



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

PROTO-DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Avaliação do funcionamento
comportamental, social e emocional em
crianças residentes no Luxemburgo.**

Eva de Matos Gomes

Orientação: Professor Doutor Jorge Manuel Gomes
de Azevedo Fernandes

Coorientação: Professora Doutora Pascale Engel de
Abreu

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2014



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

PROTO-DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Avaliação do funcionamento
comportamental, social e emocional em
crianças residentes no Luxemburgo.**

Eva de Matos Gomes

Orientação: Professor Doutor Jorge Manuel Gomes
de Azevedo Fernandes

Coorientação: Professora Doutora Pascale Engel de
Abreu

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2014

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a colaboração de diversas pessoas e entidades que permitiram realizar este trabalho. Sem o seu contributo não teria sido possível concretizar este estudo.

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Manuel Gomes de Azevedo Fernandes, pela ajuda, os conselhos, a sabedoria e as aprendizagens que me permitiram realizar este estudo.

A minha coorientadora, Professora Doutora Pascale Engel de Abreu, da Universidade de Luxemburgo (Luxemburgo) com quem tive oportunidade de trabalhar. Agradeço o interesse pelo estudo e a disponibilidade para esclarecer as questões e as dúvidas que foram surgindo ao longo do trabalho.

Não poderia deixar de agradecer também ao *Comité national d'éthique de recherche*, à *Commission nationale pour la protection des données* e ao *Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse* do Luxemburgo, assim como a todos os inspetores, comunas e presidentes dos vários estabelecimentos escolares que autorizaram o desenvolvimento deste trabalho. Sem esquecer os coordenadores escolares, os educadores-de-infância e todos os pais que participaram neste estudo, pois sem a sua amável colaboração este trabalho não teria sido possível.

Por último, agradeço aos meus pais, à minha irmã e aos meus amigos o apoio e o amor incondicional, assim como o incentivo e a força que me transmitiram ao longo do meu percurso académico. A presença deles foi essencial.

Índice

1. Introdução	1
2. Revisão da Literatura	3
2.1. O Funcionamento Comportamental e Socioemocional.....	3
2.1.1. Definição das perturbações socioemocionais e da psicopatologia.	5
2.1.2. A idade pré-escolar.....	9
2.1.3. A persistência das perturbações comportamentais e socioemocionais.....	14
2.1.4. A importância do contexto.	15
2.1.4.1. O contexto de cuidados.....	15
2.1.4.2. Os contextos de raça, etnia e cultura.....	16
2.1.4.3. O contexto de desenvolvimento.....	17
2.1.5. Fatores de risco e fatores de proteção.....	17
2.1.6. Avaliação do funcionamento comportamental e socioemocional na infância.	20
Abordagens na avaliação.	21
2.2. A Saúde Mental.....	24
O Luxemburgo e a saúde mental.	26
2.3. A Psicomotricidade	28
2.3.1. A teoria da vinculação.	28
2.3.2. A teoria do <i>bonding</i>	30
2.3.3. As experiências precoces.....	31
2.3.4. Avaliação da relação cuidador-criança.....	32
3. Objetivos.....	33
4. Metodologia	34
4.1. Participantes	34
4.1.1. Processo de seleção da amostra.....	36
4.1.2. Critérios de exclusão.	39
4.2. Instrumentos	40

4.2.1. Questionário sociodemográfico.....	41
4.2.2. Instrumentos de avaliação.	42
4.2.2.1. Diferenças entre o SDQ e o C-TRF.	47
4.2.2.2. SDQ.	48
4.2.2.3. C-TRF.	49
4.3. Procedimentos	52
4.3.1. Autorizações.	52
Comité National d'Ethique de Recherche (CNER).....	52
Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse (MEN).....	53
Commission nationale pour la Protection des Données (CNPD).	53
4.3.2. Recolha de dados.	53
Primeira fase de recolha de dados: Maio/Junho.	53
Segunda fase de recolha de dados: Novembro.	55
Aderência ao projeto.	56
4.3.3. Procedimentos estatísticos.....	57
5. Resultados	59
5.1. Análises Referentes ao SDQ	59
5.1.1. Verificação de pressupostos para a análise fatorial exploratória do SDQ.....	59
5.1.2. Análise fatorial exploratória do SDQ.	59
5.1.2.1. Análise fatorial exploratória do SDQ com cinco fatores.	60
5.1.2.2. Análise fatorial exploratória do SDQ com três fatores.....	64
5.1.3. Estudo da fiabilidade/consistência interna do SDQ.	65
5.2. Análises Referentes ao C-TRF	67
5.2.1. Verificação de pressupostos para a análise fatorial exploratória do C-TRF.	67
5.2.2. Análise fatorial exploratória do C-TRF.....	67
5.3. Comparações entre Participantes	70
5.3.1. Língua materna.	72

5.3.2. Comuna de residência.....	73
6. Discussão	75
7. Limitações e Dificuldades Encontradas.....	83
8. Conclusões.....	85
9. Referências Bibliográficas.....	86
Anexos	X
Apêndices.....	XXIV

Índice das Tabelas

Tabela 1 - Idades médias e desvios-padrões por idade e por sexo.....	34
Tabela 2 - Posição ocupada pela criança na fratria.....	35
Tabela 3 - Representação das nacionalidades e línguas maternas por idade e por sexo.....	35
Tabela 4 - Estratificação por distrito e sexo.....	38
Tabela 5 - <i>n</i> dos estabelecimentos pré-escolares selecionados.....	38
Tabela 6 - Pré-escolas por região e cantão.....	39
Tabela 7 - Teste KMO e teste de Bartlett para o SDQ.....	59
Tabela 8 - Comunalidades dos itens do SDQ após extração	61
Tabela 9 - Variância total explicada por item e por fator do SDQ	62
Tabela 10 - Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax e com cinco fatores para o questionário SDQ.....	63
Tabela 11 - Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax e com três fatores para o questionário SDQ.....	65
Tabela 12 - Consistência interna do SDQ e dos três domínios.....	66
Tabela 13 - Teste KMO e teste de Bartlett para o C-TRF	67
Tabela 14 - Médias e desvios-padrões dos domínios SDQ por sexo e por idade	71
Tabela 15 - Médias e desvios-padrões dos domínios SDQ por idade e sexo	71
Tabela 16 - Médias e desvios-padrões para as variáveis Língua materna luxemburguesa e Língua materna não-luxemburguesa por sexo e idade.....	73
Tabela 17 - Médias e desvios-padrões da variável Comuna de residência por sexo e idade...	74

Índice das Figuras

Figura 1. <i>Flowchart</i> da recolha da amostra.	57
Figura 2. Diagrama de declividade do SDQ.	61
Figura 3. Diagrama de declividade do C-TRF.	68

Abreviaturas

SDQ	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (Questionário de Capacidades e Dificuldades)
C-TRF	<i>Caregiver-Teacher Report Form</i> (Questionário de Comportamentos da Criança para Educadores)
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i> (Questionário de Comportamentos da Criança para Pais)
ASEBA	<i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i> (Sistema de avaliação Empiricamente Validado)
AFE	Análise fatorial exploratória
LML	Língua materna luxemburguesa
LMnL	Língua materna não-luxemburguesa

Resumo

Objetivo: Avaliar o funcionamento comportamental e socioemocional em crianças residentes no Luxemburgo; Validar o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). **Metodologia:** Aplicação do SDQ e *Caregiver-Teacher Report Form* (C-TRF) numa amostra composta por 127 crianças com 4 e 5 anos ($M = 60,16$ meses; $DP = 6,59$) em 20 estabelecimentos pré-escolares. **Resultados:** Uma análise fatorial exploratória do SDQ não forneceu evidência para um modelo com 5 fatores. Após expurgação dos domínios externalizantes foi possível obter uma solução trifatorial satisfatória. O α de Cronbach do SDQ revelou ser inferior a $\alpha = 0,80$. A extração de um modelo fatorial válido para o C-TRF não foi possível e não foram evidenciadas diferenças significativas no funcionamento comportamental e socioemocional entre participantes com línguas maternas diferentes e entre participantes residentes em comunas urbanas vs. rurais. **Conclusão:** Devido à solução fatorial insatisfatória, a validação do SDQ não foi realizada. Estudos adicionais com amostras maiores são necessários.

Palavras-chave: Funcionamento comportamental e socioemocional; infância; pré-escola; SDQ; Luxemburgo.

Abstract

Assessment of behavioral, social and emotional functioning in children living in Luxembourg.

Objectives: Assess the behavioral, social and emotional functioning in children living in Luxembourg; Validate de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). **Method:** Administration of the SDQ and Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF) in a sample of 127 children with 4 and 5 years ($M = 60,16$ months; $SD = 6,59$) in 20 preschools of the 3 districts. **Results:** An exploratory factor analysis did not provide evidence for a five-factor model. After the exclusion of the externalization scales, a satisfactory three-factor solution was extracted. A low Cronbach's α was obtained ($\alpha = 0,80$) and no valid factor solution was extracted for the C-TRF. No significant differences in behavioral, social and emotional functioning were found between participants with different native languages and participants with residency in urban vs. rural municipalities. **Conclusion:** Due to the unsatisfactory factor solution, the SDQ was not validated. Additional studies with bigger samples are needed.

Keywords: Behavioral, social and emotional functioning; infancy; preschool; SDQ; Luxembourg.

1. Introdução

É fundamental averiguar desde cedo as dificuldades que afetam os jovens (crianças e adolescentes) com instrumentos adequados a fim de identificar, prevenir e intervir em eventuais problemas no âmbito da saúde mental que possam interferir com o bem-estar e um desenvolvimento socioemocional propício das crianças e dos adolescentes (Santos, 2013). Um número considerável de autores tem sublinhado que a proporção de jovens com perturbações comportamentais e socioemocionais persistentes é notável. Portanto, é essencial encaminhar desde cedo os jovens para serviços de intervenção adequados, a fim de moderar o impacto negativo que as suas dificuldades possam ter sobre o seu funcionamento comportamental e socioemocional e a sua adaptação ao longo da vida.

Um elevado número de publicações tem apresentado estudos onde foram aplicados dois grupos de instrumentos que têm demonstrado robustez considerável na identificação de perturbações no funcionamento comportamental, social e emocional infantil e adolescente (Achenbach et al., 2008). Trata-se do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Questionário de Capacidades e Dificuldades; SDQ) e dos formulários do *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA; Sistema de avaliação Empiricamente Validado) desenvolvidos por Goodman (1997) e Achenbach (1966) respetivamente. Ambas as medidas de avaliação podem ser aplicadas a várias faixas etárias e preenchidas por diferentes informadores (pais, cuidadores e educadores-de-infância/professores). O SDQ averigua os atributos positivos e negativos no funcionamento da criança e do adolescente, enquanto os formulários ASEBA avaliam os problemas e as competências do jovem. A fiabilidade e a validade de ambos instrumentos estão na origem de múltiplas traduções e aplicações em todo o mundo, permitindo a investigadores e profissionais da saúde a realização de estudos em grandes escalas e de comparações multiculturais.

A presente investigação foi realizada nos estabelecimentos pré-escolares dos três distritos do Grão-Ducado do Luxemburgo. A escolaridade obrigatória é iniciada aos quatro anos de idade com a entrada de crianças na pré-escola (Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, 2013). A literatura tem abordado de maneira extensiva o funcionamento comportamental e socioemocional desde o ensino primário até ao ensino secundário e superior. No entanto, existe pouca literatura referente à idade pré-escolar (Downs, Strand, Heinrichs, & Cerna, 2012; McDonnell & Glod, 2003).

O Luxemburgo é um país com uma situação cultural e linguística muito particular. Contudo, possui muito poucos instrumentos psicométricos validados para a sua população infantil e adulta que possam investigar o seu funcionamento. Perante esta escassez de testes de avaliação e de literatura referente à saúde mental nesta população, impõe-se a necessidade de elaborar e validar instrumentos capazes de investigar o funcionamento comportamental, social e emocional nas várias faixas etárias. Como sublinham Carter, Briggs-Gowan e Ornstein Davis (2004), é provável que a ausência de dados normativos suficientes contribua a uma identificação reduzida das perturbações comportamentais e socioemocionais em crianças, adolescentes e adultos. No entanto, o desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação proporciona aos investigadores meios para realizar estudos epidemiológicos a fim de recolher dados referentes a comportamentos individuais, conjuntos de sintomas e perturbações.

Portanto, é fundamental realizar estudos normativos com amostras abrangendo diferentes faixas etárias (Downs et al., 2012). A necessidade de existirem valores normativos adequados para os vários períodos desenvolvimentais justifica-se pela necessidade de os profissionais de saúde deterem meios para determinar se e de que modo o funcionamento infantil desvia do funcionamento dos pares (Achenbach, 2005). Assim, o presente estudo pretende averiguar o funcionamento comportamental e socioemocional e validar um instrumento psicométrico, o SDQ, a fim de criar valores normativos para a população infantil com idades compreendidas entre os quatro e cinco anos, residente no Luxemburgo.

Após a apresentação do estado do conhecimento referente ao funcionamento comportamental, social e emocional na infância e adolescência no primeiro ponto, será apresentada a metodologia utilizada no segundo capítulo. De seguida serão definidos os objetivos e serão apresentados no quarto capítulo, os resultados mais relevantes obtidos após análise dos questionários recolhidos nas escolas participantes. Além de expormos os resultados provenientes das análises fatoriais, serão apresentados os resultados das análises comparativas e correlacionais entre determinadas variáveis. No quinto ponto serão examinados os principais resultados obtidos, tendo em conta a literatura publicada que aborda as mesmas temáticas e os objetivos do estudo. Antes de concluir o presente trabalho, serão apresentadas as limitações e serão feitas sugestões para investigações futuras.

2. Revisão da Literatura

2.1. O Funcionamento Comportamental e Socioemocional

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico e complexo que inclui a motricidade global e fina, a linguagem, a cognição e o comportamento adaptativo (Committee on Children with Disabilities, 2001). A aquisição das diversas competências varia de criança para criança e a expressão inicial de uma nova competência é inconstante até a criança aprender a controlá-la. Avaliar as aquisições da criança de maneira pontual não permite averiguar o processo dinâmico que é o desenvolvimento. Importa então avaliá-lo periodicamente para facilitar a detecção de perturbações emergentes durante o crescimento da criança. De acordo com o comité, o reconhecimento da pertinência da detecção precoce dos atrasos de desenvolvimento e dos problemas comportamentais e/ou socioemocionais tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, preconizando exames de rotina na área da pediatria a fim de melhorar a detecção e identificação de dificuldades socioemocionais precoces. Deste modo, o acesso a serviços de intervenção e o tratamento das dificuldades observadas é facilitado, o que por sua vez permite atenuar o seu impacto sobre o funcionamento da criança e da família.

Com o fim de clarificar e melhor compreender o enquadramento teórico desta área do conhecimento passamos a definir alguns conceitos. O termo “avaliação” refere-se à identificação das diferentes características de um determinado problema, perturbação ou caso (Achenbach, 2005). O conceito “problemas comportamentais” refere-se a comportamentos externalizantes, tais como atividade elevada, agressão, birras, desafio e dificuldades nas interações com pares (Briggs-Gowan, 1996). Por sua vez, o termo “problemas socioemocionais” refere-se a problemas de natureza internalizante, alguns dos quais podem interferir com as interações sociais (depressão, retraimento social, inibição/timidez extrema, níveis baixos de atividade e angústia). A “competência socioemocional” corresponde a comportamentos que refletem o cumprimento de metas adequadas à idade no desenvolvimento socioemocional e que promovem interações sociais saudáveis. Esses comportamentos incluem empatia, interações pró-sociais entre pares, motivação, consciência emocional, complacência comportamental e positividade emocional.

Na área da saúde mental realiza-se geralmente a diferenciação entre grupos de síndromes que refletem, a um nível mais amplo, a estrutura das perturbações mentais: Internalização e

Externalização (Achenbach & Rescorla, 2000). Trata-se de uma distinção realizada por Achenbach (1966) numa tentativa de elaborar um sistema de classificação da psicopatologia, fundamentado em princípios teóricos, que fornece categorias definidas operacionalmente com o propósito de identificar grupos de perturbações e de implementar intervenções diferenciadas. Assim, a distinção Internalização-Externalização representa conjuntos globais de problemas onde o grupo Internalização reflete problemas, maioritariamente, com o Eu (nomeadamente reatividade emocional, ansiedade, depressão, queixas somáticas sem causa médica aparente e retraimento nos contactos sociais) e o grupo Externalização retrata principalmente conflitos com o meio/outros indivíduos e com as expectativas acerca do comportamento da criança (Achenbach, 1966; Achenbach & Rescorla, 2000). Estes agrupamentos globais podem auxiliar o planeamento da intervenção em crianças com problemas maioritariamente de um grupo ou do outro (Achenbach & Rescorla, 2000). Porém, muitas crianças manifestam perturbações tanto do grupo internalizante, como do grupo externalizante.

Carter et al. (2004) enumeraram três etapas no processo de deteção e identificação de crianças com risco elevado de desenvolver um problema: Primeiro, tal processo implica o recurso a instrumentos de avaliação curtos e relativamente baratos. Durante este processo inicial, as preocupações parentais assim como o contexto no qual a criança se desenvolve devem ser levadas em consideração (Committee on Children with Disabilities, 2001; Carter et al., 2004). A primeira avaliação pode ocorrer no consultório pediátrico (Carter et al., 2004) ou na escola (Dwyer, Nicholson, Battistutta, & Oldenburg, 2005). Uma vez que uma criança foi identificada, esta pode ser encaminhada para uma segunda avaliação mais aprofundada (Carter et al., 2004). A segunda fase consiste na elaboração de um relatório parental mais exhaustivo, acompanhado por perguntas sobre o grau de preocupação e de *stress* parental. Para além disso, deve ser investigada a presença de dificuldades ou de interferências causadas pelos problemas da criança nas atividades diárias, pois é essencial explorar o impacto da psicopatologia infantil no sistema familiar e investigar o *stress* parental. A terceira fase depende muito das fontes de informação disponíveis e implica observações, informantes colaterais e/ou encaminhamento para avaliações mais intensivas. Achenbach (2005) e Achenbach e Rescorla (2006) recomendam o envolvimento dos pais, dos educadores e dos cuidadores secundários a fim de fornecer um quadro exhaustivo que permita documentar as características dos mesmos. O objetivo é entender e ajudar a criança da melhor forma possível através da utilização de instrumentos de autoavaliação e de instrumentos paralelos

colaterais onde um cuidador averigua os outros cuidadores envolvidos (Achenbach, 2005). O objetivo é a planificação mais efetiva de intervenções que incluem informações acerca das diferenças e semelhanças dos padrões de funcionamento das crianças e dos seus cuidadores.

Os contextos pediátricos e as consultas de rotina adequam-se bem à deteção de dificuldades comportamentais e socioemocionais devido à frequência das consultas durante a infância (Committee on Children with Disabilities, 2001; Carter et al., 2004). No seu estudo de 2000, Briggs-Gowan, Horwitz, Schwab-Stone, Leventhal e Leaf (citados por Carter et al., 2004) afirmaram que os pais que conversam sobre os problemas de natureza comportamental e socioemocional com o pediatra são três vezes mais propensos a obter serviços de auxílio mental para os seus filhos.

Glascoc (2003) observou numa amostra composta por 472 pais americanos e os seus filhos que a preocupação parental é um bom indicador das perturbações socioemocionais exibidas pelas crianças, particularmente em crianças com idades superiores a quatro anos. No seu artigo, o autor explorou o conteúdo das preocupações parentais e a precisão das mesmas na identificação das perturbações mentais, através da administração do questionário *Parents' Evaluation of Development Status* (PEDS). Os resultados indicaram que em todas as idades averiguadas, as preocupações dos pais acerca do comportamento e/ou das competências sociais possibilitaram a identificação de 76% de crianças com elevadas pontuações nessas áreas, pois existe uma relação significativa entre preocupação com o comportamento e as competências sociais e o estado da saúde mental nas crianças.

2.1.1. Definição das perturbações socioemocionais e da psicopatologia.

A definição e a avaliação das perturbações comportamentais e socioemocionais que surgem na infância apresentam desafios consideráveis, uma vez que existem diversos fatores que complicam a tarefa (Del Carmen-Wiggins & Carter, 2001; Zeanah, Boris, & Larrieu, 1997).

Primeiro, a rapidez das transições a nível do desenvolvimento e do crescimento neste período constitui um verdadeiro problema, pois certos comportamentos clinicamente significativos em idades mais avançadas podem representar manifestações de um desenvolvimento normal na primeira infância (Zeanah, Boris, & Larrieu, 1997). Certos problemas comportamentais e socioemocionais assim como determinadas condições psicopatológicas são caracterizados pela presença de comportamentos que aparecem durante

o desenvolvimento normal, mas que são exibidos com uma frequência, intensidade e/ou duração elevada ou reduzida (Carter et al., 2004). Alternativamente, outros problemas de natureza comportamental e socioemocional e outras psicopatologias caracterizam-se por um desenvolvimento desviante ou pela presença de comportamentos incomuns, atípicos em qualquer idade ou que são expressos de uma maneira que é qualitativamente distinta da que ocorre normalmente entre crianças de desenvolvimento normal. Dada a rapidez das mudanças no desenvolvimento nos primeiros anos de vida, é fundamental assegurar que os comportamentos avaliados são adequados em termos de desenvolvimento. Por outro lado, é igualmente essencial testar se os conjuntos de comportamentos demonstram invariabilidade ao longo dos anos ou se estão associados de forma similar no período etário de interesse.

Num estudo longitudinal, Briggs-Gowan e Carter (2008) investigam o impacto dos problemas comportamentais e socioemocionais na primeira infância sobre o desempenho escolar no ensino básico, baseando-se nos resultados do *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment* (BITSEA) e no grau de preocupação parental em relação à criança. A amostra composta por crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 36 meses foi avaliada em dois tempos: No primeiro ano através do preenchimento do BITSEA pelos pais e parcialmente pelos educadores-de-infância e de seguida após a entrada no ensino básico, pelo preenchimento do *Child Behavior Checklist for Ages 6-18* (Questionário de Comportamentos da Criança, CBCL/6-18) e do *Caregiver-Teacher Report Form for Ages 6-18* (Questionário de Comportamentos da Criança para Educadores, C-TRF/6-18). Para completar a avaliação, foram administrados questionários que investigam os sintomas relativos à depressão e ansiedade dos pais e os pais foram solicitados a responder a questões sobre as suas preocupações acerca do desenvolvimento comportamental e socioemocional da criança e sobre eventuais sintomas depressivos. Os resultados sugerem que mais de metade das crianças identificadas pelos pais e pelos educadores como apresentando problemas no âmbito da saúde mental no ensino básico já tinham pontuações elevadas nos vários domínios do BITSEA com 12 a 36 meses. Além disso, as autoras demonstraram a existência de uma estabilidade homotípica substancial nas perturbações identificadas na idade escolar. Esta descoberta comprova que diferenciação nos comportamentos psicopatológicos ocorre desde muito cedo. As autoras concluem que existe uma relação entre a preocupação parental na primeira infância e o facto de os pais abordarem problemas manifestados pelas crianças e que os problemas comportamentais e socioemocionais não são transitórios, mas persistem ao longo do tempo. Esta conclusão sustenta a ideia de que avaliações precoces regulares são

necessárias para prevenir dificuldades no desenvolvimento infantil. Identificar crianças com base nas dificuldades e competências socioemocionais parece ser eficaz na previsão dos resultados e do desenvolvimento da criança no ensino básico, comparativamente a fatores de risco sociodemográficos tais como a pobreza.

Um outro estudo realizado por Kerr, Lunkenheimer e Olson (2007) explorou a estabilidade das diferenças individuais em avaliações de problemas internalizantes e externalizantes da criança em situações e contextos relacionais diferentes e em períodos desenvolvimentais distintos (pré-escola e ensino básico). Versões para a idade pré-escolar e escolar do CBCL e do C-TRF foram aplicadas aos pais e mães e aos educadores e investigadores. Os autores constataram em ambas as fases de investigação que a validade preditiva das avaliações dos problemas internalizantes e externalizantes dos pais foi considerável (comparativamente às avaliações dos educadores e investigadores). Por outro lado, as correlações entre pais e mães relativamente aos problemas internalizantes aparentaram ser moderadas. Além disso, os resultados destacaram estabilidade situacional e temporal significativa relativamente às diferenças individuais nos domínios de Internalização e de Externalização: Moderada a forte para as avaliações dos pais e das mães, moderada a fraca para os educadores e fraca para os investigadores. O estudo permitiu comprovar o valor das avaliações de informantes múltiplos e salientou a importância da inclusão dos pais na investigação sobre o desenvolvimento e a psicopatologia.

O estudo de Berg-Nielsen, Solheim, Belsky e Wichstrom (2012) também inquiriu sobre a concordância entre avaliações de pais e educadores acerca da psicopatologia infantil pré-escolar numa amostra norueguesa de 734 crianças com quatro anos de idade. Mais especificamente, os autores averiguaram quais os fatores envolvidos no (des)acordo entre pais e educadores. Vários fatores específicos à criança, aos pais e aos educadores-de-infância foram analisados através do CBCL e do C-TRF. A análise revelou que os pais referiram em geral mais perturbações do que os educadores e o desacordo entre pais e educadores foi maior em crianças com perturbações severas e em crianças do sexo feminino com problemas externalizantes. Em contrapartida, o acordo entre ambos foi elevado para os problemas externalizantes do sexo masculino. O estudo ainda indicou que a perceção por parte do educador de um conflito na relação educador-criança aumentou o número dos problemas referidos e que o *stress* parental também gerou desacordo, aumentando o número das perturbações referidas pelos pais.

Segundo Briggs-Gowan Carter, Bosson-Heenan, Guyer e Horwitz (2006), é imperativo detetar e identificar precocemente a psicopatologia infantil, a fim de estabelecer serviços de intervenção para o tratamento de eventuais atrasos cognitivos, da linguagem ou de desenvolvimento. De facto, a fim de assegurar o sucesso escolar dos alunos, é imperativo considerar a importância das competências socioemocionais dos jovens, uma vez que estão relacionadas com o funcionamento académico (Heathfield & Clark, 2004). Os autores consideram essencial fornecer um ambiente de apoio e de cuidados de modo a facilitar um desenvolvimento socioemocional saudável, uma vez que as crianças e os adolescentes vivem num mundo onde são continuamente expostos a diversos agentes causadores de *stress* (situação económica, abusos e negligências, violência, etc.). Consequentemente, o número de jovens que necessita de auxílio profissional tem vindo a aumentar consideravelmente.

Neste sentido, a escola pode desempenhar um papel fundamental na prevenção, promovendo estratégias de enfrentamento no ensino, para prevenir o insucesso escolar ou a manifestação da psicopatologia (Dwyer et al., 2005). Nesta abordagem, o funcionamento social e emocional é considerado crítico no desenvolvimento infantil e no desempenho escolar. Os autores apontam para a importância de existir um bom relacionamento e uma comunicação eficaz entre os professores e os pais dos seus alunos (e/ou outros informadores/cuidadores) para que seja possível a identificação de eventuais fatores de risco aos quais os jovens possam estar expostos. Existindo um conhecimento suficiente sobre o contexto familiar, os professores podem encaminhar com mais efetividade os alunos com necessidades terapêuticas.

