos, A. J., & Meneses, A. (2003) Qualidade da vinculação à mãe e à educadora. *Psicologia*, 17(2), 453-469.
- Webster-Stratton, C. (2006). Long-Term Outcomes of Incredible Years Parenting Program: Predictors of Adolescent Adjustment. *Child Adolesc Ment Health*, 16(1), 38-46. Doi: [10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00576.x)
- Whiteside, S. & Lynam, D. (2001). The five factor model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*, 30, 669-689. doi:10.1016/S0191-8869(00)00064-7

- Williams, R. (2017). *Exploring parents' perceptions of externalizing and internalizing behaviors and their choice of therapy*. Tese de Mestrado, Science in Marriage and Family Therapy, East Carolina University, USA.
- Xavier, C. R. (2008). *Diálogo do imponderável: cinco ensaios sobre o objeto psicológico a partir da teoria da mente*. Tese de doutoramento, Universidade Federal de São Carlos - Centro de Educação e Ciências Humanas, São Carlos, Brasil.
- Zendron, A. B. F., Kravchychyn, H., Fortkamp, E. H. T., & Vieira, M. L. (2013). Psicologia e educação infantil: possibilidades de intervenção do psicólogo escolar. *Barbaroi*, (39), 108-128. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010465782013000200012&lng=pt&tlng=pt.

Anexos

Anexo I – Declaração de consentimento informado

Consentimento Informado

O presente estudo tem como objetivo avaliar a implementação do programa “Toque de Chi”, em crianças de idade pré-escolar. O programa “Toque de Chi” encontra-se integrado no plano Salute, desenvolvido por técnicos de Desporto e de Psicologia, e vai ao encontro do Programa Internacional de Combate à Agressividade. Promove o desenvolvimento de valores humanos básicos relacionados com o respeito mútuo, a consciência de si e do outro. Oferece-se como um modelo relacional entre pares alternativo, baseando-se no toque nutritivo.

Para recolha de informação, propõe-se o preenchimento das Escalas PKBSpt (Gomes & Pereira, 2014), nomeadamente a subescala de Aptidões Sociais (EAS) e a subescala de Problemas de Comportamento (EPC).

Os investigadores comprometem-se a:

Garantir total confidencialidade sobre os dados a ser fornecidos pelos participantes;

Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação (os resultados têm unicamente um valor coletivo);

A sua participação neste estudo é **inteiramente voluntária**. No entanto, poderá desistir a qualquer momento do estudo após ou durante a realização da entrevista, sem qualquer prejuízo.

Não há despesas pessoais nem compensações financeiras relacionadas à sua participação neste estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Este estudo conta com o apoio da Universidade de Évora.

Declaração de Consentimento

Eu _____ declaro ter sido informado/a sobre os objetivos e procedimentos do presente estudo, bem como do meu papel como participante.

Assinatura:

Data:

____/____/____