O segundo fator que complica a definição e a avaliação das perturbações comportamentais e socioemocionais que surgem na infância refere-se à escassez de guias possibilitando a integração dos dados recolhidos (Carter et al., 2004). De facto, um dos desafios com que se deparam os clínicos e os investigadores consiste na determinação de procedimentos apropriados para a integração de dados provenientes de diversos métodos e fontes. O terceiro fator diz respeito à insuficiência de informações que permitem determinar e quantificar, numa perspetiva desenvolvimental e contextual, as limitações da criança e da família. Quanto às limitações da criança, estas têm de ser avaliadas tendo em conta as relações com os principais cuidadores, assim como as limitações da criança e da família que são secundárias aos sintomas da criança. Como referem Carter e as suas colaboradoras (2004), é possível constituir uma lista com as atividades e os contextos que documentam as

dificuldades da criança. As autoras enumeram quatro aspetos do funcionamento da criança que devem ser abordados: (a) A adaptação a exigências e/ou contextos específicos adequados ao desenvolvimento infantil; (b) a aquisição de novas capacidades e competências desenvolvimentais; (c) os relacionamentos e o funcionamento interpessoal; ou (d) a saúde. O último fator apresentado por Carter et al. alude à dificuldade de avaliar o funcionamento da criança num contexto relacional e cultural relevante.

2.1.2. A idade pré-escolar.

O funcionamento comportamental e socioemocional na idade pré-escolar e as perturbações associadas constituem temáticas pouco abordadas na literatura científica (Downs et al., 2012; McDonnell & Glod, 2003). De facto, a extensa literatura referente à infância e à adolescência exclui em geral a idade pré-escolar. A falta de evidência sobre o funcionamento nesta faixa etária dificulta a determinação de um diagnóstico e de um tratamento apropriado. Assim, os profissionais de saúde são forçados a apoiar-se na sua experiência clínica e na sua opinião profissional para identificarem as dificuldades da criança (McDonnell & Glod, 2003).

Porém, o interesse pela idade pré-escolar tem vindo a aumentar consideravelmente (Bufferd, Dougherty, Carlson, & Klein, 2011). É imprescindível desenvolver os conhecimentos de base nesta área por diversos motivos. Primeiro, múltiplos estudos sugerem que as perturbações comportamentais e emocionais em crianças em idade pré-escolar são relativamente comuns, com prevalências comparáveis à idade escolar, como sugerem Egger e Angold (2006). Segundo, de acordo com alguns autores, nomeadamente Campbell (1995), os sintomas na idade pré-escolar são relativamente estáveis e fenómenos não transitórios. Terceiro, as perturbações que surgem nesta faixa etária podem ter implicações negativas no desenvolvimento infantil, uma vez que o período pré-escolar está associado a diversos desafios, tais como o estabelecimento de relações com pares e a entrada em programas escolares obrigatórios. Consequentemente, problemas a nível comportamental e emocional nesta idade podem ter um impacto significativo no desenvolvimento infantil subsequente (Bufferd et al., 2011). Portanto, a identificação das perturbações que aparecem precocemente é fundamental na minimização dos seus efeitos potenciais a longo prazo (Carter et al., 2004). Quarto, Bufferd et al. (2011) citam Luby et al. (2002) e Mesmam e Koot (2001), que referem que a documentação de perturbações diagnosticáveis pode encorajar o desenvolvimento de programas de prevenção e identificação precoce de maior qualidade.

Alguns investigadores e profissionais da saúde sugerem classificar as perturbações psiquiátricas na idade pré-escolar. Todavia, Egger e Angold (2006) enumeram alguns inconvenientes dessas classificações. Primeiro, o período pré-escolar apresenta desafios únicos na avaliação, uma vez que está associado a mudanças extensas e rápidas a nível físico e neurológico, a nível da linguagem, da cognição, da emoção e do comportamento social. Estas mudanças podem influenciar as manifestações sintomáticas de diversas formas, de maneira a que não seja possível identificar fiavelmente e avaliar validamente sintomas ou conjuntos de sintomas. Assim, por exemplo, a avaliação dos sintomas de oposição é dificultada com a aparição de comportamentos autónomos aos dois anos uma vez que estes são acompanhados por um acréscimo normativo de birras e comportamentos de oposição, que podem ser significativos a nível clínico quando exibidos com muita frequência e intensidade (Carter et al., 2004). Segundo, as diferenças individuais no desenvolvimento podem ser inadequadamente identificadas como sintomas ou perturbações psiquiátricas (Egger & Angold, 2006). Terceiro, nem o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da *American Psychiatric Association*, APA) nem a ICD-10 (Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, OMS), as taxonomias psiquiátricas dominantes, levam em consideração as variações do desenvolvimento. Quarto, pequenas crianças são inapropriadamente rotuladas com “doenças” que vão modelar de forma negativa a perceção que constroem sobre si próprias, assim como a perceção dos pais e/ou outros cuidadores sobre elas. Por último, comportamentos problemáticos em crianças pequenas resultam das relações entre pais e criança e do contexto no qual esta interage.

Uma temática muito abordada na idade pré-escolar concerne ao temperamento. Este é considerado por muitos autores como constituindo um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas na infância e na idade adulta (Egger & Angold, 2006). Segundo Egger e Angold (2006), investigações ao longo das últimas décadas estão na origem de descobertas relevantes que contribuiram para o esclarecimento da psicopatologia infantil pré-escolar. Embora as características temperamentais tenham sido conceptualizadas como sendo fatores de risco para uma variedade de perturbações, os autores sugerem que é possível que características temperamentais averiguadas precocemente revelem a presença precoce das perturbações. Os autores alertam para ao facto de que existe uma falta de clareza a nível conceptual relativamente à distinção entre temperamento e psicopatologia. Essa falta de clareza reflete-se na quantidade de itens nos instrumentos de avaliação que se sobrepõe. Tais

sobreposições representam um problema metodológico e conceptual sério na compreensão da relação que existe entre temperamento e o início precoce da psicopatologia infantil.

O desenvolvimento de instrumentos para averiguar domínios de sintomas em crianças pequenas providenciou a fundação para o campo em crescimento da psicopatologia pré-escolar (Bufferd et al., 2011). Através dos formulários de avaliação para pais e educadores/professores utilizados em estudos transversais e longitudinais, os investigadores detêm informações importantes acerca dos níveis, dos correlatos e da estabilidade dos sintomas expressos por crianças em idade pré-escolar.

Apesar da escassa literatura referente à idade pré-escolar, vários autores realizaram estudos com instrumentos cujo objetivo é a deteção e a avaliação de perturbações no funcionamento nesta faixa etária. Bufferd e colaboradores (2011) realizaram um estudo com uma amostra comunitária americana de 541 crianças com três anos de idade, com o objetivo de examinar as perturbações comportamentais e emocionais referenciadas pelos pais através do *Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)*. Além do mais, os autores propuseram-se a verificar qual a proporção de crianças que preenchiam os critérios para um diagnóstico do DSM-IV. Um número substancial de crianças foi diagnosticado com pelo menos uma perturbação abrangida pelo PAPA, a perturbação de oposição e de desafio, as fobias específicas e a perturbação de ansiedade de separação sendo estas as mais prevalentes e a depressão, o mutismo seletivo e a perturbação de pânico as menos prevalentes. Bufferd et al. ainda confirmaram a existência de comorbilidade entre determinadas perturbações, particularmente entre depressão, ansiedade e perturbação de oposição e de desafio e entre a perturbação de oposição e de desafio e a perturbação de hiperatividade e verificaram uma sobreposição considerável entre perturbações comportamentais e emocionais. Por último, os autores destacaram uma associação entre sintomas e um funcionamento empobrecido, tal como já foi verificado em estudos sobre crianças mais velhas e adolescentes, nomeadamente por Ravens-Sieberer et al. (2008).

Numa revisão da literatura, McDonnell e Glod (2003) compararam os resultados obtidos em sete investigações realizadas entre os anos 1986 e 1998 com amostras entre os 104 e os 3.860 participantes com idades entre um e nove anos. O instrumento de avaliação mais utilizado correspondeu ao CBCL e a determinação dos diagnósticos foi efetuada recorrendo aos critérios do DSM. As investigações abrangidas evidenciaram que um número substancial de crianças em idade pré-escolar experienciou dificuldades e taxas de prevalência elevadas

foram apresentadas para as perturbações de ansiedade, do humor, do comportamento, de oposição e de desafio e de hiperatividade. Além do mais, os estudos abrangidos referiram que a comorbilidade associada a estas perturbações é elevada. McDonnell e Glod concluíram o estudo, ressaltando o papel fundamental que a identificação e o tratamento precoce na idade pré-escolar desempenham na prevenção do desenvolvimento de dificuldades severas no funcionamento comportamental e socioemocional das crianças.

Downs et al. (2012) foram os primeiros a realizar um estudo que examina as diferenças entre as avaliações de educadores-de-infância acerca do funcionamento de crianças provenientes de diversos contextos culturais e linguísticos. Recorrendo à versão para educadores do SDQ, os autores investigaram as suas propriedades psicométricas numa amostra composta por 477 crianças com idades compreendidas entre os três e os cinco anos residentes na Alemanha e nos EUA. A amostra dos EUA abrangeu crianças com língua materna inglesa e espanhola. Na Alemanha, os educadores preencheram o C-TRF em complemento ao SDQ. As análises comparativas entre línguas e culturas sustentaram conclusões já estabelecidas por outros autores, nomeadamente, Woerner et al. (2004), segundo os quais o SDQ é um instrumento robusto que pode ser utilizado em avaliações em contextos distintos de um ponto de vista cultural e linguístico. Efeitos da idade, sexo e cultura/língua foram evidenciados pelas análises, nomeadamente efeitos da idade nos domínios hiperatividade, pontuação total de dificuldades e comportamentos pró-sociais. Relativamente ao sexo, segundo as avaliações dos educadores-de-infância, crianças do sexo masculino apresentaram mais comportamentos de hiperatividade e pontuações totais de dificuldades mais elevadas, comparativamente ao sexo feminino. Por outro lado, o sexo feminino apresentou mais comportamentos pró-sociais do que o sexo masculino. Quanto ao contexto cultural e linguístico, Downs e colaboradores (2012) ressaltaram a coerência entre as pontuações dos três grupos. Contudo, destacaram algumas diferenças: As crianças alemãs apresentaram pontuações mais elevadas nos domínios sintomas emocionais e problemas de comportamento, comparativamente aos dois grupos dos EUA. Além do mais, uma interação significativa entre cultura/linguagem e idade foi detetada para os domínios problemas de relacionamento com os pares e as dificuldades totais. Neste grupo, as pontuações mantiveram-se estáveis ao longo do tempo para as crianças alemãs, enquanto as pontuações das crianças com língua inglesa e espanhola baixaram com o aumento da idade. Por último, os resultados revelaram correlações elevadas entre o SDQ e C-TRF, sugerindo que o SDQ e o C-TRF medem constructos semelhantes na idade pré-escolar. Porém, os autores alertaram

para o facto de que os *cut-offs* sugeridos por Goodman (1997) não são apropriados para a idade pré-escolar e devem, portanto, ser ajustados.

No seu estudo longitudinal acerca dos comportamentos sociais infantis, da linguagem e da alfabetização em crianças entre os três e os sete anos, Hartas (2012) examinou três aspetos: As variações nos relatos dos pais e dos educadores/professores sobre as dificuldades comportamentais, sociais e emocionais em crianças, o (des)acordo entre os informadores e as relações entre o comportamento e a linguagem e alfabetização aos sete anos, num estudo longitudinal que compreendeu 8.765 crianças na Grã-Bretanha. Avaliações foram efetuadas aos três (pré-escola), aos cinco (início do ensino primário) e aos sete anos através do SDQ e de questionários complementares de avaliação da fala, audição, leitura e escrita. De acordo com as respostas parentais no SDQ, as dificuldades comportamentais e sociais diminuíram enquanto os comportamentos pró-sociais aumentaram entre os três e os sete anos e, particularmente, após a entrada no ensino primário. Em contrapartida, verificou-se a presença de estabilidade nas avaliações dos sintomas emocionais durante o período em questão. A análise das relações entre os domínios do SDQ (dos pais e educadores/professores) e a fala, audição, leitura e escrita aos sete anos revelou a existência de múltiplos efeitos significativos: Comparativamente aos pares com competências na fala, audição, leitura e a escrita acima da média, crianças com competências abaixo da média apresentaram, segundo os pais e os professores, pontuações mais elevadas nos domínios problemas de comportamento, hiperatividade, problema com os pares e dificuldades totais aos sete anos. No que concerne ao acordo entre informadores, este foi elevado para as dificuldades sociais e emocionais, particularmente para a hiperatividade, comparativamente aos comportamentos pró-sociais e aos sintomas emocionais. Hartas concluiu que as dificuldades de comportamento exibidas pela criança afetam e são afetadas pelos níveis de linguagem e de alfabetização. Hartas acrescentou que o comportamento infantil muda substancialmente durante a idade pré-escolar e à entrada no ensino básico e que essas mudanças são suscetíveis de terem efeitos a longo prazo. A evolução nas exigências sociais e académicas no ensino básico tem o potencial de promover ou de impedir o progresso da linguagem, da alfabetização e do comportamento social. Consequentemente, Hartas apontou para a necessidade de existir ação que visa os problemas a nível da linguagem, da alfabetização e do comportamento. Tendo em conta a relação bidirecional que existe entre linguagem, alfabetização e comportamento, as práticas educacionais deveriam não só apoiar a linguagem e a alfabetização, mas também o comportamento.

Ezpeleta, Granero, de la Osa, Penelo e Domènech (2013) realizaram um estudo de validação do SDQ na Espanha com uma amostra de 1.341 participantes incluindo pais e educadores-de-infância de crianças com três anos de idade. Os autores detetaram uma associação entre as pontuações do SDQ para pais e educadores e o recurso a serviços de saúde mental por um lado e as dificuldades experienciadas pelas crianças por outro lado. De acordo com os resultados, o sexo da criança agiu como moderador da interação entre as pontuações do domínio de Internalização do SDQ e o uso de serviços e as dificuldades. Para além disso, os autores certificaram que a capacidade discriminatória SDQ é elevada, pois distinguiu entre a presença e a ausência de perturbações repertoriadas no DSM-IV. Efeitos significativos relacionados com o sexo da criança foram evidenciados em ambas as versões do SDQ para os subdomínios de hiperatividade, de comportamento pró-social, para o domínio de Externalização e para o perfil de Problemas totais (apenas na versão para pais). Ezpeleta e colaboradores salientaram as boas propriedades psicométricas do SDQ e reconheceram-no como um instrumento válido para avaliar crianças com perturbações a nível comportamental e emocional.

2.1.3. A persistência das perturbações comportamentais e socioemocionais.

Devido às mudanças desenvolvimentais que ocorrem durante a primeira infância (nascença ao três anos), muitos pais e profissionais da saúde defendem que os problemas comportamentais e socioemocionais precoces, que surgem nesse período, não são transitórios (Briggs-Gowan et al., 2006; Briggs-Gowan & Carter, 2008). Briggs-Gowan e colaboradores (2006) estudaram os padrões de persistência de problemas internalizantes, externalizantes e de desregulação relatados pelos pais e os fatores relacionados com a persistência, numa amostra composta por crianças sem dificuldades diagnosticadas com idades compreendidas entre os 12 e 40 meses (na primeira avaliação) e 23 e 48 meses (na segunda avaliação). Os resultados do *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment* (ITSEA) permitiram evidenciar que 49,9% das crianças com pontuações elevadas na primeira avaliação apresentaram pontuações elevadas na segunda avaliação. Estes resultados indicam que a psicopatologia infantil não é transitória, mas que os problemas de natureza comportamental e socioemocional são persistentes e que continuam a ser alvo de preocupação um ano após a sua deteção.

Numerosos estudos realizados nas décadas passadas têm vindo a atestar que existe continuidade e semelhança nos padrões sintomáticos da psicopatologia infantil e adulta

(Achenbach, 1966; Rutter, Kim-Cohen, & Maughan, 2006). Segundo a perspectiva de Rutter et al. (2006), o desenvolvimento inclui inevitavelmente continuidade e mudança e ambos os aspectos implicam coerência, legitimidade e organização. Existe uma interação constante entre o indivíduo e o meio e os primeiros anos de vida são determinantes através dos efeitos em cadeia que podem ser postos em movimento. Para os autores, a ação pessoal, i.e., a resposta aos desafios que enfrentam, assim como a regulação comportamental e emocional são determinantes, uma vez que ambas são suscetíveis de influenciar a continuidade ou a mudança da psicopatologia. O decorrer e a expressão de uma perturbação é afetada por uma multitude de fatores, tais como a aparição precoce de um problema, os fatores genéticos e a interação entre genética e ambiente, as experiências-chave, a exposição de risco aumentado na psicopatologia antissocial, as experiências infantis adversas e as suas sequelas, as estratégias de *coping* e os mecanismos cognitivos envolvidos no processamento da psicopatologia, são alguns fatores que alteram a expressão psicopatológica.

2.1.4. A importância do contexto.

Já Winnicott referia em 1965 que sozinho o bebé não existe: O bebé existe na relação. (Carter et al., 2004; Sameroff & Emde, 1989). De facto, a criança pequena não pode ser pensada e considerada sem o seu cuidador principal e sem o contexto no qual vive. Existe um forte consenso de que as avaliações das dificuldades comportamentais e socioemocionais na infância devem integrar os conhecimentos sobre o funcionamento socioemocional e os sintomas psicopatológicos dentro de vários contextos, nomeadamente o contexto de cuidados, assim como também as influências a nível infantil, os fatores relativos à família alargada, as contribuições culturais e os fatores sociais (Carter et al., 2004).

2.1.4.1. O contexto de cuidados.

Segundo Sameroff e Emde (1989), o contexto de cuidados desempenha um papel fundamental nas trajetórias desenvolvimentais da criança, pois as crianças são altamente dependentes de suportes reguladores externos e, por isso, são grandemente influenciadas pelos contextos de cuidados. Assim, não é raro que o aparecimento de um problema comportamental seja específico a um determinado contexto ou cuidador.

Os comportamentos-problema podem refletir uma incompatibilidade entre o nível de desenvolvimento da criança e as exigências situacionais e os apoios disponíveis (Carter et al., 2004). Por outro lado, certas crianças com comportamentos-problema significativos em

vários contextos podem parecer bem reguladas em contacto com o determinado cuidador, devido às acomodações e qualidades situacionais únicas promovidas pelo cuidador. Comportamentos-problema que ocorrem através de vários contextos relacionais são alvo de grande preocupação, uma vez que sugerem que a criança internalizou ou aprendeu um estilo de resposta que se generalizou para além de um contexto ou cuidador específico.

A definição do contexto de cuidados passa pela identificação dos cuidadores primários da criança, dos padrões das relações de cuidado atuais (transições entre cuidadores, etc.) e da história dessas relações de cuidado (transições múltiplas, perdas súbitas, etc.) [Carter et al., 2004]. Outro fator a ter em conta acerca do contexto de cuidados concerne a maneira como os pais definem a família e as pessoas que nela são incluídas. Essa definição é essencial na identificação dos meios de apoio e da origem de *stress* dentro do sistema familiar. A pertença à família pode ser definida, por um lado, baseando-se nas relações biológicas e, por outro lado, pela perceção de relações psicológicas. Assim, o sistema familiar pode incluir a família nuclear, redes de parentesco alargadas ou a comunidade (Bengtson, 2001).

2.1.4.2. Os contextos de raça, etnia e cultura.

Fundamental na avaliação do contexto de cuidados é a distinção entre cultura, raça e etnia, pois cada vez mais, as famílias são multiétnicas, multiculturais e multirraciais, declaram Carter et al. (2004). Investigadores que estudam as influências culturais sobre o desenvolvimento defendem a ideia de que as crenças, os valores e as práticas culturais devem desempenhar um papel primário nas avaliações de crianças (Betancourt & López, 1993; Achenbach, 2005). De facto, a cultura deve ser apreendida como uma entidade dinâmica e responsiva ao meio e às condições às quais a família tem de se adaptar, tais como a imigração, a situação económica e a exposição a grupos culturais diferentes (Christensen, Emde, & Fleming, 2004). Achenbach (2005) sublinha a importância e a necessidade dos instrumentos de avaliação, dos critérios diagnósticos e dos constructos taxonómicos serem validados nas diversas culturas. Este passo é fundamental para responder à questão de saber se os instrumentos, os critérios e os constructos podem ser generalizados ou se apenas são válidos para uma determinada cultura.

Além do mais, é essencial ter em conta a cultura no desenvolvimento de um instrumento de avaliação, referem Carter e colaboradoras (2004). De facto, não é suficiente traduzir um instrumento psicométrico para a população alvo ou para a língua materna do indivíduo, pois

as traduções podem não adequar-se à população que está a ser estudada ou à família em questão. Logo, a consistência interna ou a estrutura fatorial obtida numa cultura dominante não implica que as mesmas serão validas numa minoridade étnica ou racial, uma vez que o valor atribuído a determinados comportamentos pode variar de cultura em cultura, de forma a que certas condutas sejam percebidas como problemáticas para uns, mas não para outros. Portanto, é importante iniciar um diálogo com a família a fim de entender o valor cultural atribuído aos comportamentos manifestados. A abertura relativamente à diversidade e a consciência da diversidade das práticas culturais são qualidades fundamentais nas avaliações (Betancourt & López, 1993). A formação pessoal e, mais especificamente, o processo de autoconhecimento permitem evitar patologizações excessivas ou reduzidas da criança ou das práticas familiares.

2.1.4.3. O contexto de desenvolvimento.

O desenvolvimento socioemocional e a psicopatologia infantil devem ser avaliados tendo em conta o desenvolvimento cognitivo e linguístico e as condições físicas e de saúde da criança (Carter, Marakovitz, & Sparrow, 2006). As autoras do artigo citam Anna Freud que sublinhou em 1966 a importância de entender como as diversas linhas de desenvolvimento afetam a evolução de outros domínios desenvolvimentais, nomeadamente, cognição, linguagem, funções motoras finas e globais, competências sensoriais).

2.1.5. Fatores de risco e fatores de proteção.

Para além de ser necessário examinar o contexto de desenvolvimento e de cuidados, importa averiguar outros parâmetros suscetíveis de auxiliar ou prejudicar o desenvolvimento adaptativo da criança (Carter et al., 2004; Wille, Bettge, Ravens-Sieberer e o BELLA *study group*, 2008). A acumulação de fatores de risco ambientais internos e externos ao sistema familiar tem um efeito adverso no desenvolvimento da criança. Além do mais, para Scheithauer e Petermann (1999), a vulnerabilidade aos fatores de risco aumenta com a idade, varia consoante o sexo e depende da duração do impacto do risco e da ocorrência sequencial ou simultânea dos fatores

Wille, Bettge, Ravens-Sieberer et al. (2008) recorreram ao SDQ para examinar a frequência e a distribuição de fatores de risco e fatores de proteção e as suas consequências a nível da saúde mental infantil. Para os autores, os fatores de risco não constituem fenómenos isolados, mas tendem a agrupar-se. Vários fatores de risco suscetíveis de influenciarem o

decorrer de um determinado problema foram destacados: Fatores ambientais, psicossociais e biológicos. Relativamente aos fatores de proteção na infância, Wille, Bettge, Ravens-Sieberer et al. (2008) afirmaram que estes podem contribuir para o desenvolvimento resiliente da criança. Trata-se de fatores específicos à criança (recursos pessoais, tais como características da personalidade), específicos à família (recursos familiares, nomeadamente apoio familiar, educação, etc.) e específicos ao contexto social alargado da criança (recursos sociais, a saber apoio social disponível). Os resultados revelaram que a prevalência dos fatores de risco foi mais elevada em populações caracterizadas por determinados contextos (doença, estatuto socioeconómico), afetando mais adolescentes do que crianças mais novas e que a acumulação de fatores de risco aumentou a probabilidade de sofrer de doenças mentais. Os autores concluíram que um elevado número de recursos pode exercer um efeito protetor em jovens não expostos a contextos altamente estressantes e propuseram uma abordagem preventiva centralizada na promoção da saúde. Essa abordagem passa pela identificação de fatores suscetíveis de alterar o impacto de outros fatores de risco existentes. Os autores realçaram que diferentes tipos de estratégias e intervenções devem ser elaborados a fim de responder às necessidades dos jovens. Essas estratégias e intervenções devem ter em conta o nível de exposição aos fatores de risco.

No artigo de Dwyer et al. (2005), os autores exploraram a importância da comunicação entre família e educadores-de-infância acerca dos fatores de risco a nível familiar aos quais as crianças estão expostas. Neste estudo longitudinal de três anos, os autores aplicaram as versões para pais e educadores do *Family Risk Factor Checklist* a uma amostra australiana de 756 crianças. Este inventário avalia a exposição da criança a fatores de risco no meio familiar e explora o conhecimento dos educadores-de-infância sobre esses riscos. Os resultados indicaram que existe um maior conhecimento sobre os fatores de risco por parte dos educadores quando a comunicação com os pais é maior. Além do mais, os autores referiram que existe uma grande concordância entre os educadores-de-infância e os pais nos itens referentes aos fatores de risco. Dwyer et al. apontaram para o papel determinante das relações pais-professores fortes no desempenho académico das crianças, particularmente em famílias desfavorecidas ou crianças com doenças mentais, pois o estudo revelou que a comunicação entre ambos aumentou o conhecimento dos educadores-de-infância sobre a exposição a fatores de risco. Esse conhecimento pode influenciar o encaminhamento para serviços de intervenção especializados. Portanto, é fundamental otimizar a comunicação entre ambas as

partes, para os educadores-de-infância terem conhecimentos suficientes sobre a situação familiar da criança quando a sua intervenção é solicitada.

Existe, na comunidade científica, pouco consenso no que diz respeito ao meio de residência e à prevalência de perturbações a nível comportamental e socioemocional (Marsella, 1998; Verheij, 1996). Contudo, como referem os Marsella (1998) e Verheij (1996), parece que os meios urbanos constituem um fator de risco, pois estudos que comparam a saúde mental entre residentes de meios urbanos vs. rurais indicam que, em geral, os habitantes de zonas urbanas exibem mais problemas. Verheij (1996) examinou as variações existentes na saúde mental nos meios urbanos e rurais e avançou alguns elementos explicativos, nomeadamente a exposição a fatores ambientais (poluição, tráfego, stress, etc.) e sociais (apoio social, atividades sociais, etc.) e o comportamento (abuso de substâncias, exercício físico, etc.).

Poucos estudos relacionam a saúde mental infantil às variáveis meio de residência, recorrendo ao SDQ. A literatura existente investiga a prevalência das perturbações psiquiátricas em zonas urbanas/rurais e em favelas de países em desenvolvimento. A investigação de Mullick e Goodman (2005) averiguou a prevalência das perturbações psiquiátricas numa amostra comunitária e clínica de crianças com idades compreendidas entre os cinco e os 10 anos em áreas urbanas/rurais e em favelas em Bangladesh através da administração do SDQ e do *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA). De acordo com os resultados, as perturbações comportamentais e a perturbação de *stress* pós-traumático são mais prevalentes em favelas, comparativamente aos meios urbanos e rurais. Relativamente à perturbação obsessivo-compulsiva, esta aparenta ser altamente prevalente nas três áreas. Os resultados do DAWBA revelaram que a proporção de crianças entre os cinco e os 10 anos a sofrer de pelo menos uma perturbação psiquiátrica do ICD-10 é de 15% em zonas rurais, 10% em zonas urbanas prósperas e 20% em favelas. Os autores detetaram um número de perturbações mentais significativamente mais elevado em favelas, comparativamente a zonas rurais e urbanas, sugerindo que a pobreza das favelas reflete-se na saúde mental dos seus residentes.

Um outro estudo epidemiológico realizado em zonas urbanas/rurais e favelas de Bangalore na Índia estudou a prevalência das perturbações psiquiátricas em crianças e adolescentes (Srinath et al., 2005). Apesar da elevada prevalência das perturbações mentais

na população jovem (até aos 16 anos), não foram evidenciadas efeitos do meio sobre o funcionamento comportamental e socioemocional da criança.

2.1.6. Avaliação do funcionamento comportamental e socioemocional na infância.

Provas empíricas documentam que as crianças sofrem de perturbações mentais sérias e persistentes que prejudicam as suas atividades diárias e que comprometem a sua adaptação a nível do desenvolvimento, assim como o seu funcionamento social e o seu desempenho escolar (Briggs-Gowan et al., 2006; Briggs-Gowan & Carter, 2008; Carter et al., 2004; Kessler et al., 2009; Wille, Bettge, Ravens-Sieberer et al., 2008). Os progressos realizados no âmbito da conceptualização e na medição dos problemas e das competências socioemocionais na infância, assim como na área da psicopatologia infantil, foram essenciais nestes últimos anos (Zeanah, Boris, Heller et al., 1997, 1998). Esses progressos permitiram atestar que um número significativo de crianças apresenta perturbações psicopatológicas e que, frequentemente, os problemas que surgem neste período de desenvolvimento persistem ao longo da vida. Logo, a fim de facilitar a deteção de dificuldades de natureza socioemocional, diversos instrumentos, tais como questionários e entrevistas, foram desenvolvidos nos últimos anos com o objetivo de avaliar o funcionamento das crianças e de permitir o encaminhamento para serviços de intervenção.

Importa incluir nas avaliações, informações de várias fontes, incluindo observações e relatos de todos os indivíduos que interagem diariamente com a criança (Carter et al., 2004). Os relatos dos pais podem ser sujeitos a uma variedade de vieses de informação, incluindo possíveis distorções associadas a sintomas afetivos dos pais, distorções negativas cujo objetivo é a obtenção de serviços ou a omissão de problemas para evitar estigmatizações ou a intervenção de serviços externos, tais como serviços sociais, etc. Assim, enquanto métodos capazes de integrar diferentes tipos de informação não forem desenvolvidos, a interpretação de dados provenientes de vários métodos e informadores deve ser informada pelo conhecimento das vantagens e limitações de cada abordagem. Rescorla (2005) acrescenta que a fim de obter um relatório exaustivo sobre o funcionamento da criança, as avaliações devem levar em consideração o informador, assim como as variações relacionadas com a etnicidade, as constelações familiares, o nível socioeconómico e as línguas faladas em casa.

Abordagens na avaliação.

O processo de avaliação de crianças e de adolescentes com dificuldades comportamentais, sociais e/ou emocionais mudou nas últimas duas décadas como consequência de uma expansão da proeminência e da aceitação de métodos de avaliação, tais como as entrevistas comportamentais estruturadas, os inventários de comportamentos, as escalas de avaliação (autoavaliações e relatos de informantes) e a observação sistemática (Shapiro & Heick, 2004). De acordo com os resultados do inquérito realizado por Shapiro e Heick (2004), verifica-se um aumento significativo na utilização, pelos psicólogos escolares, de entrevistas, de escalas de avaliação e de observações em contextos de avaliação comportamental, social e emocional de alunos suspeitos de apresentarem dificuldades em pelo menos um desses domínios.

Os instrumentos de avaliação variam consoante o indivíduo que fornece respostas (i.e., o próprio indivíduo examinado, os pais/cuidadores, educadores/professores, etc.), o método de avaliação, o período de tempo abrangido, assim como o tipo de informação (sintomas individuais ou comportamentos socioemocionais) [Carter et al., 2004]. Informações específicas referentes ao início, ao decorrer, à frequência, à intensidade, à qualidade e ao contexto de ocorrência são necessárias para a atribuição de um diagnóstico. Segundo os autores, questionários que apenas investigam a frequência de um comportamento permitem identificar uma criança com riscos elevados de psicopatologia. Porém, não permitem reter informações suficientes para a realização de um diagnóstico. Para além disso, inventários de comportamento excluem frequentemente os comportamentos que ocorrem com pouca frequência, pois a inclusão dos mesmos reduz a consistência interna do inventário.

Existem diferentes abordagens e taxonomias para avaliar perturbações mentais e comportamentais: Os métodos baseados em diagnósticos, i.e., avaliações baseadas em categorias ou nosologias (DSM e o ICD-10) – que não serão abordados – e os métodos empíricos que recorrem a instrumentos dimensionais para investigar a frequência e a representatividade de um determinado comportamento na criança (Achenbach et al., 2008; Carter et al., 2004; Egger & Angold, 2006). Resumidamente, na abordagem categórica é verificado se o indivíduo preenche ou não um número definido de critérios de uma determinada perturbação (Egger & Angold, 2006). Uma discussão de longa data na área da psicopatologia infantil debate se as perturbações nessa faixa etária devem ser concebidas como sendo dimensionais ou categóricas. Contudo, os autores propõem que a maneira mais

frutuosa de identificar crianças com sintomas significativos a nível clínico, é combinar ambas as abordagens.

Os métodos de avaliação dimensionais averiguam a psicopatologia em termos dimensionais ou quantitativos, apoiando-se numa abordagem “*bottom-up*” que começa nos níveis inferiores até atingir os níveis superiores (Achenbach et al., 2008): Depois da obtenção de pontuações dos descritores específicos, as pontuações são analisadas estatisticamente para identificar síndromes de problemas que tendem a coocorrer (Achenbach & Rescorla, 2006) e agrupadas em escalas cujo objetivo é a medição da psicopatologia e de aspetos do funcionamento. De seguida, cada pontuação de uma escala pode ser comparada à pontuação de amostras normativas a fim de avaliar o grau de desvio indicado pelos resultados do indivíduo. A descrição cuidadosa dos comportamentos e das suas frequências e de outras qualidades em cada faixa etária numa população comunitária (não-clínica) é fundamental (Egger & Angold, 2006). Este trabalho descritivo possibilita a designação de pontos de corte (*cut-points*) determinados empiricamente e a identificação de conjuntos de sintomas não-normativos.

As medidas dimensionais têm várias vantagens quando dados normativos estão disponíveis (Carter et al., 2004): Primeiro, permitem comparar o comportamento individual de uma criança relativamente a um grupo de referência normativo. Segundo, facultam um meio para quantificar alterações do comportamento ao longo do tempo e/ou antes e após a intervenção. Terceiro, fornecem uma maneira eficiente e barata para recolher informações de vários domínios de funcionamento socioemocional. Por último, permitem traçar o perfil dos pontos fortes e fracos da criança nos vários domínios de problemas comportamentais e socioemocionais e de competências.

Geralmente, os criadores de instrumentos dimensionais de avaliação tentam identificar conjuntos coerentes de comportamentos que manifestam problemas e/ou competências e que refletem um constructo comum (Carter et al., 2004). Para além disso, os criadores baseiam-se em dados normativos e clínicos para estabelecer pontos de corte referentes às diversas faixas etárias, com o objetivo de facilitar a atribuição de um estatuto clínico.

Idealmente, dadas as mudanças desenvolvimentais que ocorrem na primeira infância, as medidas destinadas para a avaliação de crianças baseiam-se em faixas etárias reduzidas para permitir comparações: Um mês de intervalo para a primeira infância, dois meses depois dos

dois anos, três meses a partir dos seis anos e quatro meses para crianças mais velhas (Carter et al., 2004). A necessidade de grupos de comparação estreitos é particularmente relevante para comportamentos socioemocionais, tais como competências, visto que evoluem a um ritmo mais dramático durante a infância, comparativamente aos comportamentos-problema (Carter, Briggs-Gowan, Jones, & Little, 2003).

Os instrumentos de avaliação utilizados para a detecção de problemas comportamentais e/ou socioemocionais em grandes escalas devem ser curtos, fáceis de administrar, pontuar e interpretar. Além disso, devem apresentar índices de fiabilidade e validade adequados (Jellinek & Murphy, 1988, como citados por Carter et al., 2004). Além do mais, é necessário os testes fornecerem informações não só apropriadas a nível do desenvolvimento (Glascoe, 2000; Rescorla & Achenbach, 2002), mas também úteis a nível clínico (Carter, 2002, como citado por Carter et al., 2004). Outra propriedade concerne a sensibilidade e especificidade do teste, i.e., a capacidade do teste manter um equilíbrio entre uma proporção suficiente de crianças com dificuldades e uma proporção aceitável de falsos positivos. Instrumentos de avaliação de qualidade devem ter uma sensibilidade relativamente a problemas psicossociais e uma especificidade referente ao desenvolvimento normal de 70% a 80%. Embora a taxa de encaminhamentos excessivos atinja os 20% a 30%, a identificação de falsos positivos reflete na maioria crianças com competências intelectuais, linguísticas ou académicas abaixo da média (Glascoe, 2000). Por outro lado, a percentagem (20% a 30%) de crianças não identificadas são, em muitos casos, detetadas subsequentemente.

Vários instrumentos psicométricos correspondem a essas características. O CBCL e o C-TRF, o SDQ, o ITSEA e o BITSEA são alguns dos testes, aqui abordados, em forma de questionário que permitem averiguar o funcionamento e as competências socioemocionais em crianças e em adolescentes.

2.2. A Saúde Mental

De acordo com Wittchen et al. (2011), existe pouca consciência sobre a diversidade das perturbações mentais e pouco conhecimento sobre o impacto destas doenças na sociedade. Esta realidade constitui um obstáculo na realização de investigação de maior qualidade no que concerne às causas e aos tratamentos das perturbações, à melhoria na alocação de recursos para os tratamentos da saúde mental e ao aperfeiçoamento na prestação de cuidados. Existe uma grande diversidade de doenças e um número ainda maior de diagnósticos que requerem intervenções preventivas, terapêuticas e reabilitativas de diferentes tipos e intensidades nas várias faixas etárias. A disponibilidade atual de tratamentos eficazes, a ausência atual de cura absoluta e a escassez de intervenções preventivas na área das perturbações mentais e outras doenças cerebrais exigem ações concertadas a todos os níveis. Tendo em conta que a carga de doença e o peso a nível da sociedade das perturbações cerebrais vão continuar a progredir devido ao aumento da esperança de vida, impõe-se a necessidade de ação imediata, colocando a saúde mental no topo das prioridades políticas.

De acordo com Wittchen et al. (2011) o início e o decurso das perturbações mentais devem ser percecionados segundo uma perspetiva mais ampla, i.e., ao longo da vida, desde a infância até à terceira idade. Tal perspetiva possibilita a implementação de uma ação ajustada e de prestações de cuidados e estratégias de intervenção mais eficazes. Kessler et al. (2009) e Kessler et al. (2011) referem que a maioria das pessoas com perturbações mentais experiencia o primeiro surto na infância ou na adolescência e a remissão raramente ocorre espontaneamente. Esses indivíduos têm um risco aumentado de perturbações secundárias temporárias. Logo, a deteção e o tratamento precoce das doenças mentais permitem evitar uma manifestação mais severa e avançada do problema, tornando as estratégias de intervenção mais eficientes (Wittchen et al., 2011).

Wittchen et al. (2011) apresentaram as estimativas da prevalência de 27 distúrbios mentais e perturbações neurológicas e a carga de incapacidade associada em 30 países da Europa em 2010 numa publicação sobre a dimensão e o peso das doenças mentais e cerebrais, abrangendo a infância e adolescência (dois a 17 anos), a idade adulta (18 a 65 anos) e a população idosa (+65 anos). O estudo revelou que 38,2% da população total europeia (aproximadamente 164,7 milhões de pessoas) sofre anualmente de pelo menos uma das 27 doenças mentais abarcadas no relatório.

Num estudo que investiga a prevalência das perturbações mentais, Ravens-Sieberer et al. (2008) referem que a qualidade de vida relacionada à saúde é substancialmente reduzida nas populações afetadas por doenças mentais, comparativamente a populações não afetadas. Os autores exploraram através da administração do SDQ e outros instrumentos, como e a que pontos os jovens alemães (sete a 17 anos) com perturbações mentais estavam limitados no seu funcionamento diário e quais as consequências em termos de qualidade de vida. Os resultados revelaram que a prevalência de jovens manifestando doenças mentais atingiu os 5,6% (6,3% entre os sete e 10 anos; 3,7% entre os 11 e 17 anos). Os resultados também revelaram que apenas uma minoria de jovens beneficiou de tratamento, apontando para a falta de consciencialização a nível das necessidades terapêuticas. De facto, menos do que metade dos jovens com problemas detetados são identificados ou reconhecidos como necessitando apoio ou tratamento. Mais uma vez é salientada a importância não só da realização de diagnósticos por profissionais a fim de atribuir tratamentos adequados aos jovens, como também da disponibilidade de instrumentos de avaliação eficientes, sensíveis e válidos.

De acordo com Heathfield e Clark (2004), 40% a 60% das famílias que procuram ajuda desiste dos tratamentos prematuramente. Segundo os autores, as famílias queixaram-se do acesso aos serviços de saúde mental, considerado demasiado difícil, estigmatizante, dispendioso e frustrante devido aos serviços muitas vezes pouco interligados e coordenados entre eles. Os autores postularam que é fundamental estabelecer relações de cooperação entre a escola, os serviços de saúde mental e as famílias por um lado e desenvolver estratégias proactivas, nomeadamente executar avaliações regulares e tornar acessível uma grande variedade de serviços de prevenção primários, secundários e terciários, por outro lado.

Kovess-Masféty, Shojaei, Pitrou e Gilbert (2009) confirmam a conclusão de Heathfield e Clark (2004) relativamente às desistências do tratamento num artigo que analisou as necessidades na área da saúde mental e em pedopsiquiatria em França. Para além da repartição desigual das diversas instituições nacionais observada, a prestação de cuidados também apresentou disparidades, pois menos de metade das crianças com necessidades pedopsiquiátricas foram seguidas, enquanto o número de encaminhamento de crianças com necessidades menos específicas foi mais elevado.

Segundo, DeRigne (2010) e DeRigne, Porterfield e Metz (2009) o seguro e os planos de saúde americanos representam barreiras significativas no acesso a tratamentos na área de saúde mental. De facto, 24,2% dos participantes referiram o elevado custo dos tratamentos e

20,1% relataram problemas a nível do plano de saúde como explicação para a ausência de tratamento necessário (DeRigne, 2010). Outro aspeto importante concerne o tipo de seguro de saúde, pois a probabilidade de recorrer a serviços de saúde mental diminui quando se trata de seguros privados, comparativamente a seguros públicos (DeRigne et al., 2009). As autoras também identificaram uma variedade de fatores que interferiram com o acesso aos serviços de saúde mental. Assim, jovens mais velhos do género masculino e jovens de origem caucasiana revelaram ter, em geral, necessidades de tratamento não satisfeitas. O nível socioeconómico e de educação da mãe também revelaram ser determinante: Quanto mais baixo o nível socioeconómico, maior a percentagem de crianças não encaminhadas e, inversamente, quanto maior o nível de educação, maior as necessidades de tratamento.

O Luxemburgo e a saúde mental.

Como referiram anteriormente Carter et al. (2004), as famílias são cada vez mais multiétnicas, multiculturais e multirraciais. Esta realidade descreve bem a situação do Luxemburgo. Segundo os dados estatísticos do centro nacional estatístico *Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché du Luxembourg* (STATEC) referentes ao ano 2013, o Luxemburgo tem uma população de 530.000 habitantes, com aproximadamente 45% de habitantes com nacionalidade estrangeira (État luxembourgeois, 2013b). Atualmente contabilizam-se acima de 150 nacionalidades diferentes no território do Grão-Ducado (État luxembourgeois, 2013c). A maioria dos emigrantes são cidadãos provenientes da União Europeia. Aos residentes estrangeiros, juntam-se mais de 155.000 trabalhadores alemães, belgas e franceses que passam a fronteira diariamente para trabalhar no Luxemburgo.

Relativamente à situação linguística, esta caracteriza-se desde 1984 pela prática e o reconhecimento de três línguas: O luxemburguês, o francês e o alemão, o luxemburguês sendo a língua nacional (État luxembourgeois, 2011; 2013c). Todavia, o francês representa a língua da legislação e o luxemburguês, o francês e o alemão as línguas administrativas e judiciais. A importância da coexistência destas línguas entre si constitui parte integrante da identidade nacional. Em todo o território e nos diversos domínios da vida privada, profissional, social, cultural e política praticam-se estas três línguas. Este multilinguismo, que é partilhado por aproximadamente 285.000 habitantes, facilita a integração dos seus habitantes no país.

O Luxemburgo caracteriza-se pela escassez de estudos epidemiológicos na área da saúde mental (Bisdorff, Sobocki, Cloos, Andrée, & Graziano, 2006). Bisdorff et al. (2006) realizaram um estudo em colaboração com o grupo de estudo *Cost of Disorders of the Brain in Europe*, cujo objetivo é a apresentação da melhor estimativa possível dos custos acarretados pelas perturbações cerebrais, i.e., perturbações psiquiátricas/mentais, neurológicas e neurocirúrgicas. Uma seleção de nove perturbações cerebrais e três doenças mentais (abuso de substâncias, perturbações afetivas e de ansiedade) foi realizada previamente pelo grupo Europeu em 2005. Devido à escassez de documentação acerca da psiquiatria nacional, os autores extrapolaram muitos dos resultados apresentados a partir de estudos europeus realizados anteriormente. Os autores constataram que aproximadamente 123.000 indivíduos sofriam de doenças cerebrais – mais de um quarto da população total nacional – com custos atingindo uma média de 1.100€ por habitante (500€ milhões no total) em 2004. Mais especificamente, o número de indivíduos afetados por perturbações afetivas foi estimado a 22.600 indivíduos e a 42.000 no que toca as perturbações de ansiedade. Quanto aos custos das doenças mentais, estas constituíram 62% do custo total. As despesas incluíram os gastos médicos diretos (atendimento ambulatorio, hospitalizações, medicação), extramédicos (serviços sociais, cuidados informais, adaptação, transporte) e indiretos (licença por doença, pensão precoce, morte prematura). Bisdorff et al. alertaram para a importância de existir mais investigação e dados epidemiológicos fiáveis e consistentes na área das perturbações cerebrais no Luxemburgo. Sem informações sobre a dimensão do problema, é difícil fazer recomendações referentes à investigação, educação e consciencialização pública.

Numa publicação sobre o custo das perturbações cerebrais na Europa em 2010, Gustavsson et al. (2011) apresentaram valores sobre a prevalência e os custos associados às doenças mentais e neurológicas no Luxemburgo. Segundo este estudo, o número de perturbações cerebrais (tais como as perturbações do espectro do autismo, a perturbação de hiperatividade e déficit de atenção e as perturbações de comportamento) na infância e adolescência (dois a 17 anos) atinge os 6.604, acarretando custos elevados de aproximadamente 9.388€ por pessoa e 62€ milhões no total. Referentemente às perturbações de ansiedade e às perturbações do humor, estas contabilizam 66.696 e 31.877 de indivíduos respetivamente. Os problemas relacionados com o abuso de substâncias atingiram 15.397 pessoas, enquanto as perturbações psicóticas afetaram 4.738 indivíduos. Os resultados sugeriram que os custos totais por perturbação variaram entre 115€ milhões (toxicod dependência) e 179€ milhões (perturbações do humor) em 2010.

2.3. A Psicomotricidade

A psicomotricidade é um conceito do desenvolvimento psicológico que alude à construção somatopsíquica do ser humano em relação com o mundo externo (Aucouturier, 2011). Trata-se, portanto, de uma disciplina que testemunha da complexidade do desenvolvimento humano. De acordo com o autor, a psicomotricidade focaliza-se na construção somatopsíquica da criança, pois as experiências corporais “interagidas” com o mundo externo são fundadoras do psiquismo e das representações inconscientes. A psicomotricidade permite não só entender o que a criança exprime por intermédio da sua motricidade, como também permite aceder ao sentido dos comportamentos por ela manifestados. O psicomotricista acompanha a criança num trabalho de conhecimento do seu corpo, do espaço e do objeto, construindo com ela um espaço corporal (Latour, 2009). Este espaço do Eu psicomotor é fundamental no desenvolvimento das capacidades de comunicação e de crescimento psíquico. Ao mesmo tempo, suporta as competências cognitivas numa ligação à experiência do próprio corpo. Essa ligação ao corpo é constantemente renovada.

As perturbações que se inscrevem no corpo infantil articulam-se em volta da história real, consciente e inconsciente da criança, mas também dos seus pais, da sua família e das gerações anteriores (Sarda, 2002). É através do diálogo tónicoemocional que a criança vai tornar-se ator e sujeito da sua motricidade. A manifestação de sentimentos, de sensações de estados e de movimentos tónicos permite-lhe realizar a distinção entre o interior-exterior do corpo e entre o próprio corpo e o corpo do outro. Para que o corpo, o “eu meu corpo” possa existir, é necessário liga-lo, através do emocional e do pensamento, ao corpo do outro que não lhe pertence.

Numerosas investigações salientam a influência da vinculação, do *bonding* e das experiências precoces no desenvolvimento das crianças e na organização da estrutura psíquica de crianças e adultos, podendo ser, em certos casos, a via de muitas perturbações psíquicas e sociais.

2.3.1. A teoria da vinculação.

A teoria da vinculação está baseada nos trabalhos de John Bowlby e de Mary Ainsworth iniciados a partir de 1930 (Grossmann & Grossmann, 1998). Segundo Bowlby, a vinculação é uma característica herdada da história evolutiva transmitida de geração em geração e cada ser

humano nasce com a predisposição para criar uma relação de vinculação. De acordo com esta teoria, cada indivíduo tem a necessidade de criar relações afetivas de proximidade estáveis e de confiança ao longo da sua vida. Essas relações possibilitam a exploração do mundo, de si próprio e dos outros.

Bowlby defende a ideia de que as experiências afetivas bem-sucedidas durante a infância parecem ser fundamentais no desenvolvimento posterior da organização adaptativa psicoemocional (Grossmann & Grossmann, 1998). As relações de vinculação refletem as estratégias comportamentais diferenciadas que a criança desenvolveu no contacto com o seu meio (Grossmann & Grossmann, 1998), através das experiências e das interações que estabelece no seu dia-a-dia (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007). Progressivamente, a criança é capaz de organizar o seu comportamento em torno de uma figura de referência que funciona como uma base de segurança, uma fonte de conforto e de proteção e como uma base de segurança para a exploração.

Grossmann e Grossmann (1998) salientam o facto de que os sistemas de vinculação e de exploração são as duas vertentes do mesmo processo, pois a capacidade de abertura ao mundo e aos outros depende da qualidade da vinculação assim como dos modelos internos de si próprio e dos outros que resultam dessa vinculação. A disponibilidade, a apropriabilidade, a sensibilidade e consistência emocional da resposta parental aos sinais da criança determina o tipo e a qualidade da vinculação que se desenvolve: Pais disponíveis emocionalmente que respondem de forma rápida, sensível e adequada facilitam o estabelecimento de uma vinculação segura, enquanto pais emocionalmente indisponíveis, impercetíveis que respondem de forma inconsistente, insensível, rara, intrusiva ou inadaptada fomentam um tipo de vinculação insegura (Creighton, 2011).

Num estudo com adolescentes italianos, Tambelli, Laghi, Odorisio e Notari (2012) exploraram a associação entre as relações de vinculação aos pais e aos pares e os problemas internalizantes e externalizantes. Os resultados indicaram que um padrão seguro nas relações de vinculação com os pais e os pares revelou ser um fator de proteção na adaptação dos adolescentes. A vinculação a pares pareceu desempenhar um papel essencial no desenvolvimento de competências socioemocionais únicas, tais como a empatia e os comportamentos pró-sociais. Por sua vez, as relações de vinculação seguras entre cuidadores e adolescentes pareceram estar associados a uma multitude de aspetos relacionados com o bem-estar (autoestima elevada e baixo sofrimento psicológico). Para além disso, a confiança

nas relações de vinculação (com os cuidadores ou os pares) revelou ser crucial na percepção dos jovens sobre as suas competências.

Numa publicação que abordou as relações de vinculação, Schore (2001) explorou os efeitos de um padrão de vinculação seguro sobre o desenvolvimento do hemisfério cerebral direito, a regulação dos afetos e a saúde mental. Schore referiu que a regulação afetiva e as emoções constituem princípios organizadores centrais do desenvolvimento e da motivação humana, portanto são fundamentais para as funções de adaptação do cérebro. O autor propôs que existe uma interação complexa entre as estruturas e o funcionamento do cérebro e o meio que se prolonga ao longo da vida e que aparenta ser particularmente importante durante os dois primeiros anos de vida da criança. O hemisfério direito está envolvido em várias atividades, tais como o tratamento de informações socioemocionais que facilitam as funções de vinculação e regulam os estados corporais e afetivos (Schore, 1994, 1998a, como citados por Schore, 2001). Para Schore (2000, 2001), a maturação das capacidades adaptativas do hemisfério direito depende das experiências e estas experiências estão fundamentadas nas relações de vinculação entre cuidador e criança. Estas experiências podem influenciar de forma positiva ou negativa a maturação das estruturas cerebrais e daí o desenvolvimento psicológico da criança. Este modelo neuropsicobiológico sugere que existem relações diretas entre vinculação segura, desenvolvimento das funções regulatórias eficiente do hemisfério direito e saúde mental infantil adaptativa. Alternativamente, este modelo propõe que existe uma relação entre vinculação traumática, funções regulatórias insuficientes do hemisfério direito e uma saúde infantil mal adaptativa.

2.3.2. A teoria do *bonding*.

O *bonding*, conceito introduzido por Klaus e Kennell em 1976 (Crouch & Manderson, 1995), corresponde aos laços afetivos duráveis (Offerman-Zuckerberg, 1992, citado por Crouch e Manderson, 1995) e, mais especificamente, os comportamentos e sentimentos afetivos dos pais para com os seus filhos. Sameroff e Emde (1989) definiram este conceito como sendo a forte vinculação da mãe para com o seu filho que se desenvolve durante a gravidez ou depois do nascimento. O *bonding* caracteriza-se por um período sensível para o estabelecimento da ligação entre mãe e filho. A forma como os pais vão relacionar-se com os seus filhos tem consequências a longo prazo a nível da vinculação, assim como a nível do seu bem-estar emocional.

Schore (2001) defende a ideia de que numa relação saudável, o cuidador proporciona acesso emocional à criança e responde apropriada e prontamente aos seus estados, quer estes sejam positivos ou negativos. Logo, esta atitude do cuidador sustenta a adaptação da criança perante as funções de regulação internas que estão relacionadas com a regulação da excitação, o mantimento das funções de alerta, a capacidade de amortecer a excitação em situações de demasiada estimulação, a capacidade de inibir a expressão comportamental e a capacidade de desenvolver ciclos comportamentais previsíveis (Beebe & Lachmann, 1998, citados por Edwards, 2011).

2.3.3. As experiências precoces.

Numerosos estudos realizados nas últimas décadas abordaram a importância das experiências precoces. Numa publicação de Zeanah (2009), é explorado a que ponto as experiências precoces negativas afetam de maneira adversa o desenvolvimento e até que ponto essas experiências precoces negativas podem ser superadas por experiências posteriores. Ambas as questões são abordadas segundo perspectivas diferentes. De acordo com o ponto de vista clínico, nunca é tarde para intervir, pois deve ser feito o possível para melhorar o desenvolvimento e para reduzir o sofrimento e as incapacidades dos indivíduos. Para além disso, as intervenções devem basear-se nas relações do indivíduo a fim de maximizar o impacto. Segundo a perspectiva de investigação, existe evidência das influências que o meio tem sobre o funcionamento e a estrutura cerebral. Trata-se de uma propriedade que é caracterizada de plasticidade cerebral, i.e., a capacidade de o cérebro se adaptar a experiências e *inputs* diferentes. Segundo esta perspectiva, existem períodos sensíveis que pertencem ao circuito neural e que se refletem no comportamento (Knudsen, 2004).

O conceito “período sensível” é um conceito amplo que é aplicado sempre que os efeitos da experiência sobre os circuitos neurais são excepcionalmente fortes durante um período limitado do desenvolvimento (Knudsen, 2004). Trata-se de períodos do desenvolvimento neural onde determinadas capacidades são criadas ou então alteradas pela experiência. Os períodos críticos constituem uma subcategoria de períodos sensíveis e resultam em mudanças irreversíveis no funcionamento cerebral. A identificação dos períodos críticos é determinante na clínica, pois os efeitos negativos de experiências atípicas que ocorrem durante esse período não podem ser remediados pela restituição posterior de experiências típicas, normais. Muitos dos aspetos das nossas competências perceptuais, cognitivas e emocionais são formadas por experiências que ocorrem durante períodos limitados da vida.

De um ponto de vista das políticas de saúde, Zeanah (2009) refere que a intervenção precoce tem demonstrado a sua relevância na prevenção das perturbações mentais, pois o investimento dos recursos tem demonstrado ser mais efetivo nas intervenções dirigidas a crianças mais novas, comparativamente a crianças com mais idade.

2.3.4. Avaliação da relação cuidador-criança.

Como foi referido anteriormente, o cuidador pode influenciar de maneira considerável o desenvolvimento infantil, visto que a criança depende dos seus cuidados durante os primeiros anos de vida (Zeanah, Boris, Heller et al., 1997). Portanto, a relação cuidador-criança é crucial na avaliação e no tratamento na área da saúde mental infantil. Estudos comprovaram que os fatores de risco ambientais e biológicos podem ter efeitos moderados na presença de uma relação entre cuidador e criança estável e segura. Os autores basearam-se num modelo proposto por Stern-Brushweiler e Stern (1989), onde a relação entre criança e cuidador é percecionada como um sistema aberto composto por comportamentos interativos e representações internas da criança e do cuidador. Logo, a intervenção num dos componentes do sistema tem inevitavelmente um impacto nos outros componentes. Os autores observaram que a relação cuidador-criança inclui as interações entre ambos e a experiência subjetiva (recordações e representações do histórico das interações da díade) de cada um. Assim, os autores consideraram que a avaliação da relação cuidador-criança deve estar atenta aos comportamentos interativos observáveis (componente externa) e às experiências subjetivas internas (componente interna).

Na avaliação clínica ou naturalística da relação, Zeanah et al. (1997) recorreram a várias dimensões para estimar os pontos fortes e fracos e consideraram que é essencial prestar atenção ao nível de desenvolvimento da criança. Além disso, propuseram que as dificuldades encontradas a nível da relação podem derivar da criança, do cuidador ou de um ajuste único que existe entre ambos. Nesse caso, o objetivo da avaliação é encontrar a fonte do distúrbio. Além disso, em todo o processo de avaliação, o diálogo com o cuidador é primordial. A integração de todas as informações recolhidas durante o processo de avaliação permite a determinação do nível de adaptação na relação e quais os seus pontos fortes e fracos.

3. Objetivos

Como foi referido anteriormente, a ausência de instrumentos de avaliação adequados e de valores normativos para a população infantil do Luxemburgo dificulta a identificação de crianças com perturbações no seu funcionamento comportamental e socioemocional.

Assim, propusemo-nos a avaliar o funcionamento comportamental, social e emocional através da administração do SDQ em crianças em idade pré-escolar e a realizar um estudo de validação da versão alemã para educadores-de-infância do SDQ, instrumento de avaliação do funcionamento comportamental, social e emocional em crianças entre os quatro e cinco anos, residentes no Luxemburgo.

Mais especificamente, propusemo-nos a (a) realizar uma análise fatorial exploratória (AFE) com o objetivo de verificar se os modelos fatoriais obtidos correspondem ao modelo teórico do SDQ proposto por Goodman (1997) e ao modelo do C-TRF de Achenbach e Rescorla (2000); (b) investigar as diferenças no funcionamento comportamental e socioemocional entre crianças com língua materna luxemburguesa e língua materna não-luxemburguesa e crianças residentes em meios urbanos e meios rurais, recorrendo ao SDQ. Para tal, procedemos à dicotomização da variável língua materna. As diferenças no funcionamento comportamental e socioemocional serão analisadas relativamente ao sexo e à idade da criança.

4. Metodologia

4.1. Participantes

A amostra do estudo foi constituída por 127 crianças, 68 crianças do sexo feminino (53,5%) e 59 do sexo masculino (46,5%), cujas idades estão compreendidas entre os quatro e os cinco anos. No total, participaram 72 crianças com quatro anos (56,7%) e 55 com cinco anos (43,3%).

A idade média da amostra é 60,16 meses ($DP = 6,59$ meses; amplitude 48-71 meses), mais especificamente a idade média das crianças com quatro anos é 55,11 meses ($DP = 3,38$ meses; amplitude 48-59 meses) e a idade média das crianças com cinco anos é 66,76 ($DP = 2,80$ meses; amplitude 62-71 meses) [Tabela 1]. A idade média do sexo feminino é 58,85 meses ($DP = 6,31$) e a idade média do sexo masculino é 61,66 meses ($DP = 6,63$). A amostra inclui crianças de várias nacionalidades que frequentam as pré-escolas dos três distritos do Luxemburgo.

O estudo contou com a participação de um número mais levado de crianças com quatro anos com $n = 72$ (56,7%), do que crianças com cinco anos ($n = 55$; 43,3%). O número de crianças do sexo feminino é $n = 68$ (53,5%) e o número de crianças do sexo masculino corresponde a $n = 59$ (46,5%).

Tabela 1

Idades médias e desvios-padrões por idade e por sexo

Idade em anos	Sexo	n (%)	$M \pm DP$
4	Feminino	44 (34,6)	54,82±3,34
	Masculino	28 (22,0%)	55,57±3,46
5	Feminino	24 (19,0%)	66,25±2,66
	Masculino	31 (24,4%)	67,16±2,88

Uma análise da posição ocupada pela criança na fratria (Tabela 2), assim como das frequências em termos de nacionalidade e língua materna foi efetuada (Tabela 3).

Tabela 2

Posição ocupada pela criança na fratria

Criança	4 anos		5 anos	
	Sexo feminino	Sexo masculino	Sexo feminino	Sexo masculino
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Única	6 (13,6)	7 (25,0)	3 (12,5)	4 (12,9)
Mais nova	13 (29,5)	7 (25,0)	11 (45,8)	11 (35,5)
Meio	5 (11,4)	4 (14,3)	1 (4,2)	2 (6,5)
Mais velha	20 (45,5)	9 (32,1)	9 (37,5)	14 (45,2)
Total	44 (100,0)	27 (100,0) ^a	24 (100,0)	31 (100,0)

^a Falta de informação acerca da fratria de uma criança do sexo masculino com quatro anos de idade.

Tabela 3

Representação das nacionalidades e línguas maternas por idade e por sexo

	4 anos		5 anos	
	Sexo feminino	Sexo masculino	Sexo feminino	Sexo masculino
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Nacionalidade				
Luxemburguesa	35 (79,5)	22 (25,0)	16 (66,7)	25 (80,6)
Alemã	1 (2,3)	0 (0,0)	2 (8,3)	0 (0,0)
Francesa	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)
Portuguesa	4 (9,1)	2 (7,1)	2 (8,3)	2 (6,5)
Outra(s)	3 (6,8)	4 (14,3)	4 (16,7)	3 (9,7)
Total	44 (100,0)	28 (100,0)	24 (100,0)	31 (100,0)
Língua materna				
Luxemburguesa	31 (70,5)	19 (67,9)	13 (54,2)	24 (77,4)
Alemã	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (3,2)
Francesa	2 (4,5)	2 (7,1)	2 (8,3)	1 (3,2)
Portuguesa	6 (13,6)	3 (10,7)	4 (16,7)	4 (12,9)
Outra(s)	5 (11,4)	4 (14,3)	4 (16,7)	1 (3,2)
Total	44 (100,0)	28 (100,0)	24 (100,0)	31 (100,0)

O estudo contou com a participação de 110 mães ($M = 36,61$ anos; $DP = 5,58$) e 17 pais ($M = 38,45$ anos; $DP = 5,14$). A amostra recolhida inclui 49 participantes (38,6%) residentes em comunas rurais e 78 participantes (61,4%) residentes em comunas urbanas.

Relativamente ao estado civil do cuidador, a categoria Solteira contabiliza 10 mães, Casado/União de facto abrange 105 membros (90 mães e 15 pais) e 2º Matrimónio conta quatro mães e dois pais. A análise sobre a escolaridade revela que sete mães e 12 pais concluíram o ensino primário, 59 mães e 63 pais completaram o ensino secundário e 61 mães e 44 pais concluíram o ensino superior. Sete questionários omitiram informações acerca da escolaridade do pai. O rendimento mensal familiar bruto é inferior a 3.000€ em 14 agregados

familiares, situa-se entre 3.001€ e 5.000 em 40 famílias e é superior a 5.001€ em 61 famílias. Nove cuidadores renunciaram a responder à questão.

Questionários completos foram entregues por 112 participantes (88,2%) e questionários parcialmente preenchidos foram entregues por 15 participantes (11,2%). O número máximo de itens não preenchidos corresponde a dois itens por questionário. A análise do C-TRF divulgou que a proporção de itens preenchidos com o valor 0 = *não verdadeiro (que você saiba)* foi elevada. Foram encontrados apenas 12 questionários onde o valor 0 foi atribuído menos de 100 vezes por questionário, o mínimo sendo 86 vezes. Nos restantes 115 questionários, a resposta 0 foi atribuída mais de 100 vezes por questionário. No total contabilizaram-se 13 questionários onde a totalidade dos itens foi preenchida com o valor 0. A pouca variabilidade em alguns itens acarretou variâncias próximas ou iguais a 0.

4.1.1. Processo de seleção da amostra.

A população infantil entre quatro e cinco anos de idade que habita o Luxemburgo situa-se em 11.569 crianças, sendo 5.963 do sexo masculino e 5.606 do sexo feminino (État luxembourgeois, 2012b). O país encontra-se dividido em três distritos, pelos quais estão distribuídos 12 cantões e 106 comunas (État luxembourgeois, 2012a). Das 106 comunas, 39 são consideradas comunas urbanas e 67 são consideradas rurais (Ministère du Logement, 2011; Ministère du Logement, Ministère du Développement durable et aux Infrastructures, & Ministère de l'Intérieur et à la Grande Région, 2011) [Tabela 1 no Anexo 1].

Relativamente ao distrito Diekirch, este encontra-se dividido em cinco cantões (État luxembourgeois, 2012b) [Tabela 1 no Anexo 1]. A população infantil residente neste distrito é 1.782 (915 do sexo masculino e 867 sexo feminino). Para o cantão Clervaux, o número de crianças é 328, sendo 160 crianças do sexo masculino e 168 do sexo feminino. No cantão Diekirch residem 639 crianças, sendo 333 do sexo masculino e 306 do sexo feminino. No cantão Rédange, o número de crianças é 376, com 197 crianças do sexo masculino e 179 do sexo feminino. A população do cantão Vianden situa-se em 90 crianças, sendo 44 do sexo masculino e 46 do sexo feminino. O número de crianças que habita o cantão Wiltz é 349, 181 sendo do sexo masculino e 168 do sexo feminino.

O distrito Luxembourg está subdividido em quatro cantões. O número total de crianças referente a este distrito situa-se em 8.391 (4.343 do sexo masculino e 4.048 sexo feminino). No cantão Luxembourg-Campagne residem 3.216 crianças, com 1.675 do sexo masculino e

1.541 do sexo feminino. Para o cantão Mersch, este número é 646, sendo 353 crianças do sexo masculino e 293 do sexo feminino. O número de crianças que habita o cantão Capellen é 922, sendo 491 do sexo masculino e 431 do sexo feminino. No cantão Esch/Alzette, o número de crianças é 3.607, sendo 1.824 do sexo masculino e 1.783 do sexo feminino.

Por fim, nos três cantões do distrito Grevenmacher vivem 1.396 crianças (705 do sexo masculino e 691 do sexo feminino). No cantão Echternach residem 391 crianças, sendo 200 do sexo masculino e 191 do sexo feminino. O número de crianças que habita o cantão Grevenmacher é 578, com um número de 291 crianças do sexo masculino e 287 do sexo feminino. No cantão Remich residem 427 crianças, sendo 214 do sexo masculino e 213 do sexo feminino.

O total de crianças com quatro anos que reside em todos os cantões é 5.856 (2.998 do sexo masculino e 2.858 do sexo feminino) e a população infantil com cinco anos situa-se em 5.713 (2.965 do sexo masculino e 2.748 do sexo feminino).

Para detetar o tamanho da amostra (n) representativo da população (N) realizámos uma amostragem probabilística estratificada por sexo em que a amostra de cada estrato (n_h) é dada pelo produto entre a população de cada estrato (N_h) e a razão entre o tamanho da amostra (n) e a população total (N): $n_h = N_h * n / N$. Estes cálculos foram efetuados utilizando o programa OpenEpi (Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version 2.3.1.) [Dean, Sullivan, & Soe, 2011].

A amostra representativa do estudo para uma população de 11.569 com um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% é 372 crianças. O valor encontrado para o n de crianças de sexo masculino é 192 e 180 para o sexo feminino. Estes valores resultam no somatório de $n = 57$ para o distrito Diekirch, $n = 270$ para o distrito Luxembourg e $n = 45$ para o distrito Grevenmacher (Tabela 4).

Tabela 4

Estratificação por distrito e sexo

Distrito	População	<i>n</i>
Diekirch	1.782	57
Sexo masculino	905	29
Sexo feminino	867	28
Luxembourg	8.391	270
Sexo masculino	4.343	140
Sexo feminino	4.048	130
Grevenmacher	1.396	45
Sexo masculino	705	23
Sexo feminino	691	22

O *n* amostral de cada distrito será recolhido das pré-escolas, selecionadas de forma aleatória utilizando o programa de extração de números aleatórios OpenEpi [Dean et al., 2011] e as crianças serão selecionadas desses estabelecimentos até perfazer o *n* representativo de cada idade e sexo em cada distrito.

Para realizar este estudo, selecionámos aleatoriamente 38 das 153 pré-escolas públicas e privadas nos três distritos do Luxemburgo (Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, 2012a ; 2012b) [Tabela 5 e Tabela 6]. Em cada estabelecimento serão selecionadas aleatoriamente cinco crianças com quatro anos e cinco crianças com cinco anos. Portanto, o *n* relativo às crianças entre quatro e cinco anos corresponde a $n = 10 \cdot 38$ crianças.

Tabela 5

n dos estabelecimentos pré-escolares selecionados

Distrito	Pré-escolas
Diekirch	6
Luxembourg	27
Grevenmacher	5
Total	38

Tabela 6

Pré-escolas por região e cantão

Distrito	Cantão	Pré-escolas
Diekirch	Clervaux	5
	Diekirch	10
	Rédange	10
	Vianden	2
	Wiltz	5
Luxembourg	Capellen	10
	Esch/Alzette	40
	Luxembourg-Campagne	33
	Mersch	11
Grevenmacher	Echternach	8
	Grevenmacher	10
	Remich	9
Total		153

4.1.2. Critérios de exclusão.

Sendo que o objetivo do presente trabalho é o estabelecimento de uma norma do desenvolvimento socioemocional das crianças saudáveis do Luxemburgo, serão incluídos neste estudo todos os indivíduos suscetíveis de não apresentarem problemas do desenvolvimento. Serão excluídas todas as crianças que preenchem os seguintes critérios (Carter et al., 2003): (a) Peso baixo à nascença (< 2.200 gr); (b) prematuridade (menos de 36 semanas de gestação); (c) baixos índices de APGAR (inferiores a 5); (d) problemas de saúde suscetíveis de estarem associadas a atrasos desenvolvimentais (atraso de desenvolvimento, doença crónica, anomalias genéticas ou congénitas, deficiência, anorexia severa à nascença, ressuscitação necessária); e (e) crianças adotadas.

4.2. Instrumentos

A recolha de dados foi realizada através da versão alemã de dois instrumentos distintos: O SDQ [Anexo 2] traduzido por Klasen et al. em 2002 (Goodman, 2000) e o C-TRF [Anexo 3] traduzido em 1993 por um grupo de investigação alemão, o *Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist* (Ausbildungsinstitut für Kinder- und JugendlichenPsychotherapie, 2013). Os instrumentos foram aplicados na língua alemã, uma vez que o Luxemburgo é um país germanófono e que a língua do ensino primário é o luxemburguês e o alemão (État luxembourgeois, 2013a).

No presente estudo, ambos os questionários dirigem-se a crianças com idades entre os quatro e cinco anos e são preenchidos pelos educadores-de-infância respetivos. O SDQ foi baixado no *site* <http://www.sdqinfo.com>, onde se encontra disponível gratuitamente em várias línguas e nomeadamente na língua alemã. O C-TRF foi adquirido através do *site* <http://www.testzentrale.de> da editora alemã Hogrefe, especializada em psicologia. A aplicação de ambos instrumentos não requer formações/treinos específicos (Achenbach & Rescorla, 2000; The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare, 2009). Devido à situação linguística particular do Luxemburgo, o questionário sociodemográfico foi aplicado nas línguas alemã, francesa e portuguesa (Apêndices A1, A2 e A3 no Apêndice A).

O SDQ e C-TRF são ambos considerados instrumentos dimensionais de avaliação (Achenbach et al., 2008), frequentemente utilizados em investigações epidemiológicas, desenvolvimentais e clínicas, assim como na prática clínica e educacional (Goodman & Scott, 1999). Os dois instrumentos foram concebidos de forma similar a fim de obter pontuações referentes a problemas e características positivas em crianças (Achenbach et al., 2008). Essas pontuações são somadas para obter um resultado escalar. Ambos podem ser utilizados na identificação de crianças de alto risco que necessitam de uma avaliação mais aprofundada.

O SDQ e o C-TRF/1.5-5 adequam-se bem a estudos extensos que investigam problemas em crianças pois são instrumentos baratos que fornecem dados quantitativos (Rescorla et al., 2011). Para além de terem a forma de questionário curto, podem ser autoadministrados ou administrados por entrevistadores leigos em diversos contextos. Os itens descritivos das escalas são avaliados atribuindo categorias (escalas de tipo Likert) que se convertem em valores 0-1-2. As categorias são atribuídas por indivíduos que interagem frequentemente com

os jovens num determinado contexto ou pelos próprios jovens a partir dos 11 anos. As pontuações são somadas de modo a produzir um resultado escalar.

O facto que ambos os instrumentos possam ser preenchidos por diferentes informantes, permite obter um quadro mais exaustivo e aprofundado dos comportamentos da criança em vários contextos, facilitando a identificação das dificuldades e o encaminhamento para serviços especializados (Achenbach et al., 2008; Rescorla, 2005).

Por último, o SDQ e o C-TRF foram traduzidos para várias línguas e numerosos estudos de validação foram realizados na Europa, na Ásia e nos Estados Unidos da América (Achenbach et al., 2008; Downs et al., 2012; Ivanova et al., 2007; Ivanova et al., 2011; Rescorla, 2005; Rescorla et al., 2007). A aplicabilidade dos instrumentos ASEBA e do SDQ em várias culturas faculta a possibilidade de realizar comparações internacionais o que permitiu comprovar que a distribuição dos resultados é idêntica na maioria dos países abrangidos pelos estudos de validação.

4.2.1. Questionário sociodemográfico.

Um questionário sociodemográfico parcialmente autodesenvolvido foi entregue aos pais pelos educadores-de-infância Apêndices A1, A2 e A3 no Apêndice A). O questionário foi acompanhado por uma carta para os pais, a fim de esclarecer o propósito do estudo, e um formulário de consentimento informado.

O objetivo deste questionário consiste na recolha de informações referentes às aos participantes e familiares deste estudo, de modo a facilitar a caracterização da amostra, o processo de exclusão dos participantes e o estudo de determinadas variáveis sociodemográficas (nomeadamente, a nacionalidade, língua materna, comuna de residência, etc.). O questionário sociodemográfico está subdividido em três partes distintas: A primeira parte refere-se à criança e solicita informações referentes à criança e ao parto. Além do mais, inclui questões que pretendem entender como a criança passa o seu tempo fora das horas de escola. Esta última parte baseia-se no trabalho de dissertação de Briggs-Gowan (1996) sobre a validação do ITSEA. A segunda parte refere-se à pessoa que preenche o questionário (idade, nacionalidade, situação socioeconómica e educação) e a terceira ao parceiro da mesma (idade, nacionalidade e educação).

4.2.2. Instrumentos de avaliação.

O SDQ é um questionário de avaliação utilizado frequentemente que fornece um panorama equilibrado dos comportamentos, emoções e relações infantis e adolescentes (Goodman, 1997). Nesta publicação, Goodman (1997) comparou o valor do SDQ aos questionários para pais e professores de Rutter (*Rutter Questionnaire*) – questionários que serviram de base para a construção das versões para pais e professores do SDQ. A amostra de 403 jovens (quatro a 16 anos) foi recolhida em Londres em duas clínicas psiquiátricas infantis e uma clínica dentária. Os pais e os professores preencheram o SDQ e o Questionário de Rutter de forma aleatória. As análises permitiram atestar a boa capacidade de discriminar entre a amostra clínica e a amostra comunitária e a validade preditiva equivalente dos dois instrumentos. A elevada correlação entre os questionários de Rutter e o SDQ permitiram ao autor comprovar a considerável validade concorrente do SDQ. Quanto à correlação entre pais e professores, esta foi ligeiramente superior no SDQ devido à utilização de itens formulados de maneira idêntica, o que não é o caso no Questionário de Rutter. Goodman concluiu o seu estudo destacando a utilidade do SDQ como instrumento de avaliação compacto que foca tanto as capacidades como as dificuldades dos jovens.

Estudos de validação também foram realizados para o questionário de autoavaliação e da versão extensa do SDQ. O questionário de autoavaliação do SDQ, validado por Goodman, Meltzer e Bailey (1998), é preenchido por jovens entre os 11 e os 16 anos. A versão extensa do SDQ foi validada por Goodman (1999) e inclui um Suplemento de Impacto específico ao informador, cujo objetivo é averiguar o sofrimento global e a incapacidade a nível social.

Um estudo de Goodman, Ford, Simmons, Gatward e Meltzer (2000) demonstrou a utilidade do SDQ na previsão da probabilidade da ocorrência de um distúrbio psiquiátrico na população infantil. A amostra comunitária britânica abrangiu 7.984 crianças e adolescentes com idades entre os cinco e os 15 anos. Os questionários foram administrados aos pais, aos professores e a jovens com idades superiores a 11 anos e entrevistas foram realizadas com os pais. Os resultados indicaram que a especificidade, a sensibilidade, assim como o valor preditivo negativo e positivo das várias versões do SDQ foram notáveis, permitindo identificar proporções consideráveis de jovens com e sem perturbações psiquiátricas de forma eficiente. Contudo, os autores sublinham que a capacidade preditiva do SDQ limita-se às perturbações abrangidas no questionário e que é maior quando preenchido pelos pais e professores, comparativamente ao SDQ autoadministrado. Apesar do valor preditivo das

informações fornecidas pelos pais e professores aparentar ser equivalente, os autores referiram que esse valor dependeu do tipo de perturbação: As informações dos pais pareceram ser mais úteis na deteção de perturbações emocionais, enquanto as informações dos professores pareceram ser mais úteis na identificação de problemas de comportamento e de hiperatividade. Quanto às autoavaliações, estas aparentaram ser equivalentes às informações dos professores na deteção de problemas emocionais. Todavia, o seu valor preditivo relativamente aos problemas de comportamento e de hiperatividade foi menos bom, comparativamente às avaliações dos pais e dos professores. Goodman et al. concluíram, destacando a utilidade do SDQ no melhoramento da deteção e do tratamento de perturbações mentais infantis.

Petermann, Petermann e Schreyer (2010) realizaram um estudo longitudinal de validação da versão pré-escolar alemã para educadores-de-infância do SDQ. Para além de pretenderem compensar a falta de publicações sobre a idade pré-escolar, os autores propuseram-se a investigar até que ponto as pontuações do SDQ diferenciavam entre crianças com e sem atrasos de desenvolvimento provenientes de infantários. No total participaram 282 crianças com idades compreendidas entre os três e os cinco anos. As correlações elevadas entre as escalas do SDQ e as escalas correspondentes do *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder* (VBV 3-6), um instrumento alemão de avaliação de perturbações de comportamento, atestaram da validade do SDQ. Relativamente ao poder discriminativo no que concerne aos atrasos de desenvolvimento, os autores comprovaram a capacidade da Escala de problemas de relacionamento com os colegas do SDQ distinguir entre crianças com e sem atrasos.

Em geral, os estudos que investigaram as propriedades psicométricas do SDQ reproduziram a estrutura original com cinco fatores, tal como foi proposta por Goodman (1997). Tais estudos de validação das várias versões do SDQ foram realizados em todo o mundo, nomeadamente por Downs et al. (2012), Ezpeleta et al. (2013), Petermann, Petermann e Schreyer (2010), Woerner et al. (2004), entre outros. No entanto, alguns autores extraíram soluções fatoriais alternativas com três fatores.

Dickey e Blumberg (2004) estudaram as propriedades psicométricas do SDQ para pais nos EUA numa amostra composta por criança entre os quatro e os 17 anos numa tentativa de reproduzir a estrutura fatorial com cinco fatores proposta por Goodman (1997). Koskelainen, Sourander e Vauras (2001), por sua vez, estudaram as propriedades psicométricas do SDQ

autoadministrado numa amostra composta por adolescentes finlandeses (13 a 17 anos). Contrariamente a Dickey e Blumberg, Koskelainen et al. encontraram uma solução fatorial consistente com o modelo de Goodman (1997). Além do mais, ambas as investigações encontraram nos seus respetivos estudos soluções fatoriais com três fatores, onde os itens se associaram segundo perfis de problemas internalizantes (sintomas emocionais e problemas com os pares), externalizantes (problemas de comportamento e hiperatividade) e de comportamentos pró-sociais. Os estudos detetaram elevadas correlações entre determinados itens pertencendo a diferentes domínios, proporcionando correlações não só entre domínios, mas também entre perfis.

Resultados consistentes com uma solução fatorial com três fatores também foram encontrados por outros autores, nomeadamente Klein, Otto, Fuchs, Zenger e von Klitzing, (2013) e van Leeuwen, Meerschaert, Bosmans, De Medts e Braet (2006). Ambas as investigações estudaram as propriedades psicométricas do SDQ, i.e., Klein et al. aplicaram a versão para pais numa amostra pré-escolar alemã, enquanto van Leeuwen et al. recorreram a uma amostra escolar (quatro a oito anos) na comunidade flamenga belga. Ambos os grupos de investigação encontraram modelos fatoriais em acordo com o modelo teórico de Goodman (1997) e com um modelo fatorial composto por três perfis: Internalização, Externalização e comportamento pró-social. A mesma constituição de itens foi encontrada em ambos os estudos: A totalidade dos itens das Escalas de hiperatividade e de problemas de comportamento agruparam-se num mesmo fator, formando um perfil de Externalização; aos cinco itens da Escala de sintomas emocionais juntaram-se três itens da Escala de problemas de relacionamento com os colegas; e por último, o perfil de comportamento pró-social incluiu os itens da Escala de comportamento pró-social e dois itens da Escala de problemas de relacionamento com os colegas, formulados de forma positiva.

Numerosas investigações têm comparado as várias versões do SDQ aos formulários ASEBA (nomeadamente Achenbach et al., 2008; Goodman & Scott, 1999; Janssens & Deboutte, 2009, 2010; Klasen et al., 2000). Estes formulários pertencem a um sistema integrado de avaliação baseado em relatos de múltiplos informantes para várias faixas etárias e que são preenchidos pelos pais (CBCL), educadores/professores (C-TRF) e pelo próprio jovem dos 11 aos 18 anos (*Youth Self Report*, YSR) [Achenbach et al., 2008].

Goodman e Scott (1999) realizaram um estudo de comparação entre o SDQ e o CBCL, dois instrumentos utilizados em numerosos estudos epidemiológicos, desenvolvimentais e

clínicos. Com esta publicação, os autores pretenderam destacar as propriedades psicométricas de ambos questionários a fim de facilitar a comunicação entre investigadores e profissionais e aumentar as informações disponíveis sobre os instrumentos de modo a facilitar a escolha entre um e outro. A amostra comunitária constituída por 132 crianças e a amostra clínica constituída por 71 crianças foram recolhidas em Londres. Os pais das crianças (quatro a sete anos) das duas amostras preencheram o SDQ e o CBCL e os pais das crianças da amostra clínica participaram numa entrevista complementar sobre os sintomas comportamentais e emocionais da criança. As análises evidenciaram que a capacidade discriminatória de ambos instrumentos é elevada entre amostras e os autores encontraram correlações de $r = 0,74$ no domínio de Internalização e de $r = 0,59$ no domínio social/pares entre as escalas equivalentes do SDQ e CBCL. Quanto à entrevista parental, as correlações com ambos instrumentos revelaram ser mais elevadas para o SDQ, atestando a elevada validade de critério do SDQ. Segundo os autores, esta diferença pode ser explicada pelo facto de que o CBCL subestima a comorbilidade das perturbações, comparativamente ao SDQ. Goodman e Scott concluíram o estudo, demonstrando que ambas as medidas de avaliação são comparáveis, embora sirvam a propósitos um tanto diferentes: O SDQ adequa-se mais a amostras comunitárias e fornece uma boa estimativa quanto aos problemas de inatenção-hiperatividade, enquanto o CBCL adequa-se melhor a amostras clínicas devido ao número elevado de perturbações que abrange.

Janssens e Deboutte (2009, 2010) examinaram a adequação do SDQ como instrumento de avaliação das perturbações mentais em crianças e adolescentes holandesas (três a 18 anos) assistidas por serviços de assistência ao menor e a sua adequação na orientação desses jovens para serviços de intervenção. Além do mais, os autores compararam os resultados do SDQ dos diferentes informadores aos resultados das versões correspondentes dos formulários ASEBA. O elevado acordo entre pais, cuidadores e adolescentes em ambos os instrumentos comprovaram que as duas medidas de avaliação são válidas e robustas na deteção de crianças e adolescentes com perturbações a nível do funcionamento comportamental e socioemocional. Para além disso, os autores evidenciaram elevadas associações entre os resultados dos domínios correspondentes do SDQ e ASEBA.

Numa investigação de Klasen et al. (2000), os autores compararam as propriedades psicométricas da versão alemã do SDQ (quatro a 16 anos) para pais e de autoavaliação do SDQ (11 a 16 anos) às propriedades do CBCL e ao YSR respetivamente numa amostra

comunitária e clínica. Os resultados indicaram a existência de associações elevadas entre as versões correspondentes do SDQ e do ASEBA, o que permitiu aos autores de concluir que tanto um instrumento como o outro é robusto e pertinente na avaliação das perturbações do funcionamento.

Os estudos de validação dos instrumentos ASEBA foram publicados em diversos manuais consoante a faixa etária abrangida. O CBCL e o C-TRF para a idade pré-escolar são instrumentos complementares, pois permitem avaliar a mesma criança ou adolescente segundo diversas perspetivas (Achenbach & Rescorla, 2000). A amostra comunitária composta pelos pais e educadores de crianças entre os 18 e os 71 meses foi recolhida a partir de dois inquéritos realizados nos EUA, em 1997 e 1999. As análises estatísticas referentes ao CBCL revelaram a ausência de diferenças significativas entre sexos, contrariamente à amostra do C-TRF onde as diferenças entre o sexo masculino e feminino levaram os autores a estabelecerem normas diferentes. A fiabilidade teste-reteste das escalas-problema, assim como o acordo entre pais e mães no CBCL e pais, mães e educadores no C-TRF foram elevados. A estabilidade dos resultados escalares do CBCL e do C-TRF foi avaliada em estudos longitudinais (intervalo de 12 meses para o CBCL e três meses para o C-TRF). As correlações médias de ambos os instrumentos revelaram ser elevadas. O resultado escalar de uma escala do CBCL apresentou um declínio significativo entre a primeira e a segunda avaliação, enquanto o resultado de cinco escalas aumentou significativamente. Quanto ao C-TRF, nenhuma alteração significativa foi observada entre avaliações.

Numa tentativa de determinar até que ponto a aplicação do C-TRF pode ser generalizada a países e culturas diferentes e de avaliar as semelhanças e diferenças na forma como os professores averigam os problemas comportamentais e emocionais dos seus alunos, Rescorla et al. (2007) compararam os resultados de avaliações realizadas por professores por intermédio do C-TRF, em 21 países e averiguaram as propriedades psicométricas do instrumento. Após a sua tradução, o C-TRF foi aplicado em amostras representativas recolhidas em casas e escolas dos países participantes. Um total de 30.957 participantes com idades entre os seis e os 15 anos foi avaliado. Apesar da multiculturalidade e das diferenças entre sistemas escolares, modelos pedagógicos e currículos existentes, os resultados apresentaram um grande número de consistências através dos países. A elevada consistência interna das escalas do C-TRF em múltiplos países e as semelhanças a nível dos resultados escalares médios, das pontuações médias dos itens e dos resultados relativamente à idade e ao

sexo atestam da robustez multicultural do C-TRF. Segundo Rescorla et al., a possibilidade de generalizar um instrumento de avaliação em diferentes culturas aumenta a confiança que os avaliadores têm na sua utilização e na interpretação dos seus resultados.

Resultados similares são apresentados em outras investigações, nomeadamente por Ivanova et al. (2007) e por Ivanova et al. (2011). Ivanova et al. (2007) realizaram uma investigação com o objetivo de testar as escalas de síndromes do C-TRF em 20 comunidades. Os autores comprovaram que o modelo de sete síndromes e o modelo hierárquico dos problemas de atenção permite realizar avaliações pertinentes nas 20 sociedades abrangidas, apesar da multitude de fatores que distinguiram e poderiam afetar as amostras participantes. Os autores acrescentaram que os resultados do estudo sustentam a utilização das escalas de síndromes do C-TRF como modelo para a conceptualização de perturbações psicológicas em diversas sociedades.

Recorrendo ao C-TRF em 14 comunidades, Ivanova et al. (2011) propuseram-se a analisar se a estrutura de síndromes encontrada na amostra anglófona podia ser generalizada a outras comunidades. Os resultados indicaram que as pontuações dos problemas comportamentais, sociais e emocionais correspondiam ao modelo anglófono. Os autores concluíram que a generalizabilidade multicultural das escalas de síndromes do C-TRF sugere que os síndromes podem ser utilizados como constructos taxonómicos na área da psicopatologia infantil pré-escolar, o que por sua vez facilita a comunicação e a colaboração internacional entre profissionais, investigadores e educadores que trabalham com crianças.

4.2.2.1. Diferenças entre o SDQ e o C-TRF.

Apesar dos pontos comuns, o SDQ e o C-TRF distinguem-se em vários aspetos (Achenbach et al., 2008). Primeiro, o SDQ foi designado para formar dimensões, enquanto o propósito do C-TRF é a identificação de síndromes de problemas coocorrentes. Segundo, existe uma diferença no número de itens: 25 para o SDQ e 100 para o C-TRF. Consequentemente, os itens-problema do C-TRF são mais diferenciados comparativamente ao SDQ. Além do mais, a enunciação dos itens é diferente em ambos: No SDQ os itens são formulados de forma a focar os atributos positivos da criança, enquanto no C-TRF os itens são formulados de maneira negativa (Goodman & Scott, 1999). Também existem dissimilaridades na pontuação, sendo que o C-TRF não tem itens invertidos (0 = ausência de

problema), ao contrário do SDQ onde o valor 0 indica a presença de um problema nos itens 7, 11, 14, 21 e 25 (Achenbach et al., 2008).

Relativamente às características positivas da criança, o SDQ inquiri sobre os comportamentos pró-sociais e sobre os aspetos mais positivos da criança (Achenbach et al., 2008). Por sua vez, o C-TRF abrange uma variedade de itens que averiguem as competências, o funcionamento adaptativo e as qualidades positivas. Outro elemento que distingue ambos os questionários é o Suplemento de Impacto incluído no SDQ. Este suplemento permite avaliar o sofrimento global, as dificuldades da criança e o impacto na família. Por último, o C-TRF inclui repostas abertas que permitem esclarecer os itens-problema, acrescentar e pontuar problemas não referidos e fornecer informações específicas relativamente às atividades, às doenças, às incapacidades e às preocupações do informante acerca da criança.

4.2.2.2. SDQ.

O SDQ é um instrumento psicométrico de avaliação comportamental curto que averigua os comportamentos, as emoções, as relações, assim como os atributos positivos em crianças e adolescentes (Goodman, 1997, 1999) [Anexo 2]. Vinte-cinco itens subdivididos em cinco domínios de cinco itens compõem o SDQ: 10 itens avaliam os pontos fortes, 14 avaliam as dificuldades e um é neutro (Anexo 4). No total, o SDQ compreende cinco itens invertidos, a saber nos itens 7, 11, 14, 21 e 25. Os resultados do SDQ podem ser apresentados segundo um perfil de Internalização (Escala de sintomas emocionais e de problemas de relacionamento com os colegas), um perfil de Externalização (Escala de hiperatividade e de problemas de comportamento) e um perfil de comportamentos pró-sociais (Escala de comportamento pró-social) [Goodman, 2000].

O SDQ é preenchido pelo cuidador principal ou pelo educador-de-infância/professor relativamente a crianças ou jovens com os quais interagem no meio escolar (Goodman, 2000). Ambas versões do SDQ foram desenvolvidas para duas faixas etárias distintas: Três a quatro anos e quatro a 16 anos (Goodman et al., 2000). Existe, para além do mais, uma versão para jovens entre os 11 e os 16 anos que pode ser autoadministrada. As versões para educadores, para pais e a versão autoadministrada podem ser comparadas entre si, a fim de obter um perfil mais completo referente ao funcionamento do jovem em questão (Goodman, 1997).

O SDQ foi criado segundo uma abordagem “*top-down*” e “*bottom-up*” (Achenbach et al., 2008; Rescorla, 2005). As dimensões do instrumento foram baseadas em análises fatoriais de uma versão modificada de uma escala de avaliação para pais criada em 1967 por Sir Michael Rutter – o que corresponde à abordagem “*bottom-up*”. A partir das dimensões obtidas (problemas de comportamento, hiperatividade, sintomas emocionais, problemas com pares e comportamentos pró-sociais), Goodman (1997) elaborou cinco itens para formar domínios para cada dimensão (abordagem “*top-down*”).

Os domínios do SDQ geram pontuações relativamente a problemas de comportamento, hiperatividade, sintomas emocionais, problemas com pares e comportamentos pró-sociais (Goodman, 1999). O respondente é solicitado a assinalar a resposta mais apropriada com um X numa escala de tipo Likert de 0 a 2 nos itens formulados de forma negativa, onde 0 corresponde a *não é verdade*, 1 a *é um pouco verdade* e 2 a *é muito verdade*, exceto nos itens formulados de forma positiva. A contabilização das pontuações dos itens possibilita o cálculo de uma pontuação relativamente a cada domínio. A soma dos domínios de problemas de comportamento, hiperatividade, sintomas emocionais e problemas com pares permite obter uma pontuação total de dificuldades (*Total difficulties score*).

O *site* <http://www.sdqinfo.com> disponibiliza gratuitamente o instrumento em diversas línguas, informações sobre as pontuações do SDQ encontradas para diversas faixas etárias, artigos e outros complementos relacionados com o SDQ.

A versão utilizada para este estudo é uma versão longa para crianças e adolescentes entre os quatro e 16 anos e inclui o Suplemento de Impacto que investiga a opinião do educador/cuidador relativamente a eventuais problemas do participante em questão, nomeadamente a cronicidade, angústia, dificuldades a nível social e o encargo para outras pessoas das dificuldades observadas.

4.2.2.3. C-TRF.

O C-TRF é um formulário pré-escolar que pertence ao grupo ASEBA (Anexo 3). Como referido anteriormente, trata-se de um sistema de avaliação empiricamente suportado, concebido por Achenbach em 1966, com o objetivo de detetar síndromes de problemas coocorrentes que podem servir como constructos taxonómicos para a psicopatologia (Achenbach et al., 2008). Os formulários do ASEBA são avaliados em escalas de síndromes que formam conjuntos de problemas coocorrentes. Estudos demonstraram que existem

associações significativas entre os resultados escalares ASEBA e os diagnósticos DSM (Achenbach & Rescorla, 2000). Assim, os formulários também podem ser avaliados em escalas orientadas pelo DSM. Seis subdomínios de síndromes considerados muito consistentes com as categorias diagnósticas do DSM-IV foram concebidos por psiquiatras experientes segundo uma abordagem “*top-down*”: Reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas, isolamento social, problemas de atenção, comportamento agressivo.

O C-TRF é um questionário estandardizado composto por 99 itens e uma questão aberta onde o respondente é solicitado a acrescentar um a três problemas observados na criança (Achenbach & Rescorla, 2000). O C-TRF investiga o funcionamento comportamental, social e emocional em crianças com idades compreendidas entre os 18 meses e os cinco anos, baseado nas observações realizadas no contexto de interação. Este questionário está organizado em seis escalas de síndromes subdivididas em três perfis (Anexo 5): O perfil de Internalização (composto pelos domínios de reatividade emocional, de ansiedade/depressão, de queixas somáticas e de retraimento), o perfil de Externalização (constituído pelos domínios de problemas de atenção e de comportamento agressivo) e o perfil de Problemas Totais (somatório de todos os domínios).

Os domínios foram derivados de análises estatísticas que refletem padrões de problemas coocorrentes obtidos em avaliações estandardizadas com crianças (Achenbach & Rescorla, 2000). Existe uma sétima subescala, Outros Problemas, que não pertence aos perfis de Internalização e de Externalização, pois os itens não pertencem a nenhuma das escalas de síndromes abrangidas. Portanto, não existem normas para este subdomínio. Contudo, cada um dos itens está incluído no perfil Problemas Totais, uma vez que podem ter relevância na identificação de perturbações do funcionamento da criança.

Os itens deste questionário também são avaliados por intermédio de uma escala de tipo Likert, onde o valor 0 corresponde à resposta *não verdadeiro (que você saiba)*, 1 a *um pouco ou algumas vezes verdadeiro* e 2 a *muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro* (Achenbach & Rescorla, 2000). O C-TRF/1.5-5 é preenchido pelos educadores-de-infância e baseia-se no comportamento exibido pela criança nos últimos dois meses num contexto de grupo com no mínimo quatro crianças. Para além de fornecer dados estandardizados quantitativos, o C-TRF/1.5-5 também faculta dados qualitativos por intermédio de diversos

itens descritivos que solicitam exemplificações dos comportamentos aos educadores. Além do mais, é pedido ao respondente de nomear qual o aspeto mais positivo da criança.

É possível calcular o somatório das diferentes escalas de síndromes (adicionando as respetivas pontuações atribuídas pelo respondente), a pontuação total (somatório das seis escalas de síndrome e da escala Outros Problemas) e as pontuações dos perfis de Internalização e de Externalização (somando as pontuações das subescalas respetivas) [Achenbach & Rescorla, 2000]. As várias pontuações permitem situar o participante relativamente aos valores normativos estabelecidos para a população da faixa etária, do sexo, do grupo cultural correspondente, em função do respondente. Para além das pontuações permitirem a geração de comparações entre informantes e a análise do grau de acordo entre eles, também permitem realizar comparações entre avaliações de profissionais e entre culturas/países.

Numerosos estudos de validação têm sido realizados ao longo dos anos e a multiculturalidade dos formulários ASEBA foi comprovada em vários estudos, entre outros por Ivanova et al. (2007), Ivanova et al. (2011) e Rescorla et al. (2007). Os resultados obtidos no C-TRF podem ser comparados ao CBCL que é preenchido pelos cuidadores principais da criança, a fim de detetar similitudes e diferenças no funcionamento da criança em contextos e com parceiros de interação diferentes (Achenbach & Rescorla, 2000). Como referem os autores, trata-se de dois testes complementares, cujo objetivo é fornecer um perfil mais completo da criança e identificar áreas de intervenção.

4.3. Procedimentos

4.3.1. Autorizações.

Para tornar possível a realização do presente estudo no Luxemburgo, foi necessário proceder à obtenção de várias autorizações, nomeadamente da comissão de ética do Luxemburgo, o *Comité National d'Ethique de Recherche* (CNER) e do ministério da educação, o *Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse* (MEN).

Comité National d'Ethique de Recherche (CNER).

A fim de formular o pedido de autorização para o CNER, foi necessário constituir um dossiê em 13 exemplares e em formato CD-ROM, composto por:

- Uma carta formulando o pedido de autorização e descrevendo os objetivos do estudo;
- Uma ficha sintética descrevendo o tipo de estudo;
- Os formulários de consentimento informado (em francês e alemão) para os pais dos participantes, assim como as cartas de informação dirigidas aos educadores-de-infância (em francês e alemão);
- O procedimento de recolha da amostra;
- Um documento do seguro provindo da Universidade de Évora;
- O Curriculum Vitae da investigadora principal;
- Os questionários para os participantes, isto é, os educadores-de-infância e os pais.

Após a entrega do dossiê dia 7 de Fevereiro 2013, foi necessário apresentar o projeto dia 6 de Março perante os 13 membros do júri do CNER. Após a deliberação, três alterações foram impostas para a aceitação do projeto:

- Eliminação da frase pedindo aos pais de assinalar por escrito a não-participação no estudo;
- Pedir apenas o mês e o ano de nascimento dos participantes;
- Completar o documento de consentimento informado de acordo com o modelo proposto pelo CNER.

Depois de uma segunda deliberação, o projeto foi aceite dia 3 Abril 2013.

Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse (MEN).

O dossiê para o MEN foi entregue dia 7 de Fevereiro 2013. Os documentos solicitados foram os seguintes:

- Uma carta dirigida à Ministra da educação, formulando um pedido para a realização do estudo e explicando resumidamente o objetivo do mesmo;
- Uma cópia da mesma carta para o inspetor-geral do ensino básico, Guy Strauss, e para a representante do departamento responsável pela entrega de projetos de investigação a nível escolar, a *Agence pour le Développement de la Qualité Scolaire* (ADQS) do MEN, Amina Kafai;
- O projeto do presente estudo;
- Os questionários para os participantes (educadores e pais);
- As cartas para os participantes (educadores e pais);

A autorização da Ministra da Educação foi obtida dia 9 de Abril 2013.

Commission nationale pour la Protection des Données (CNPDP).

No Luxemburgo, o tratamento de informações de carácter pessoal deve ser declarado à *Commission nationale pour la Protection des Données* (CNPDP) antes do início do estudo. A CNPDP é responsável pela proteção da população perante a recolha e a análise dos dados recolhidos no âmbito de estudos realizados no território luxemburguês. Portanto, para a realização do presente estudo ser legítima, foi necessário notificar a CNPDP por escrito, preenchendo um formulário oficial e efetuando um pagamento de 125€.

A confirmação de receção da notificação foi obtida dia 5 de Julho 2013.

4.3.2. Recolha de dados.

Primeira fase de recolha de dados: Maio/Junho.

Depois da obtenção das autorizações acima mencionadas, foram contactados por escrito e, posteriormente, por telefone os 19 inspetores dos 38 estabelecimentos selecionados (Tabela B1 no Apêndice B). No Luxemburgo, toda a atividade realizada nos estabelecimentos escolares deve obrigatoriamente ser autorizada pelo inspetor do departamento respetivo. Existem 21 departamentos escolares no território nacional, cada um deles abrangendo várias

comunas e as suas escolas respetivas. Apenas foi possível contactar um inspetor pessoalmente, os restantes tendo sido contactados por correio eletrónico ou por intermédio dos seus representantes. As autorizações foram obtidas maioritariamente por telefone, mas também por *e-mail* ou por carta. O inspetor de um dos departamentos do norte recusou a participação, três não deram resposta apesar das várias tentativas de contacto.

Uma vez as autorizações dos inspetores obtidas, as comunas, as escolas e os presidentes foram contactados por telefone e por correio eletrónico a partir do mês de Maio. Todos os presidentes receberam por *e-mail* o projeto, assim como a autorização do MEN. Todos os presidentes das escolas aceitaram participar com a condição de os coordenadores e os educadores do 1º ciclo (correspondendo à pré-escola) consentirem à participação do projeto. As autorizações foram comunicadas por telefone.

Em geral, o projeto despertou interesse nos coordenadores e nos educadores. Porém, devido à aproximação do fim do ano letivo, muitas escolas recusaram participar, pois o fim do ano coincide com múltiplas atividades escolares (passeios, festas e a realização dos perfis sobre os alunos). No total, das 30 escolas contactadas, 14 participaram, 11 recusaram e cinco não deram resposta apesar dos vários convites (Tabela B1 no Apêndice B).

Os educadores aceitaram participar com a condição que o número de turmas seja superior a 2, de modo a possibilitar a repartição da tarefa. A todos os educadores foi enviado uma carta explicando os objetivos do estudo e a tarefa exigida (Apêndice A4 no Apêndice A). Posteriormente, foram agendadas reuniões com todos os educadores das escolas participantes com o propósito de esclarecer pessoalmente os objetivos do estudo, dar as instruções, de responder a eventuais questões e de entregar os questionários SDQ, C-TRF e os questionários sociodemográficos com as cartas de informação e os formulários de consentimento informado (Apêndices A1, A2 e A3 no Apêndice A). Importa referir que foi atribuído um código a cada questionário entregue, a fim de garantir a privacidade e confidencialidade dos participantes (crianças e famílias). Devido ao número elevado de famílias portuguesas no território, várias escolas solicitaram, posteriormente, questionários em português para os pais com dificuldades com a língua francesa.

Os questionários foram recolhidos pessoalmente nas primeiras duas semanas do mês de Julho. Devido à impossibilidade de agendar uma reunião com a escola de Mertert, os questionários foram enviados por correio. Porém, o serviço nacional de correio perdeu os

questionários de modo, que não foram entregues. As escolas de Rosport e Lamadelaine decidiram repartir a sua participação por Junho e Novembro devido ao número insuficiente de alunos com quatro anos de idade na primeira fase de recolha de dados.

No total, 100 questionários foram recolhidos em 11 escolas no mês de Julho. Após a seleção dos participantes de acordo com os critérios de participação, questionários de 30 participantes foram eliminados, maioritariamente por falta dos índices de APGAR. Numa tentativa de diminuir o número de excluídos, os educadores foram novamente contactados com o objetivo de solicitar os índices. No entanto, apenas três índices foram comunicados.

Portanto, na primeira fase de recolha de dados 73 participantes foram incluídos e 27 foram excluídos (Tabelas B1 e B2 no Apêndice B).

Segunda fase de recolha de dados: Novembro.

A fim de recolher mais participantes, as escolas que recusaram participação em Maio/Junho, foram novamente contactados por *e-mail* em Setembro e Outubro. Todavia, as escolas recusaram participação pelos mesmos motivos avançados em Maio/Junho (Tabela B1 no Apêndice B).

Os quatro inspetores que não participaram na primeira fase foram novamente contactados em Outubro. O inspetor do Norte não respondeu ao convite e os outros três inspetores autorizaram a participação, com a condição que as respetivas comunas e presidentes escolares consentissem à participação no projeto. As escolas foram contactadas por *e-mail* e telefone e reuniões foram agendadas, à semelhança da primeira fase de recolha de dados. No total, uma escola recusou o envolvimento e sete escolas aceitaram no estudo.

Os educadores foram informados sobre o decorrer do estudo durante as reuniões agendadas. A distribuição dos questionários ocorreu nos meses de Outubro e início de Novembro. A recolha dos dados foi iniciada a partir do dia 18 de Novembro, dois meses após o começo do ano letivo. O período de recolha de dados foi de um mês e os questionários de todas as escolas, à exceção da escola Lamadelaine, foram recolhidos dias 17 e 18 de Dezembro. As escolas Lamadelaine e Villa Millermoaler entregaram os questionários a meados do mês de Janeiro por correio.

No total, questionários de 63 participantes foram recolhidos na segunda fase de recolha de dados, 54 foram incluídos e nove excluídos após a seleção dos questionários (Tabelas B1 e B2 no Apêndice B).

Aderência ao projeto.

As instâncias MEN, CNER e CNPD autorizaram o desenvolvimento do projeto no território luxemburguês (Figura 1). A nível dos diversos departamentos, 18 dos 19 inspetores (94,4%) consentiram ao envolvimento das suas escolas. A pedido de alguns inspetores, foi necessário formular um requerimento para 11 comunas. Para as restantes 16 comunas, os inspetores encarregaram-se de informar o burgomestre. A aderência a nível das comunas foi total (100%). A nível das escolas, a aderência foi de 100% no distrito Diekirch, de 40,7% no distrito Luxembourg e de 80% no distrito Grevenmacher. No total, o projeto contou com 200 participantes potenciais: 50 no distrito Diekirch, 110 no distrito Luxembourg e 40 no distrito Grevenmacher. Em geral, as rejeições foram formuladas pelos coordenadores e/ou educadores do primeiro ciclo. Apenas um presidente do distrito Luxembourg recusou a participação.

No distrito Diekirch, 82% dos participantes ($n = 41$) solicitados a colaborar no estudo entregou os questionários, 33 foram incluídos (19 participantes [46,3%] com quatro anos, 14 com cinco anos [34,2%]) e oito excluídos (um com quatro anos [2,4%], sete com cinco anos [17,1%]). No distrito Luxembourg, 86,4% dos participantes ($n = 95$) aderiram ao projeto, 68 foram incluídos (39 participantes [41,1%] com quatro anos, 29 com cinco anos [30,5%]) e 27 excluídos (12 participantes [12,6%] com quatro anos, 15 com cinco anos [15,8%]). No distrito Grevenmacher, a aderência foi de 90%¹ ($n = 27$), 26 participantes foram incluídos (14 com quatro anos [51,9%], 12 com cinco anos [44,4%]) e um excluído (cinco anos; 3,7%).

¹ Relembramos que neste distrito, os questionários da comuna Merttert foram recolhidos, devido à perda dos mesmos pelo serviço nacional de correio. O número de questionários sendo desconhecido, a aderência de 90% baseia-se no número total de questionários preenchidos pelos 27 participantes nas três escolas.

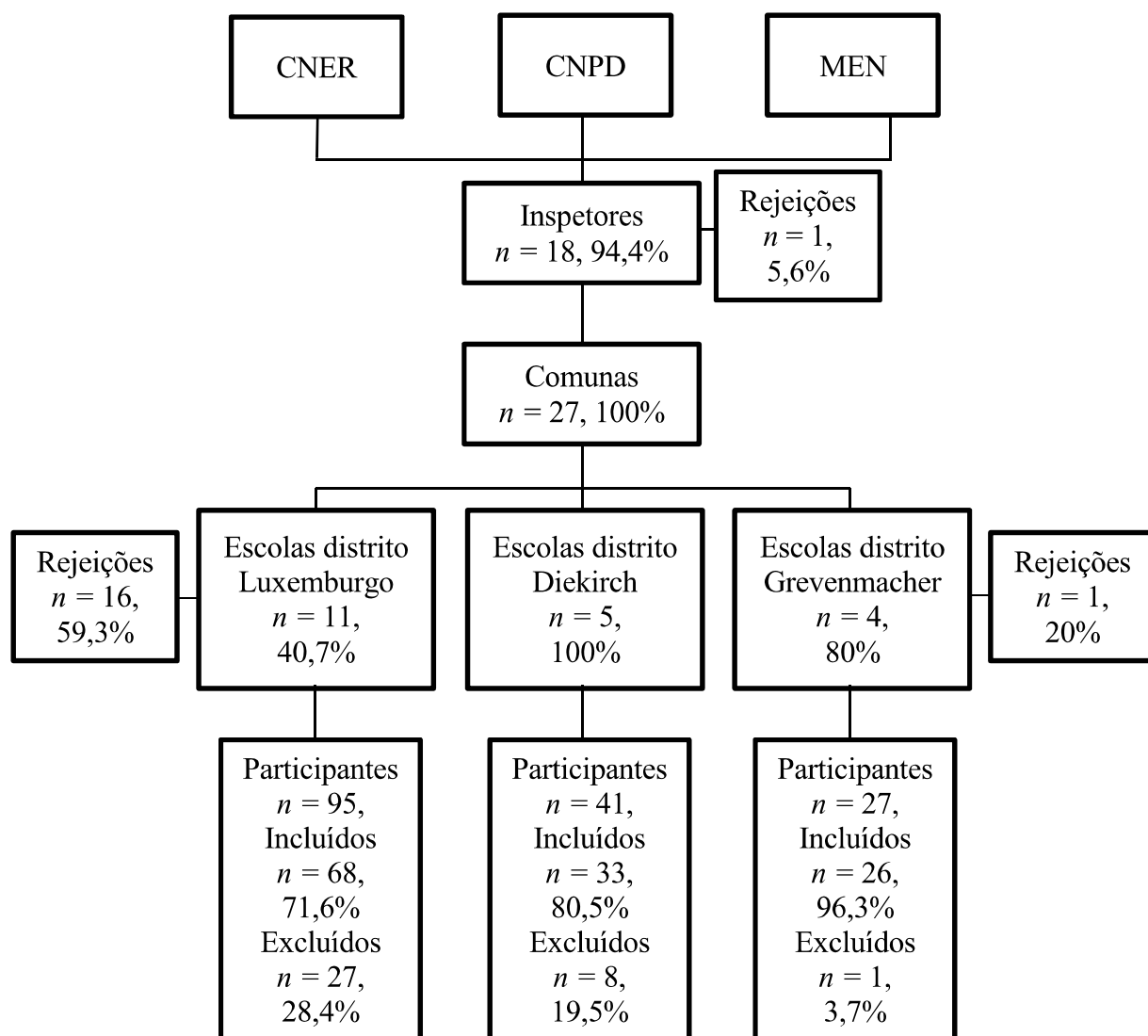


Figura 1. Flowchart da recolha da amostra.

4.3.3. Procedimentos estatísticos.

Recorrendo ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, construiu-se a base de dados, introduziram-se os dados provenientes dos questionários válidos dos 127 participantes e analisaram-se esses dados. O valor de significância considerado para todos os testes efetuados foi de $p < 0,05$.

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

1. Para ambos o SDQ e o C-TRF, verificação dos pressupostos para a realização da análise fatorial exploratória (AFE), através dos testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de especificidade de Bartlett que permitem avaliar a existência de correlações lineares significativas entre as variáveis (Field, 2005). O KMO permite verificar a

adequação da amostra, enquanto o teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese nula de que a matriz de correlação original é uma matriz de identidade, isto é, uma matriz cujas correlações entre variáveis não são nulas.

2. Para ambos o SDQ e o C-TRF, realização de AFEs utilizando o método das componentes principais rotação Varimax, a fim de agrupar os itens de cada domínio de forma homogênea, de acordo com a disposição adequada de cada item, quer estatisticamente, quer conceptualmente.
3. Para o SDQ e os três fatores extraídos, estudo da fiabilidade/consistência interna através do α de Cronbach.
4. Para o SDQ e os três fatores extraídos, verificação da normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov em amostras superiores a $n > 30$ e do teste Shapiro-Wilk em amostras inferiores a $n < 30$ e verificação da homogeneidade das variâncias através do teste de Levene. Estudo das diferenças entre línguas maternas e residência em comunas urbanas e comunas rurais através do teste t de Student para amostras independentes.

5. Resultados

5.1. Análises Referentes ao SDQ

5.1.1. Verificação de pressupostos para a análise fatorial exploratória do SDQ.

O valor do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) varia entre 0 e 1. Quanto mais perto de 1, tanto melhor. Kaiser (1974, como citado por Field, 2005) sugere 0,5 como um limite razoável. O KMO obtido pela análise do questionário SDQ situa-se no intervalo entre 0,70 e 0,80, o que nesta escala indica uma razoabilidade "boa" para efeitos de adequabilidade da referida análise fatorial.

Assim sendo, de acordo com Field (2005), os valores obtidos permitem aferir a qualidade das correlações de forma a prosseguir com a AFE, uma vez que o valor do teste de KMO é superior a 0,70 para a generalidade dos domínios e que o valor do teste de Bartlett é altamente significativo ($p < 0,001$), permitindo rejeitar a hipótese nula segundo a qual as variáveis não estão correlacionadas na população (Tabela 7).

Tabela 7

Teste KMO e teste de Bartlett para o SDQ

Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	Teste de esfericidade de Bartlett
,760	Sig. ,000

5.1.2. Análise fatorial exploratória do SDQ.

Foi realizada uma AFE de forma a obter-se a melhor disposição de itens por fatores (domínios), tanto estatisticamente como conceptualmente. Optámos por utilizar o método de extração por componentes principais, com rotação Varimax. A rotação tem por objetivo a otimização da estrutura dos fatores, o que por sua vez tem como consequência a equalização da importância relativa de cada um dos fatores (Field, 2005). De acordo com o modelo teórico proposto por Goodman (1997), o questionário SDQ abrange cinco fatores pelos quais estão repartidos de forma homogénea 25 itens (Anexo 4).

Antes de iniciarmos as análises estatísticas, invertemos os itens 7, 11, 14, 21 e 25 do SDQ formulados de forma negativa.

5.1.2.1. Análise fatorial exploratória do SDQ com cinco fatores.

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

- Nos casos em que o item pertencer a mais de um fator foi utilizado primeiramente o critério de maior valor de saturação e, secundariamente, do conteúdo semântico do item e a sua pertinência de acordo com o modelo teórico previamente descrito;

- Serão excluídos todos os domínios, cujos itens expurgados ultrapassem 1/3 dos itens totais desse mesmo domínio.

Após a verificação do KMO e do teste esfericidade de Bartlett, analisámos as comunalidades antes e após a extração. As comunalidades são quantidades de variância, ou seja, proporções de variância comum que está presente numa variável (Field, 2005). Antes da extração, a análise fatorial assume que toda a variância associada a uma variável é variância comum. Após a extração, é possível observar a variância que na realidade é comum a uma variável (Tabela 8).

Tabela 8

Comunalidades dos itens do SDQ após extração

Item	Após extração
SDQ1	,590
SDQ2	,641
SDQ3	,568
SDQ4	,514
SDQ5	,475
SDQ6	,550
SDQ7	,333
SDQ8	,395
SDQ9	,674
SDQ10	,459
SDQ11	,561
SDQ12	,563
SDQ13	,603
SDQ14	,539
SDQ15	,573
SDQ16	,651
SDQ17	,633
SDQ18	,542
SDQ19	,275
SDQ20	,593
SDQ21	,515
SDQ22	,351
SDQ23	,600
SDQ24	,742
SDQ25	,572

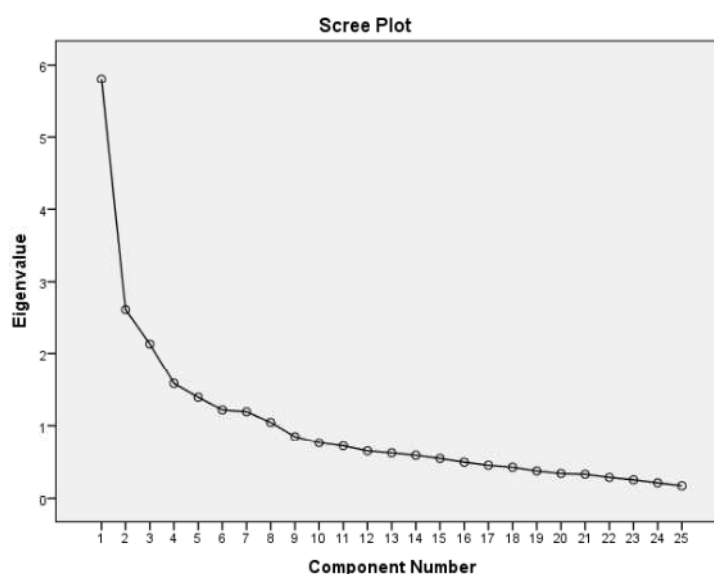


Figura 2. Diagrama de declividade do SDQ.

Pelo critério de Kaiser, que sugere manter fatores com *Eigenvalues* (autovalores) superiores a 1, devemos conservar oito fatores, conforme apresentado no diagrama de declividade (*Scree Plot*; Figura 2) e na tabela que apresenta a variância total explicada (Tabela 9). Embora esta opção pareça estatisticamente mais satisfatória, optámos por extrair cinco fatores, indo assim ao encontro do modelo conceptual do SDQ.

Na tabela 9 podemos observar a associação entre *Eigenvalues* e cada fator que pode ser extraído a partir das 25 variáveis iniciais antes e após a extração e após a rotação. De acordo com modelo teórico foram extraídos cinco fatores e cada um deles explica 54,05% da variação total que se verifica nas 25 variáveis originais.

Tabela 9

Variância total explicada por item e por fator do SDQ

Compo nente	<i>Eigenvalues</i> iniciais		Após extração			Após rotação		
	Total	% de variância	Total	% de variância	% cumulativ a	Total	% de variância	% cumulativ a
1	5,809	23,237	5,809	23,237	23,237	4,022	16,088	16,088
2	2,606	10,423	2,606	10,423	33,660	3,329	13,317	29,406
3	2,130	8,521	2,130	8,521	42,180	2,351	9,404	38,810
4	1,579	6,317	1,579	6,317	48,498	2,280	9,120	47,930
5	1,388	5,554	1,388	5,554	54,052	1,530	6,122	54,052
6	1,215	4,861						
7	1,190	4,761						
8	1,045	4,178						
9	,849	3,395						
10	,761	3,044						
11	,717	2,867						
12	,647	2,589						
13	,619	2,477						
14	,586	2,345						
15	,543	2,170						
16	,491	1,965						
17	,450	1,798						
18	,423	1,691						
19	,372	1,486						
20	,338	1,351						
21	,327	1,307						
22	,284	1,137						
23	,251	1,005						
24	,210	,839						
25	,170	,680						

As saturações de cada item nos respectivos fatores são de seguida apresentadas, separadamente por domínios. Dentro de cada domínio, os itens encontram-se dispostos por ordem decrescente da sua carga fatorial e não pela ordem de apresentação do questionário original (Tabela 10).

Tabela 10

Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax e com cinco fatores para o questionário SDQ

Item	Conteúdo ^a	Fator ^c				
		1	2	3	4	5
2	É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	,784				
15	Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	,670		,224		-,209
5	Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	,663				
10	Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	,651				
22	Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	,582				
18	Mente frequentemente ou engana	,549			,406	
21 ^b	Pensa nas coisas antes de as fazer	,493	-,442		,204	
7 ^b	Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	,407	-,379			
9	Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente		,779	-,208		
20	Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)		,757			
17	É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	-,267	,715		-,216	
4	Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)		,701			
1	É sensível aos sentimentos dos outros	-,463	,578			
24	Tem muitos medos, assusta-se com facilidade			,831		
16	Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	,247		,750		
13	Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a			,576	,319	,371
8	Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a			,527	,204	,236
11 ^b	Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga				,717	
23	Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças			,205	,703	
6	Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	-,208		,416	,554	
14 ^b	Em geral as outras crianças gostam dele/a	,206	-,451		,522	
12	Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	,424	-,204		,438	,358
3	Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	,273		,246		,649
25 ^b	Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	,455	-,221			-,522
19	As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a				xxx ^d	,490

^a Com o propósito de facilitar a compreensão do conteúdo dos itens, optámos por utilizar aqui a tradução portuguesa dos itens do SDQ.

^b Itens invertidos

^c Fator 1: Escala de hiperatividade; Fator 2: Escala de comportamento pró-social; Fator 3: Escala de sintomas emocionais; Fator 4: Escala de problemas de relacionamento com os colegas; Fator 5: Escala de sintomas comportamentais e socioemocionais.

^d Item expurgado

Como é possível verificar, a disposição de itens por fatores não corresponde inteiramente ao modelo teórico proposto por Goodman (1997) [Anexo 4].

Para o Fator 1, a Escala de Hiperatividade, aceitaram-se três itens com maior carga fatorial. Para os restantes dois itens, não aceitamos a maior carga fatorial, mas aceitamos os itens de acordo com o modelo teórico de Goodman. Apontamos para o facto de que o Fator 1 abrange a totalidade dos 10 itens que compõem as Escalas de hiperatividade (em **negrito**) e de problemas de comportamento (em *itálico*), que formam o perfil de Externalização. As saturações dos itens deste domínio são superiores a 0,40. Para o Fator 2 (Escala de comportamento pró-social) aceitaram-se os cinco itens com a maior carga fatorial. Quanto ao Fator 3, a Escala de sintomas emocionais, aceitaram-se quatro itens com maior carga fatorial e um item, o item 3, de acordo com o modelo teórico. Relativamente ao Fator 4 que corresponde à Escala de problemas de relacionamento com os colegas, este contém quatro dos cinco itens. Contrariamente ao domínio apresentado no modelo de Goodman, o item 19 não tem carga fatorial associada ao fator em questão, portanto optámos por expurgar o item 19. Por último, o Fator 5, denominado Escala de sintomas comportamentais e socioemocionais, inclui itens dos quatro domínios de problemas, de modo a que não seja possível distinguir a Escala de problemas de comportamento, nem de um ponto de vista estatístico, nem conceptual.

5.1.2.2. Análise fatorial exploratória do SDQ com três fatores.

Uma vez que não foi possível obter fatores distintos para as Escalas de hiperatividade e problemas de comportamento, optámos por excluir os respetivos itens e efetuámos uma AFE com três fatores e 15 itens. O valor do teste de KMO corresponde a 0,711 e o valor do teste de Bartlett é altamente significativo ($p < 0,001$). Os três fatores extraídos explicam 49, 51% da variância total.

As saturações de cada item nos respetivos fatores são apresentadas por ordem decrescente da sua carga fatorial, separadamente por domínios (Tabela 11).

Constatámos que os três fatores do modelo fatorial correspondem na sua totalidade aos três domínios correspondentes do modelo teórico, quer estatisticamente, quer conceptualmente. Exceto no item 19, todas as saturações são superiores a 0,40. Aceitamos nos três fatores, os itens com maior carga fatorial.

Tabela 11

Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax e com três fatores para o questionário SDQ

Item	Conteúdo ^a	Fator ^c		
		1	2	3
17	É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	,793		
20	Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	,750		
1	É sensível aos sentimentos dos outros	,729		
4	Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	,705		
9	Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	,685		
14 ^b	Em geral as outras crianças gostam dele/a	-,514		,415
24	Tem muitos medos, assusta-se com facilidade		,777	
16	Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a		,713	
13	Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a		,705	
8	Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a		,607	
3	Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos		,420	
23	Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças			,772
11 ^b	Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga			,728
6	Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a		,285	,703
19	As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no /a ou intimidam-no/a			,365

^a Com o propósito de facilitar a compreensão do conteúdo dos itens, optámos por utilizar aqui a tradução portuguesa dos itens do SDQ.

^b Itens invertidos

^c Fator 1: Escala de comportamento pró-social; Fator 2: Escala de sintomas emocionais; Fator 3: Escala de problemas de relacionamento com os colegas.

5.1.3. Estudo da fiabilidade/consistência interna do SDQ.

Com recurso ao teste de α de Cronbach, verificou-se que a totalidade do SDQ não revela uma boa consistência interna ($\alpha = 0,61$), para que tal acontecesse o valor deveria ser igual ou superior a 0,80 (Field, 2005).

Após a expurgação das Escala de hiperatividade e de problemas de comportamento, realizámos uma nova análise da fiabilidade do SDQ e dos itens que formam as Escalas de comportamento pró-social, de sintomas emocionais e de problemas de relacionamento com os colegas (Tabela 12).

Tabela 12

Consistência interna do SDQ e dos três domínios

Domínio	α de Cronbach	Itens
Escala de sintomas emocionais	,69	5
Escala de problemas de relacionamento com os colegas	,60	5
Escala de comportamento pró-social	,80	5
SDQ	,54	15

5.2. Análises Referentes ao C-TRF

5.2.1. Verificação de pressupostos para a análise fatorial exploratória do C-TRF.

A fim de efetuar a AFE e de obter os testes KMO e de Bartlett, foi necessário excluir os itens com variâncias próximas ou iguais a 0. Consequentemente, eliminámos os itens 31, 41, 52, 57, 74, 93, 94 e 95 e a AFE foi realizada com 92 itens. Estes itens caracterizaram-se por um elevado número de respostas com o valor 0, de modo a que a variância destes itens se aproximasse de ou fosse igual a 0.

O KMO obtido pela análise do C-TRF situa-se no intervalo entre 0,50 e 0,60, valor considerado medíocre, mas aceitável por Field (2005). O valor do teste de Bartlett é altamente significativo ($p < 0,001$). Portanto, podemos rejeitar a hipótese nula segundo a qual estamos perante uma matriz de identidade (Tabela 13).

Tabela 13

Teste KMO e teste de Bartlett para o C-TRF

Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	Teste de esfericidade de Bartlett
,545	Sig. ,000

5.2.2. Análise fatorial exploratória do C-TRF.

De seguida, foi efetuada uma AFE a fim de alcançar a melhor disposição de itens por fatores, isto é, domínios, de um ponto de vista estatístico e conceptual. Mais uma vez, recorreremos ao método de extração por componentes principais, com rotação Varimax. O modelo teórico proposto por Achenbach e Rescorla (2000) abrange os domínios de Internalização e de Externalização, Outros problemas e seis subdomínios (Anexo 5).

Para a AFE do C-TRF, estabeleceu-se novamente o valor de 0,20 como saturação mínima e definimos previamente os seguintes critérios já referidos para a AFE do SDQ, a saber:

- Nos casos em que o item pertencer a mais de um fator foi utilizado primeiramente o critério de maior valor de saturação e, secundariamente, do conteúdo semântico do item e a sua pertinência de acordo com o modelo teórico previamente descrito;

- Serão excluídos todos os domínios, cujos itens expurgados ultrapassem 1/3 dos itens totais desse mesmo domínio.

A análise das comunalidades permite identificar a variância comum ou partilhada que está associada a cada um dos itens do C-TRF (Tabela C1 no Apêndice C).

De acordo com o *Scree Plot* (Figura 3) e o critério de Kaiser (Tabela C2 no Apêndice C), devemos manter 24 fatores, uma vez que os seus *Eigenvalues* são superiores a 1. Embora esta opção pareça estatisticamente mais satisfatória, optámos por extrair sete fatores, respeitando assim o modelo conceptual de Achenbach.

A Tabela C2 do Apêndice C apresenta a associação entre *Eigenvalues* e cada fator que pode ser extraído a partir das 92 variáveis iniciais antes e após a extração e após a rotação. A solução fatorial com sete fatores explica 48,56% da variação total.

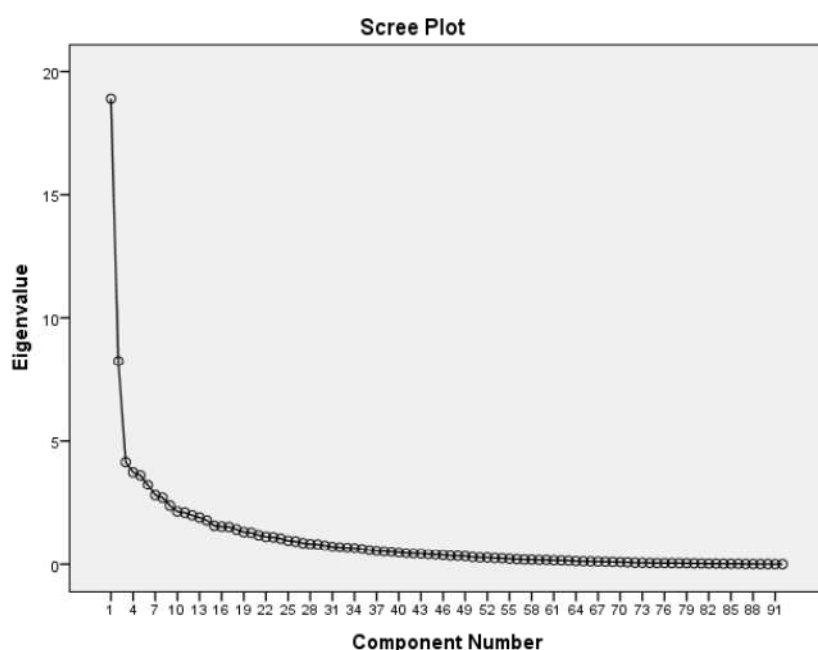


Figura 3. Diagrama de declividade do C-TRF.

As saturações de cada item nos respetivos fatores são apresentadas por domínios (Tabela C3 no Apêndice C). Dentro de cada domínio, os itens encontram-se dispostos por ordem decrescente da sua carga fatorial e não pela ordem de apresentação do questionário original. Como é possível verificar, o modelo fatorial extraído não corresponde ao modelo teórico do C-TRF, quer conceptualmente, quer estatisticamente.

Realizámos então uma segunda AFE com rotação Varimax com o propósito de extrair três fatores que correspondessem aos domínios Internalização, Externalização e Outros problemas, os três perfis principais do modelo teórico dos autores. As saturações de cada item são apresentadas na Tabela C4 do Apêndice C. Mais uma vez, a solução fatorial proposta pela AFE não corresponde ao modelo teórico, tanto conceptualmente como estatisticamente.

Optámos então por eliminar o C-TRF das análises posteriores, uma vez que os modelos fatoriais obtidos não estão de acordo com o modelo original de Achenbach e Rescorla (2000).

5.3. Comparações entre Participantes

Como foi possível verificar nas AFEs realizadas para o SDQ, o modelo fatorial com cinco fatores não está de acordo com o modelo teórico de Goodman (1997), uma vez que há sobreposição entre as Escalas de hiperatividade e de problemas de comportamento. Portanto, optámos por trabalhar neste estudo com os três domínios extraídos, uma vez que têm uma consistência interna aceitável, não se trabalhando com o total do questionário por este não ser muito fidedigno. De facto, para os subdomínios são aceitáveis α acima de 0,60 (Ribeiro, 1999), o que acontece neste caso (Tabela 12).

Relativamente ao C-TRF, optámos por eliminar o instrumento das análises comparativas, uma vez que não foi possível extrair modelos fatoriais de acordo com o modelo teórico proposto por Achenbach e Rescorla (2000).

A fim de comparar determinadas variáveis, realizámos um estudo da distribuição dos dados, nomeadamente, a verificação (a) da normalidade das variáveis estudadas, utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov para amostras superiores a $n > 30$ e o teste Shapiro-Wilk para amostras inferiores a $n < 30$ e (b) da homogeneidade das variâncias através do teste de Levene. Como verificámos que não existia normalidade na distribuição da maioria das variáveis, optámos por realizar técnicas estatísticas de comparação não-paramétricas e recorreremos ao Teste U de Mann-Whitney para duas amostras independentes a fim de comparar os valores dos dois grupos. Apenas uma variável (Escala de comportamento pró-social) apresentou uma distribuição normal em determinadas análises. Para essa variável recorreremos então a técnicas estatísticas paramétricas e realizámos um teste t para amostras independentes quando necessário.

Para ambos os sexos e idades, calculámos as médias e os desvios-padrões dos três domínios do SDQ e verificámos a homogeneidade da amostra (Tabela 14 e Tabela 15).

Tabela 14

Médias e desvios-padrões dos domínios SDQ por sexo e por idade

Domínios	Sexo	Sexo	p^a	4 anos	5 anos	p^a
	feminino	masculino		M±DP	M±DP	
	M±DP	M±DP				
Escala de sintomas emocionais	1,16±1,87	1,39±1,87	0,206	1,40±1,92	1,09±1,79	0,392
Escala de problemas de relacionamento com os colegas	1,14±1,42	1,03±1,47	0,491	1,21±1,51	0,93±1,35	0,317
Escala de comportamento pró-social	7,56±1,96	6,80±2,36	0,078	7,10±2,20	7,35±2,16	0,555

^a Valor de p obtido através de técnicas não-paramétricas

Conforme podemos analisar na tabela 14, as diferenças entre sexos e idades não são significativas. A média da Escala de sintomas emocionais é mais elevada para o sexo masculino, comparativamente ao sexo feminino. Além do mais, verificámos que as crianças de sexo feminino apresentam médias mais elevadas no que concerne aos problemas de relacionamento com os pares aos comportamentos pró-sociais. Relativamente às diferenças de idade, observámos uma diminuição das médias das Escalas de sintomas emocionais e de problemas de relacionamento com os colegas entre os quatro e os cinco anos. Em contrapartida observou-se um aumento nos comportamentos pró-sociais entre os quatro e os cinco anos.

Tabela 15

Médias e desvios-padrões dos domínios SDQ por idade e sexo

Domínios	4 anos		p^a	5 anos		p^a
	Sexo	Sexo		Sexo	Sexo	
	feminino	masculino		feminino	masculino	
	M±DP	M±DP		M±DP	M±DP	
Escala de sintomas emocionais	1,36±1,91	1,46±1,97	0,744	0,79±1,77	1,32±1,80	0,055
Escala de problemas de relacionamento com os colegas	1,48±1,56	0,79±1,34	0,021*	0,51±0,84	1,26±1,57	0,52
Escala de comportamento pró-social	7,14±2,01	7,04±2,52	0,930	8,33±1,63	6,58±2,23	0,04*

^a Valor de p obtido através de técnicas não-paramétricas* Diferença significativa para $p < ,05$ (bilateral)

A análise das diferenças entre sexos aos quatro e cinco anos revelou que existem diferenças significativas entre ambos os sexos aos quatro anos relativamente aos problemas de relacionamento com os colegas, sendo que o sexo feminino apresenta significativamente mais problemas no relacionamento com os pares (Tabela 15). Também verificámos que existem diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino aos cinco anos nos comportamentos pró-sociais. Aqui a média do sexo feminino é significativamente mais elevada, em comparação à média do sexo masculino. As diferenças de médias entre sexos para ambas as idades não são significativas para a Escala de sintomas emocionais.

5.3.1. Língua materna.

Propusemo-nos a investigar se existem diferenças entre crianças cuja língua materna é o luxemburguês (LML) e crianças com outra língua materna (LMnL), nomeadamente o francês, alemão português ou outra. Para realizar tal análise, procedemos à dicotomização da variável Língua materna: Língua materna luxemburguesa (1) vs. Língua materna não-luxemburguesa (0). As frequências foram analisadas anteriormente (Tabela 3).

No total, foram contabilizadas 87 crianças (68,5%) LML e 40 (31,5%) crianças LMnL. As médias e os desvios-padrões por grupo, sexo, idade e por domínio do SDQ são apresentados na Tabela 16.

Tabela 16

Médias e desvios-padrões para as variáveis Língua materna luxemburguesa e Língua materna não-luxemburguesa por sexo e idade

Domínios	Luxemburguês M±DP	Não-Luxemburguês M±DP	<i>p</i> ^a
Escala de sintomas emocionais	1,24±1,80	1,33±2,00	0,943 ^b
Sexo feminino	1,14±1,84	1,21±1,96	0,752 ^b
Sexo masculino	1,35±1,78	1,50±2,13	0,971 ^b
4 anos	1,46±1,89	1,27±2,03	0,555 ^b
5 anos	0,95±1,67	1,39±2,03	0,393 ^b
Escala de problemas de relacionamento com os colegas	1,26±1,59	0,73±0,96	0,140 ^b
Sexo feminino	1,35±1,60	0,75±0,94	0,201 ^b
Sexo masculino	1,16±1,60	0,69±1,01	0,358 ^b
4 anos	1,42±1,68	0,73±0,88	0,190 ^b
5 anos	1,03±1,46	0,72±1,07	0,451 ^b
Escala de comportamento pró-social	7,02±2,31	7,60±1,84	0,249 ^b
Sexo feminino	7,39±2,10	7,88±1,65	0,428 ^b
Sexo masculino	6,65±2,47	7,19±2,07	0,488 ^c
4 anos	7,04±0,48	7,22±1,63	0,985 ^b
5 anos	7,00±2,17	8,06±2,01	0,095 ^b

^a Valor de *p*

^b Teste não paramétrico de Mann-Whitney

^c Teste paramétrico para amostras independentes

Conforme podemos constatar, não existem diferenças significativas no funcionamento comportamental e socioemocional entre as crianças LML e crianças LMnL, nem entre o sexo feminino e o sexo masculino, nem entre crianças com quatro anos e cinco anos de idade. A nível da Escala de sintomas emocionais, observámos que as crianças LMnL apresentam mais sintomas emocionais, exceto aos quatro anos. Relativamente à Escala de problemas de relacionamento com os colegas, verificámos que as crianças LML apresentam médias mais elevadas, independentemente do sexo e da idade da criança. No último domínio, as crianças LMnL expressam mais comportamentos pró-sociais, comparativamente às crianças LML.

5.3.2. Comuna de residência.

Propusemo-nos a analisar se existem diferenças entre ambos grupos de participantes. A tabela 17 apresenta as médias e os desvios-padrões por domínio, sexo e idade para os dois grupos.

Tabela 17

Médias e desvios-padrões da variável Comuna de residência por sexo e idade

Domínios	Rural M±DP	Urbano M±DP	<i>p</i> ^a
Escala de sintomas emocionais	1,20±1,84	1,31±1,89	0,849 ^b
Sexo feminino	1,38±2,00	1,05±1,80	0,561 ^b
Sexo masculino	1,04±1,70	1,65±1,97	0,253 ^b
4 anos	1,37±1,88	1,42±1,96	0,995 ^b
5 anos	1,00±1,80	1,15±1,80	0,795 ^b
Escala de problemas de relacionamento com os colegas	1,18±1,64	1,03±1,31	0,842 ^b
Sexo feminino	1,21±1,53	1,10±1,38	0,995 ^b
Sexo masculino	1,16±1,77	0,94±1,23	0,809 ^b
4 anos	1,22±1,53	1,20±1,52	0,892 ^b
5 anos	1,14±1,81	0,80±0,93	0,859 ^b
Escala de comportamento pró-social	6,90±2,35	7,40±2,06	0,260 ^b
Sexo feminino	7,00±2,13	7,86±1,81	0,082 ^c
Sexo masculino	6,80±2,58	6,79±2,23	0,926 ^b
4 anos	6,89±2,36	7,22±2,12	0,355 ^c
5 anos	6,91±2,39	7,64±1,98	0,367 ^c

^a Valor de *p*^b Teste não paramétrico de Mann-Whitney^c Teste paramétrico para amostras independentes

Verificámos que não existem diferenças significativas entre as crianças residentes em comunas rurais e crianças que residem em meios urbanos, quer não entre sexos, quer entre faixas etárias. Em geral, as médias do domínio e dos subdomínios das Escala de sintomas emocionais e comportamento pró-social são mais elevadas em crianças residentes em meios urbanos. Exceção é o sexo feminino no que concerne aos sintomas emocionais e o sexo masculino relativamente aos comportamentos pró-sociais. Na Escala de problemas de relacionamento com os colegas, crianças de meios rurais apresentam mais problemas com os pares.

6. Discussão

O presente trabalho foi realizado em estabelecimentos pré-escolares do Grão-Ducado do Luxemburgo com o objetivo de averiguar o funcionamento comportamental e socioemocional das crianças com idades compreendidas entre os quatro e cinco anos e de validar a versão alemã para educadores do instrumento psicométrico SDQ. Com esta validação pretendemos contribuir para o melhoramento da identificação das perturbações do funcionamento em crianças residentes no Luxemburgo, um país com poucos recursos na área da avaliação dos problemas de saúde mental infantis.

A análise dos dados dos questionários permitiu destacar alguns resultados relevantes que determinaram o decorrer do estudo e, mais especificamente, da validação.

A AFE com rotação Varimax do SDQ não permitiu extrair um modelo fatorial consistente com o modelo teórico de cinco domínios proposto por Goodman (1997). De facto, a análise do resultado da rotação revelou que a totalidade dos itens das Escalas de problemas de comportamento e de hiperatividade, que formam o perfil de Externalização, reuniram-se num só fator. Este resultado indica que as respostas fornecidas pelos educadores-de-infância não foram sensíveis a ponto de distinguir os dois domínios. Além disso, sugere que a hiperatividade é conceptualizada e/ou interpretada pelos educadores-de-infância como sendo um problema de comportamento e/ou vice-versa.

Uma sugestão semelhante também foi avançada por Dickey e Blumberg (2004) que realizaram um estudo de validação do SDQ nos EUA. Segundo os autores, é possível que alguns itens (e comportamentos) tenham significados diferentes para a população americana e que os pais americanos conceptualizem de modo diferente os constructos relativos aos problemas de comportamento e de relacionamento com os pares. Contrariamente à população europeia, nos EUA estes problemas são considerados sintomas ou consequências diretas da hiperatividade ou da emotividade. Para Dickey e Blumberg, é possível que o modelo trifatorial seja mais apropriado para a população americana.

Não sendo possível avaliar os comportamentos externalizantes de forma dissociada, optámos então por expurgar os domínios dos problemas de comportamento e de hiperatividade e mantivemos os domínios que formam o perfil de Internalização (composto pelas Escalas de sintomas emocionais e de problemas de relacionamento com os colegas) e a Escala de comportamento pró-social. Uma nova AFE com três fatores permitiu a obtenção

das três escalas pretendidas. Optámos então por trabalhar com três dos cinco domínios individuais propostos por Goodman (1997) e não com a totalidade do SDQ, permitindo-nos estudar com maior precisão os comportamentos internalizantes e pró-sociais da nossa amostra.

Vários autores, tais como Dickey e Blumberg (2004), Klein et al. (2013), Koskelainen et al. (2001) e van Leeuwen et al. (2006) encontraram modelos fatoriais com três fatores semelhantes, onde os itens se associaram segundo perfis de problemas internalizantes, externalizantes e de comportamentos pró-sociais. Os estudos detetaram elevadas correlações entre determinados itens de diferentes domínios, proporcionando correlações não só entre domínios, mas também entre perfis.

Porém, apesar das soluções com três fatores, existem diferenças metodológicas importantes entre este trabalho e os estudos apresentados, a maior sendo que, à exceção de Dickey e Blumberg (2004), os estudos também extraíram modelos fatoriais com cinco consistentes com o modelo teórico. Para além das diferenças nas idades e nacionalidades abrangidas nos estudos, os autores utilizaram versões distintas do SDQ em contextos diferentes e recorreram a procedimentos estatísticos diferentes para alcançar os respetivos modelos fatoriais. Dickey e Blumberg (2004) e Klein et al. (2013) recorreram a uma AFE, a uma análise fatorial confirmatória e a uma análise de componentes principais. Koskelainen et al. (2001) realizaram uma análise fatorial com rotação Varimax e van Leeuwen et al. (2006) utilizaram uma AFE e uma análise fatorial confirmatória.

Além da obtenção de uma solução fatorial considerada não satisfatória por não dissociar os domínios do perfil de Externalização, obtivemos um índice de consistência interna insuficiente por ser inferior a 0,80. Geralmente estudos sobre a versão para educadores do SDQ apresentam índices de fiabilidade elevados, próximos de $\alpha = 0,80$ para a mesma faixa etária (Downs et al., 2013; Klein et al., 2013) chegando a $\alpha = 0,91$ no estudo realizado por Ezpeleta et al. (2013).

No que concerne à fiabilidade dos três domínios individuais, verificámos que estes são superiores a $r = 0,60$, limite considerado aceitável para os subdomínios, de acordo com Ribeiro (1999). Estes resultados são consistentes com o estudo de Downs et al. (2012), segundo o qual a consistência interna dos três grupos linguísticos/culturais foi geralmente comparável e/ou superior aos índices obtidos neste trabalho para os mesmos domínios.

Índices de consistência interna comparáveis foram citados por Janssens e Deboutte (2009, 2010) para dois domínios na versão para os cuidadores da instituição de assistência ao menor, a fiabilidade do domínio dos sintomas emocionais sendo mais elevada. Klein et al. (2013) apresentaram índices de fiabilidade semelhantes aos resultados deste trabalho para as Escalas de sintomas emocionais e de problemas de relacionamento com os pares numa publicação que abordou as propriedades psicométricas da versão pré-escolar alemã para pais do SDQ. Contudo, a consistência interna referente ao domínio dos comportamentos pró-sociais apresentada pelos autores revelou ser menos elevada, comparativamente a este estudo.

A AFE do questionário secundário, o C-TRF, não permitiu alcançar uma solução fatorial satisfatória, tanto com sete fatores (para corresponder com o modelo teórico de Achenbach e Rescorla, 2000), como com três fatores (domínio de Internalização, de Externalização e Outros Problemas). A repartição dos itens nos diferentes fatores não permitiu alcançar o modelo teórico, quer estatisticamente, quer conceptualmente. Como foi referido anteriormente, a proporção de itens respondidos com o valor 0 = *não verdadeiro (que você saiba)* foi muito elevada, o que diminuiu a variabilidade das respostas no C-TRF. O pequeno tamanho da amostra e a baixa variabilidade das respostas podem estar na origem dos modelos fatoriais insatisfatórias.

Consequentemente, não foi possível analisar a validade convergente entre os perfis, os domínios e os subdomínios do referido instrumento e os perfis e os domínios do SDQ. Porém, de acordo com a literatura publicada que avalia o grau de associação entre o SDQ para educadores e o C-TRF, podemos afirmar que em geral as correlações entre ambos os questionários e entre os subdomínios correspondentes são elevadas na população pré-escolar (Downs et al., 2012). Downs et al. (2012) apresentaram correlações significativas entre as pontuações totais e entre os constructos semelhantes de ambos os instrumentos na população pré-escolar alemã. Ezpeleta et al. (2013) registaram correlações moderadas a elevadas a nível das pontuações totais e dos domínios correspondentes entre o SDQ para pais e o CBCL.

Goodman e Scott (1999) reproduziram resultados comparáveis num estudo de comparação entre o CBCL e o SDQ para pais numa amostra composta por crianças com idades compreendidas entre os quatro e os sete anos. Resultados semelhantes também foram obtidos por Klasen et al. (2000), que comprovaram a robustez das propriedades psicométricas do SDQ para pais e de autoavaliação e do CBCL e ao YSR.

Relativamente às médias das escalas, constatámos a presença de valores de melhores comportamentos na Escala de comportamento pró-social. Relativamente às Escalas de sintomas emocionais e de problemas de relacionamento com os pares, observámos, em geral, uma proporção mais elevada de sintomas emocionais do que de problemas com os pares em ambos os sexos. Além disso, verificámos uma diminuição dos sintomas emocionais e dos problemas de relacionamento com os pares entre os quatro e cinco anos, enquanto os comportamentos pró-sociais aumentaram no mesmo período. Também identificámos um efeito do sexo sobre os problemas de relacionamento com os pares e sobre os comportamentos pró-sociais, sendo que o sexo feminino apresenta consideravelmente mais problemas no relacionamento com os colegas aos quatro anos e mais comportamentos pró-sociais aos cinco anos, em comparação ao sexo masculino.

Estes resultados são parcialmente consistentes com a literatura. Janssens e Deboutte (2009, 2010) obtiveram o mesmo padrão de pontuações a nível dos domínios do SDQ para os cuidadores, para pais e na versão de autoavaliação. Os valores dos comportamentos apresentados por Downs et al. (2012) a nível dos domínios contrastam com os valores obtidos no presente trabalho. No referido estudo, o sexo masculino apresentou, com algumas exceções, mais sintomas emocionais e mais problemas a nível do relacionamento com os pares, do que o sexo feminino. Os resultados referentes aos comportamentos pró-sociais, revelaram ser consistentes com os resultados do nosso estudo. Quanto ao padrão de comportamentos aos quatro e cinco anos, Downs et al. verificaram que, em geral, os sintomas emocionais e os problemas de relacionamento com os pares diminuíram com o aumento da idade, enquanto os comportamentos pró-sociais aumentaram.

Quanto à língua materna e comuna de residência, estas não exerceram efeitos no funcionamento comportamental e socioemocional das crianças. Os resultados referentes à língua materna são consistentes com o artigo de Downs et al. (2012) que investigou se existem diferenças no funcionamento infantil entre crianças residentes nos EUA com língua materna inglesa e língua materna espanhola e crianças com língua materna alemã que vivem na Alemanha. Os autores descobriram um efeito importante da língua materna/cultura das crianças sobre o domínio relativo aos sintomas emocionais apenas entre crianças alemãs e crianças dos EUA com língua materna inglesa e espanhola. Nenhum efeito da língua materna foi destacado entre crianças com língua materna inglesa e língua materna espanhola nos EUA.

Como referimos anteriormente, existem poucos estudos que investigam a associação entre saúde mental infantil e zona urbana e rural, recorrendo ao SDQ. A investigação de Mullick e Goodman (2005) constatou que as crianças manifestaram um maior número de perturbações mentais em favelas, em comparação a zonas rurais e urbanas. Todavia, Srinath et al. (2005) não detetaram efeitos do meio urbano, rural e das favelas sobre o funcionamento comportamental e socioemocional da criança e dos adolescentes.

A ausência de efeito da língua materna e da comuna de residência sobre o funcionamento comportamental e socioemocional encontrada no presente trabalho, pode estar relacionada com o pequeno tamanho da amostra e com as diversas características da seleção dos participantes pelos educadores-de-infância. A seleção de uma amostra normativa composta por crianças consideradas pelos educadores de infância como não exibindo problemas no seu funcionamento comportamental e socioemocional, pode estar na origem da ausência de efeitos.

A situação linguística e cultural do Luxemburgo apropria-se bem à análise das diferenças no funcionamento entre crianças com origens distintas. A escolha de estudar a língua materna e não a nacionalidade justifica-se pela razão que nascer no Luxemburgo não implica ter a nacionalidade luxemburguesa e aprender como primeira língua o luxemburguês e, inversamente, ter uma nacionalidade estrangeira não implica que a língua materna seja estrangeira. O elevado número de famílias mistas (um dos pais com nacionalidade luxemburguesa e o outro com nacionalidade estrangeira) está na origem de um bilinguismo cada vez mais frequente nos lares do Luxemburgo. A confrontação entre língua e cultura de origem e cultura escolar pode criar conflitos que se refletem no comportamento e nas dificuldades exibidas pela criança. É então possível que crianças com línguas maternas estrangeiras e/ou crianças de pais imigrantes (alguns dos quais imigrados recentemente) tenham sido excluídas pelos educadores devido ao mau conhecimento da língua luxemburguesa e/ou a comportamentos considerados problemáticos na escola.

Outra explicação para a ausência de diferenças entre línguas maternas pode estar relacionada com a boa integração de algumas famílias imigrantes (segunda/terceira geração de imigração) no país de acolhimento. Embora a língua materna dessas famílias não seja o luxemburguês, as crianças podem ter um contacto elevado com a língua luxemburguesa dentro e fora de casa por intermédio de familiares, amigos, cuidadores ou até da frequentação do ensino precoce, ano escolar facultativo para crianças com três anos que precede a entrada

no ensino pré-escolar obrigatório. A familiaridade da criança com o luxemburguês é suscetível de diminuir as dificuldades de integração no ensino pré-escolar, uma vez que facilita a comunicação com os educadores e os pares.

No que respeita ao funcionamento comportamental e socioemocional entre crianças de meios considerados urbanos vs. rurais, é importante referir que a repartição das comunas em comunas urbanas e rurais no Luxemburgo não corresponde aos critérios geralmente aceites pela definição que caracteriza os meios urbanos. O termo “urbano” refere-se a grandes conglomerações de indivíduos geralmente em áreas relativamente pequenas, resultando em densidades de populações relativamente elevadas (Marsella, 1998). Para além disso, os meios urbanos caracterizam-se por uma convergência entre fatores específicos relacionados com a população, ambiente, economia, cultura e política que podem ter consequências a nível psicossocial e na saúde mental do indivíduo.

No entanto, como sugerem Peen, Schoevers, Beekman e Dekker (2010), cada país adapta a definição à sua situação específica, de modo a que áreas caracterizadas como sendo urbanas por um país, possam ser consideradas rurais por outros países. No Luxemburgo, as comunas foram classificadas de acordo com um plano de prioridade para o desenvolvimento urbano (Ministère du Logement, 2011). Trata-se de uma repartição em zonas urbanas e rurais que não coincide com a definição de Marsella (1998). Assim, muitas das zonas consideradas urbanas não apresentam as particularidades que caracterizam geralmente zonas urbanas, tal como são definidas por Marsella (1998).

Outro aspeto a levar em consideração refere-se à localização dos estabelecimentos pré-escolares. Muitos dos estabelecimentos escolares das diversas comunas abrangidas no estudo localizam-se não no município, mas em localizações em redor, que tanto podem ser zonas urbanas ou rurais. Assim, é possível que um estabelecimento de uma localização urbana acolha maioritariamente crianças de meios rurais ou, alternativamente, um estabelecimento de uma comuna urbana esteja situado numa localização mais rural que urbana e que acolha apenas crianças de meios rurais. Esta situação não será refletida corretamente na base de dados, uma vez que neste estudo não inquirimos sobre a localização, mas a comuna de residência dos participantes.

Por último, tal como foi referido anteriormente em relação às crianças com línguas maternas diferentes, é importante ressaltar novamente que os educadores de estabelecimentos

pré-escolares urbanos podem ter excluído crianças de meios urbanos com dificuldades no seu funcionamento socioemocional. A decisão de excluir tais participantes pode alterar a configuração da amostra e influenciar os resultados do estudo.

A psicomotricidade é uma prática corporal que aborda o indivíduo na sua globalidade e que recorre a atividades motoras, perceptivas, sensoriais para agir sobre a globalidade do ser, a percepção do Eu e do outro. A interação entre a criança, o meio e a relação com o outro é fundamental. A psicomotricidade constitui um meio sólido para apoiar e fomentar comportamentos de vinculação entre os pais e os seus filhos, pois fornece meios para desenvolver uma comunicação emocional que permite desenvolver interações interpessoais contínuas, síncronas e recíprocas entre pais e filhos. Para além de promover a vinculação através da comunicação emocional, a psicomotricidade também permite fortificar o *bonding*, reflexo do envolvimento emocional dos pais para com os seus filhos. Os pais aprendem novas competências, a nível de reflexão sobre si próprios, os seus comportamentos e consequências, tornando-se mais responsivos e sensíveis às necessidades dos filhos. É importante que os pais gostem dos seus filhos, para que estes possam gostar, dos pais, de si próprios, de viver e para que se sintam seguros.

Avaliar desde cedo as perturbações a nível do funcionamento socioemocional e comportamental em crianças com instrumentos adequados é essencial, a fim de identificar, prevenir e intervir em eventuais problemas que possam interferir com o bem-estar e o desenvolvimento socioemocional e comportamental propício das crianças. Importa incluir os pais no processo terapêutico e trabalhar a relação entre pais e filhos para prevenir a aparição de perturbações e o seu impacto negativo sobre o desenvolvimento socioemocional e comportamental da criança. A escola pode desempenhar um papel importante na deteção e na prevenção de perturbações e de insucesso escolar desde que exista uma boa comunicação entre educadores/professores e cuidadores. A inclusão de múltiplos informadores provenientes de diferentes contextos é essencial, pois facilita a obtenção de um perfil mais aprofundado e mais completo acerca do comportamento infantil.

O ser humano é um ser de comunicação que existe na relação e é na relação que o indivíduo se desenvolve. Sem a relação a criança não tem capacidade por si só de desenvolver funcionalidades do seu ser, a começar pela construção do Eu identitário, do *self*. Tal construção alicerça-se desde cedo na relação com os cuidadores. Parece ser consensual a ideia de que a vinculação é fator condicionante na qualidade da saúde mental dos indivíduos,

das suas relações interpessoais e na cidadania, influenciando como tal o seu núcleo mais restrito de relações e a sociedade em que se insere. O tipo de ligação estabelecida entre pais e crianças condiciona não só o desenvolvimento do hemisfério direito responsável pela regulação de estados emocionais e do tratamento de informações socioemocionais, como também as experiências da criança e, posteriormente, do adolescente e do adulto.

A vinculação, assim como a função continente da mãe, o *bonding* que os pais estabelecem com os seus filhos, associados a comunicação emocional adequada são fundamentais, pois são os alicerces de um desenvolvimento cognitivo, social, psicológico e emocional futuro propício. Para além do mais, afetam o estabelecimento de relações de proximidade e de intimidade ao longo da vida do indivíduo. Ligações instáveis e inseguras terão consequências nefastas a vários níveis no desenvolvimento da criança. O aparecimento de perturbações mentais e comportamentais, o insucesso e/ou a exclusão escolar, o abuso de substâncias e outros comportamentos desviantes podem surgir quando as relações entre pais e filhos não são seguras, consistentes e de confiança.

Portanto, faz todo o sentido avaliar precocemente as perturbações que surgem na relação e, daí no funcionamento da criança, uma vez que uma deficiência ou uma patologia psiquiátrica pode comprometer as aprendizagens escolares das crianças devido à dificuldade que têm de aceder com facilidade e prazer aos conhecimentos partilhados na escola (Saint-Cast, 2005). Nesta perspetiva, a psicomotricidade pode intervir nas falhas, nas ausências e nas inadequações da experiência do corpo que podem causar perturbações na maturação das funções psicomotoras necessárias às aprendizagens, uma vez que o seu objetivo é ajudar a criança a sentir-se bem com ela própria, o seu corpo, o outro e o mundo à sua volta.

7. Limitações e Dificuldades Encontradas

Apesar do modesto contributo deste trabalho para a avaliação do funcionamento comportamental e socioemocional de crianças em idade pré-escolar residentes no Luxemburgo, é importante examinar algumas limitações relacionadas a aspetos teóricos e metodológicos.

A amostra do estudo é demasiado pequena, pois a análise fatorial requiere que o tamanho da amostra seja maior (Field, 2005). O tamanho reduzido da amostra pode ser uma explicação possível para a não obtenção de resultados desejáveis, pois não foi possível extrair um modelo fatorial que correspondesse ao modelo teórico proposto por Goodman (1997) e por Achenbach e Rescorla (2000). Além do mais, verificámos que a escala SDQ não revela uma boa consistência interna, uma vez que o α de Cronbach não atingiu o limite requerido de 0,80. Estes resultados não possibilitaram o alcance do objetivo principal deste trabalho, a saber, a validação da versão alemã para educadores do SDQ e a interpretação e a generalização destes resultados deve ser feita com muito rigor e muita prudência.

Ao pequeno tamanho da amostra acrescenta-se o grande número de itens respondidos com o valor 0 no C-TRF, o que pode estar na origem do modelo fatorial insatisfatório. Assim, não foi possível incluir o questionário nas análises estatísticas. É importante referir aqui uma questão associada à administração dos questionários. Ambos os instrumentos foram entregues aos participantes ao mesmo tempo e cada participante teve aproximadamente um mês para completar ambos os questionários. No entanto, pareceu-nos que muitos educadores adiaram a tarefa até ao prazo limite de entrega, de modo a que a falta de tempo possa ter condicionado o preenchimento dos instrumentos, principalmente do C-TRF devido ao seu elevado número de itens e à sua semelhança com o SDQ.

Outro aspeto importante a levar em consideração diz respeito à língua em que foram administrados os questionários. Neste estudo, optámos por aplicar os questionários em língua alemã, uma vez que o Luxemburgo é considerado um país germanófono. Contudo, o alemão não constitui a língua materna dos luxemburgueses e o contacto com o alemão varia de zona para zona. Assim, enquanto o luxemburguês e o alemão são as línguas mais comuns no distrito Diekirch, no distrito Luxembourg e parcialmente no distrito Grevenmacher é mais comum falar luxemburguês e francês. Além do mais, os estudos que levam à obtenção do diploma de educador-de-infância são realizados em países francófonos, principalmente na

Bélgica, e muitos diplomados têm origens estrangeiras, nomeadamente francesa, portuguesa, etc. Consequentemente, o contacto de muitos educadores com a língua francesa é maior do que com a língua alemã. Portanto, é possível que a versão alemã tenha condicionado o preenchimento dos questionários, através de diferenças de compreensão, de interpretação dos vários itens. O contexto cultural e/ou a nacionalidade dos educadores também pode ter condicionado os participantes na interpretação dos itens e na atribuição de respostas, uma vez que podem ter conceptualizações diferentes do que são comportamentos-problema.

A participação dos pais/cuidadores das crianças no presente trabalho limitou-se à recolha de informações sociodemográficas. Contudo, a inclusão dos pais na avaliação do funcionamento infantil é fundamental, uma vez que permite não só averiguar a preocupação parental acerca da saúde mental das crianças, mas também permite investigar o grau de concordância entre pais/cuidadores e educadores-de-infância. O envolvimento de cada cuidador que interage com a criança em diversos contextos permite a partilha das experiências com a criança e a obtenção de um perfil mais completo sobre a saúde mental da criança.

Além do mais, teria sido interessante inquirir sobre o tempo que as famílias imigrantes residem no Luxemburgo e realizar comparações para verificar se existem diferenças a nível do funcionamento socioemocional entre crianças de famílias imigradas recentemente (primeira geração de imigração) e de famílias descendentes de imigrantes (segunda/terceira geração de imigração). A perceção e o sentimento de integração das famílias no país de acolhimento podem afetar de modo significativo a saúde mental do indivíduo (Tousignant, 1992; Carta, Bernal, Hardoy, Haro-Abad, & "Report on the Mental Health in Europe" working group, 2005).

Foram encontrados vários obstáculos que dificultaram a realização deste trabalho. Os mais relevantes concernem: (1) O processo de obtenção das autorizações do CNER, MEN e dos inspetores foi demorado, o que adiou o início do estudo; (2) o desinteresse pelo estudo por parte de um número considerável de escolas, dificultando a recolha de escolas para participarem no estudo (3) o desinteresse e a falta de disponibilidade por parte de alguns educadores de infância na participação e daí na resposta dos questionários; (4) o não cumprimento de datas previstas para a sua entrega e (5) o incumprimento das indicações e das instruções dadas para o preenchimento dos questionários. Estes obstáculos refletem-se parcialmente na análise das respostas dos questionários, principalmente do C-TRF.

8. Conclusões

Para concluir o presente trabalho, destacamos que o modelo fatorial extraído não apresentou as qualidades do modelo teórico original de Goodman (1997). As propriedades psicométricas pouco desejáveis, devido à solução fatorial inconsistente e à fraca fiabilidade do SDQ, não permitiram comprovar a robustez do instrumento, tal como pretendido. Contudo, independentemente da diferença existente entre os resultados obtidos neste trabalho e os resultados da literatura, investigações realizadas em todo o mundo comprovam a robustez tanto do SDQ, como também do C-TRF. Portanto, os resultados obtidos neste trabalho devem ser interpretados e generalizados com muito rigor e cuidado, uma vez que podem estar condicionados pelas características da amostra recolhida para este trabalho.

A comparação entre línguas maternas e comunas de residência revelou que existe um efeito do sexo aos quatro anos no que respeita aos problemas de relacionamento com os pares, pois observámos que o sexo feminino apresenta consideravelmente mais problemas, em comparação ao sexo masculino. Além do mais, encontramos um efeito do sexo nos comportamentos pró-sociais. Os resultados revelaram que aos cinco anos, o sexo feminino apresenta notavelmente mais comportamentos pró-sociais, do que o sexo masculino. Nenhum efeito da zona de residência foi destacado.

O presente trabalho representa apenas um modesto e pequeno contributo para a área da saúde mental infantil do Luxemburgo. Portanto, importa realizar mais estudos exploratórios e de validação com amostras comunitárias maiores e amostras clínicas em diversos contextos, aplicando instrumentos separadamente em diferentes línguas, nomeadamente em alemão, francês e luxemburguês para analisar se existem diferenças no funcionamento infantil. Será fundamental controlar determinadas variáveis tais como a nacionalidade, a língua materna e a compreensão das diversas línguas dos participantes e outras questões associadas ao preenchimento (instruções, disponibilidade temporal, motivação) que pode condicionar o preenchimento dos instrumentos.

O estudo que nos propusemos a realizar é um estudo preliminar, portanto é indispensável recolher evidência adicional, para que os resultados obtidos possam ser generalizados. Será necessário realizar outras investigações com o propósito de melhorar a qualidade da identificação, da avaliação e do tratamento das perturbações mentais na infância e adolescência, assim como também na idade adulta e na terceira idade.

9. Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1-37.
- Achenbach, T. M. (2005). Advancing assessment of children and adolescents: Commentary on evidence-based assessment of child and adolescent disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(3), 541-547.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2006). Developmental issues in assessment, taxonomy, and diagnosis of psychopathology: Life span and multicultural perspectives. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen, *Developmental psychopathology: Theory and methods* (2^a ed., Vol. I, pp. 139-180). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.-C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251-275.
- Aucouturier, B. (2011). *La méthode Aucouturier. Fantasmies d'action et pratique psychomotrice*. Bruxelles: De Boeck.
- Ausbildungsinstitut für Kinder- und JugendlichenPsychotherapie. (2013). *Startseite > AKiP-Evaluation: Forschung & Publikation > Forschungsprojekte*. Retrieved Janeiro 21, 2014, from Uniklinik Köln: http://akip.uk-koeln.de/forschung-publikation/forschungsprojekte/fgebcl_01_2014_plueck_weg.pdf
- Bengtson, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 1-16.
- Berg-Nielsen, T. S., Solheim, E., Belsky, J., & Wichstrom, L. (2012). Preschoolers' psychosocial problems: In the eyes of the beholder? Adding teacher characteristics as determinants of discrepant parent–teacher reports. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(3), 393-413.

- Betancourt, H., & López, S. R. (1993). The study of culture, ethnicity, and race in American psychology. *American Psychologist*, 48(6), 629-637.
- Bisdorff, A., Sobocki, P., Cloos, J. M., Andrée, C., & Graziano, M. E. (2006). Cost of disorders of the brain in Luxembourg. *Bulletin de la Société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg*, 3, 347-358.
- Briggs-Gowan, M. J. (1996). A parent assessment of social-emotional and behavior problems and competence for infants and toddlers: Reliability, validity, and associations with maternal symptoms and parenting stress. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(6-B), 4051.
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2008). Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*, 121(5), 957-962.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A. E., & Horwitz, S. M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(7), 849-858.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2011). Parent-reported mental health in preschoolers: Findings using a diagnostic interview. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 359-369.
- Campbell, S. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(1), 113-149.
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., Haro-Abad, J. M., & "Report on the Mental Health in Europe" working gr. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: Appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005, 1:13, 1, 1-16.
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., & Ornstein Davis, N. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 109-134.

- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., Jones, S. M., & Little, T. D. (2003). The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(5), 495-514.
- Carter, A. S., Marakovitz, S. E., & Sparrow, S. S. (2006). Comprehensive psychological assessment through the life span: A developmental approach. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen, *Developmental psychopathology: Theory and methods* (2^a ed., Vol. I, pp. 181-210). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Christensen, M., Emde, R., & Fleming, C. (2004). Cultural perspectives for assessing infants and young children. In R. Del Carmen-Wiggins, & A. Carter, *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 7-24). New York, NY: Oxford University Press.
- Committee on Children with Disabilities. (2001). Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics, 108*(1), 192–196.
- Creighton, A. (2011). Mother-infant musical interaction and emotional communication: A literature review. *Australian Journal of Music Therapy, 22*, 37-58.
- Crouch, M., & Manderson, L. (1995). The social life of bonding theory. *Social Science & Medicine, 41*(6), 837-84.
- Dean, A. G., Sullivan, K. M., & Soe, M. M. (2011, Junho 23). *OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version 2.3.1*. Retrieved Dezembro 1, 2012, from www.OpenEpi.com
- Del Carmen-Wiggins, R., & Carter, A. (2001). Introduction - Special section: Assessment of infant and toddler mental health: Advances and challenges. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(1), 8-10.
- DeRigne, L. A. (2010). What are the parent-reported reasons for unmet mental health needs in children? *Health Social Work, 35*(1), 7-15.
- DeRigne, L. A., Porterfield, S., & Metz, S. (2009). The influence of health insurance on parent's reports of children's unmet mental health needs. *Maternal and Child Health Journal, 13*(2), 176-186.

- Dickey, W. C., & Blumberg, S. J. (2004). Revisiting the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire: United States, 2001. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1159-1167.
- Downs, A., Strand, P. S., Heinrichs, N., & Cerna, S. (2012). Use of the teacher version of the Strengths and Difficulties Questionnaire with German and American Preschoolers. *Early Education and Development*, 23(4), 493-516.
- Dwyer, S. B., Nicholson, J. M., Battistutta, D., & Oldenburg, B. (2005). Teachers' knowledge of children's exposure to family risk factors: Accuracy and usefulness. *Journal of School Psychology*, 43(1), 23-38.
- Edwards, J. (2011). The use of music therapy to promote attachment between parents and infants. *The Arts in Psychotherapy*, 38(3), 190-195.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 312-337.
- État luxembourgeois. (2011, Fevereiro 15). *Accueil > Société > Langues*. Retrieved Novembro 19, 2013, from www.luxembourg.lu: <http://www.luxembourg.public.lu/fr/societe/langues/index.html>
- État luxembourgeois. (2012a, Setembro 24). *Publications > Le Luxembourg en chiffres 2012*. (STATEC, Ed.) Retrieved Dezembro 1, 2012, from Portail des statistiques du Grand-Duché de Luxembourg: <http://www.statistiques.public.lu/catalogue-publications/luxembourg-en-chiffres/luxembourg-chiffres.pdf>
- État luxembourgeois. (2012b). *RP2011 - Recensement de la population au 1er février 2011*. Luxembourg: STATEC.
- État luxembourgeois. (2013a, Outubro 03). *Accueil > Société > Langues > Utilisation des langues au Luxembourg > Quelles langues pour l'école?* Retrieved Março 13, 2014, from www.luxembourg.lu: <http://www.luxembourg.public.lu/fr/societe/langues/utilisation-langues/ecole/>

- État luxembourgeois. (2013b, Abril 19). *Accueil > Société > Population*. Retrieved Novembro 25, 2013, from www.luxembourg.lu: <http://www.luxembourg.public.lu/fr/societe/population/index.html>
- État luxembourgeois. (2013c, Julho 18). *Accueil > Société > Population > Société aux aspects multiculturels*. Retrieved Novembro 19, 2013, from www.luxembourg.lu: <http://www.luxembourg.public.lu/fr/societe/population/societe-multiculturelle/index.html?highlight=frontaliers>
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., Penelo, E., & Domènech, J. M. (2013). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (3-4) in 3-year-old preschoolers. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(3), 282-291.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS: (and sex, drugs and rock'n'roll)* (2^a ed.). London: Sage.
- Glascoe, F. P. (2000). Early detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics in Review*, *21*(8), 272-280.
- Glascoe, F. P. (2003). Parents' Evaluation of Developmental Status: How Well Do Parents' Concerns Identify Children With Behavioral and Emotional Problems? *Clinical Pediatrics*, *42*(2), 133-138.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(5), 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*(5), 791-799.
- Goodman, R. (2000, Agosto 1). *Youthinmind - SDQ Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires*. Retrieved Fevereiro 13, 2013, from Youthinmind Ltd: <http://www.sdqinfo.org/>
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, *27*(1), 17-24.

- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534-539.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130.
- Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (1998). Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. *Enfance*, 51(3), 44-68.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., . . . Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779.
- Hartas, D. (2012). Children's social behaviour, language and literacy in early years. *Oxford Review of Education*, 38(3), 357-376.
- Heathfield, L. T., & Clark, E. (2004). Shifting from categories to services: Comprehensive school-based mental health for children with emotional disturbance and social maladjustment. *Psychology in the Schools*, 41(8), 911-920.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., Denner, S., . . . Verhulst, F. C. (2011). Syndromes of preschool psychopathology reported by teachers and caregivers in 14 societies using the Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF). *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 7, 87-103.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bathiche, M., . . . Verhulst, F. C. (2007). Testing the Teacher's Report Form syndromes in 20 societies. *School Psychology Review*, 36(3), 468-483.
- Janssens, A., & Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(11), 691-700.

- Janssens, A., & Deboutte, D. (2010). Erratum to: Screening for psychopathology in child welfare: The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(2), 167.
- Kerr, D. C., Lunkenheimer, E. S., & Olson, S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(10), 967-975.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., & Üstün, T. B. (2009). The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatrie, 6*(1), 5-9.
- Kessler, R. C., Cox, B. J., Greif Green, J., Ormel, J., McLaughlin, K. A., Ries Merikangas, K., . . . Zaslavsky, A. M. (2011). The effects of latent variables in the development of comorbidity among common mental disorders. *Depression and Anxiety, 28*(1), 29-39.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, W., Kaschnitz, W., . . . Goodman, R. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9*(4), 271-276.
- Klein, A. M., Otto, Y., Fuchs, S., Zenger, M., & von Klitzing, K. (2013). Psychometric properties of the parent-rated SDQ in preschoolers. *European Journal of Psychological Assessment, 29*(2), 96-104.
- Knudsen, E. I. (2004). Sensitive periods in the development of the brain and behavior. *Journal of Cognitive Neuroscience, 16*(8), 1412-1425.
- Koskelainen, M., Sourander, A., & Vauras, M. (2001). Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10*(3), 180-185.
- Kovess-Masféty, V., Shojaei, T., Pitrou, I., & Gilbert, F. (2009). Besoin de soins en santé mentale versus besoin de soins en pédopsychiatrie. Approche épidémiologique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 57, 57*(6), 494-501.

- Latour, A.-M. (2009). Du moi-ressenti au moi-psychomoteur : Une hypothèse à propos des troubles archaïques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(4), 255-259.
- Marsella, A. J. (1998). Urbanization, mental health, and social deviancy. A review of issues and research. *American Psychologist*, 53(6), 624-634.
- McDonnell, M. A., & Glod, C. (2003). Prevalence of psychopathology in preschool-age children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 16(4), 141-152.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse. (2012a, Novembre 6). *Ministères et Écoles > Écoles et services externes > Enseignement fondamental > Écoles fondamentales privées appliquant le programme officiel du MENFP*. Retrieved Dezero 1, 2012, from Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse:
http://www.men.public.lu/ministere/ecoles_services_externes/110503_ecoles_privées_programme_officiel.pdf
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse. (2012b, Novembre 6). *Ministères et Écoles > Écoles et services externes > Enseignement fondamental > Écoles fondamentales publiques*. Retrieved Dezero 1, 2012, from Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse:
http://www.men.public.lu/ministere/ecoles_services_externes/091130_adresses_ecoles.pdf
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse. (2013, Dezero 12). *Système éducatif > Organisation et gouvernance*. Retrieved Janeiro 31, 2014, from Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse:
<http://www.men.public.lu/fr/systeme-educatif/organisation-gouvernance/index.html>
- Ministère du Logement. (2011, Abril 11). *Accueil > Politique du logement > Plan sectoriel logement*. Retrieved Outubro 17, 2012, from Ministère du Logement du Grand-Duché de Luxembourg: <http://www.ml.public.lu/fr/politique-logement/plan-sectoriel-logement/>

- Ministère du Logement, Ministère du Développement durable et aux Infrastructures, & Ministère de l'Intérieur et à la Grande Région. (2011, Abril 11). *Accueil > Publications > Plan sectoriel logement > Avant-projet du Plan sectoriel Logement*. Retrieved Outubro 17, 2012, from Ministère du Logement: http://www.ml.public.lu/pictures/fichiers/Plan_sectoriel/avant_projet_psl_mai.pdf
- Mullick, M. S., & Goodman, R. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: An exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*(8), 663-671.
- Peen, J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Dekker, J. (2010). The current status of urban–rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *121*(2), 84-93.
- Petermann, U., Petermann, F., & Schreyer, I. (2010). The German Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Validity of the teacher version for preschoolers. *European Journal of Psychological Assessment*, *26*(4), 256-262.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H.-U., Rothenberger, A., . . . Döpfner, M. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: Results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *17*(1), 22-33.
- Rescorla, L. A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, *11*(3), 226-237.
- Rescorla, L. A., & Achenbach, T. M. (2002). Use of the Language Development Survey (LDS) in a national probability sample of children 18 to 35 months old. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *45*(4), 733-743.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ginzburg, S., Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F., . . . Verhulst, F. C. (2007). Consistency of teacher-reported problems for students in 21 countries. *School Psychology Review*, *36*(1), 91-110.

- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., . . . Verhulst, F. C. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: Parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(3), 456-467.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Coimbra: Climepsi.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3), 276-295.
- Sameroff, A. J., & Emde, R. N. (1993). *Les troubles des relations précoces selon l'approche développementale*. (C. Ragon-Ganovelli, Trans.) Paris: Presses Universitaires de France.
- Santos, M. (2013). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy, 4*(20), 86-95.
- Scheithauer, H., & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung, 8*(1), 3-14.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development, 2*(1), 23-47.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health, 22*(1-2), 7-66.
- Shapiro, E. S., & Heick, P. F. (2004). School psychologist assessment practices in the evaluation of students referred for social/behavioral/emotional problems. *Psychology in the Schools, 41*(5), 551-561.
- Srinath, S., Girimaji, S. C., Gururaj, G., Seshadri, S., Subbakrishna, D. K., Bhola, P., & Kumar, N. (2005). Epidemiological study of child & adolescent psychiatric disorders in urban & rural areas of Bangalore, India. *Indian Journal of Medical Research, 122*(1), 67-79.

- Stern-Brushweiler, N., & Stern, D. N. (1989). A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal, 10*(3), 143-156.
- Tambelli, R., Laghi, F., Odorisio, F., & Notari, V. (2012). Attachment relationships and Internalizing and Externalizing problems among Italian adolescents. *Children and Youth Services Review, 34*(8), 1465-1471.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement: Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir, 2*(19), 151-188.
- The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (2009, Junho). *Home > Assessment Tool > Screening and Assessment Tools for Child Welfare > Strengths and Difficulties Questionnaire*. Retrieved Janeiro 21, 2014, from The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare: <http://www.cebc4cw.org/assessment-tool/strengths-and-difficulties-questionnaire/>
- Tousignant, M. (1992). La santé mentale des migrants : Analyse de son contexte social et longitudinal. *Santé mentale au Québec, 17*(2), 35-46.
- Van Leeuwen, K., Meerschaert, T., Bosmans, G., De Medts, L., & Braet, C. (2006). The Strengths and Difficulties Questionnaire in a community sample of young children in Flanders. *European Journal of Psychological Assessment, 22*(3), 189-197.
- Verheij, R. A. (1996). Explaining urban-rural variations in health: a review of interactions between individual and environment. *Social Science & Medicine, 42*(6), 923-935.
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & BELLA study group. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(1), 133-147.
- Wille, N., Bettge, S., Wittchen, H.-U., Ravens-Sieberer, U., & BELLA study group. (2008). How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(Suppl 1), 42-51.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other

disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.

Woerner, W., Fleitlich-Bilyk, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiaro, G., Dalgarrondo, P., . . . Tannock, R. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl 2), II47-II54.

Zeanah, C. H. (2009). The importance of early experiences: Clinical, research, and policy perspectives. *Journal of Loss and Trauma*, 14(4), 266-279.

Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 165-178.

Zeanah, C. H., Boris, N. W., Heller, S. S., Hinshaw-Fuselier, S., Larrieu, J. A., Lewis, M., . . . Valliere, J. (1997). Relationship assessment in infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 18(2), 182-197.

Zeanah, C. H., Boris, N. W., Heller, S. S., Hinshaw-Fuselier, S., Larrieu, J. A., Lewis, M., . . . Valliere, J. (1998). Erratum to: Relationship assessment in infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 19(1), 96.

Anexos

Anexo 1 – População infantil com 4 e 5 anos no Luxemburgo em 2011.

Tabela 1

Crianças com idades entre 4 e 5 anos por sexo e por cantão e comuna de residência no 1º Fevereiro 2011.

<u>Cantão/Comuna</u>	<u>4 anos</u>		<u>Total</u>	<u>5 anos</u>		<u>Total</u>
	<u>Sexo masculino</u>	<u>Sexo feminino</u>		<u>Sexo masculino</u>	<u>Sexo feminino</u>	
Distrito DIEKIRCH						
Cantão Clervaux						
Clervaux ^a	8	8	16	6	14	20
Consthum	4	4	8	5	4	9
Heinerscheid	10	10	20	5	10	15
Hosingen	17	4	21	13	11	24
Munshausen	4	6	10	10	4	14
Troisvierges	15	17	32	20	13	33
Weiswampach	6	8	14	6	5	11
Wincrange	21	18	39	10	32	42
Subtotal	85	75	160	75	93	168
Total Cantão Clervaux		328				
Cantão Diekirch						
Bettendorf ^a	14	4	18	9	13	22
Bourscheid	12	6	18	7	6	13
Diekirch ^a	30	32	62	23	32	55
Ermsdorf	9	9	18	12	8	20
Erpeldange ^a	18	7	25	13	6	19
Ettelbruck ^a	47	39	86	35	42	77
Feulen	12	7	19	10	9	19
Hoscheid	5	4	9	6	3	9
Medernach	14	12	26	8	11	19
Mertzig	10	11	21	11	8	19
Reisdorf	4	8	12	12	8	20
Schieren ^a	5	9	14	7	12	19
Subtotal	180	148	328	153	158	311
Total Cantão Diekirch		639				
Cantão Rédange						
Beckerich	11	12	23	10	10	20
Préizerdaul	8	7	15	8	7	15
Ell	7	5	12	7	6	13
Rambrouch	23	21	44	25	22	47
Grosbous	6	6	12	10	4	14
Rédange ^a	12	18	30	19	15	34
Saeul	2	4	6	1	8	9
Useldange	13	6	19	11	7	18
Vichten	5	7	12	8	3	11
Wahl	4	3	7	7	8	15
Subtotal	91	89	180	106	90	196
Total Cantão Rédange		376				
Cantão Vianden						

Tandel	12	10	22	8	5	13
Putscheid	6	10	16	5	3	8
Vianden ^a	5	10	15	8	8	16
Subtotal	23	30	53	21	16	37
Total Cantão Vianden		90				

Cantão Wiltz

Boulaide	4	8	12	9	5	14
Esch-Sûre	4		4	1	3	4
Eschweiler	2	2	4	7	8	15
Goesdorf	13	9	22	5	4	9
Lac Haute Sûre	9	8	17	15	10	25
Heiderscheid	7	4	11	13	9	22
Kiischpelt	5	4	9	4	4	8
Neunhausen	1	1	2		2	2
Wiltz ^a	31	33	64	36	39	75
Winseler	4	8	12	11	7	18
Subtotal	80	77	157	101	91	192
Total Cantão Wiltz		349				

Distrito LUXEMBOURG

Cantão Luxembourg-Campagne

Bertrange ^a	36	37	73	32	40	72
Contern	24	17	41	12	17	29
Hesperange ^a	93	81	174	70	73	143
Niederanven ^a	26	34	60	24	21	45
Luxembourg ^a	534	484	1.018	499	440	939
Sandweiler ^a	10	23	33	16	15	31
Schuttrange	19	18	37	20	16	36
Steinsel ^a	31	24	55	25	14	39
Strassen ^a	43	28	71	46	53	99
Walferdange ^a	25	42	67	56	40	96
Weiler-la-Tour	20	15	35	14	9	23
Subtotal	861	803	1.664	814	738	1.552
Total Cantão Luxembourg-Campagne		3.216				

Cantão Mersch

Colmar-Berg ^a	13	7	20	8	7	15
Bissen	15	22	37	19	21	40
Boevange-Attert	14	8	22	20	8	28
Fischbach	8	3	11	7	8	15
Heffingen	9	12	21	11	7	18
Larochette	21	13	34	17	11	28
Lintgen ^a	12	19	31	14	14	28
Lorentzweiler ^a	17	16	33	18	11	29
Mersch ^a	47	36	83	45	40	85
Nommern	10	13	23	6	4	10
Tuntange	9	6	15	13	7	20
Subtotal	175	155	330	178	138	316
Total Cantão Mersch		646				

Cantão Capellen

Bascharage ^a	38	44	82	50	28	78
Clemency	13	8	21	12	11	23

Dippach	19	18	<i>37</i>	14	16	<i>30</i>
Garnich	14	16	<i>30</i>	15	15	<i>30</i>
Hobscheid	25	19	<i>44</i>	19	9	<i>28</i>
Kehlen	22	25	<i>47</i>	25	23	<i>48</i>
Koerich	20	11	<i>31</i>	16	14	<i>30</i>
Kopstal	23	21	<i>44</i>	22	15	<i>37</i>
Mamer ^a	53	37	<i>90</i>	42	57	<i>99</i>
Septfontaines	3	4	<i>7</i>	5	4	<i>9</i>
Steinfort ^a	18	17	<i>35</i>	23	19	<i>42</i>
Subtotal	248	220	468	243	211	454
Total Cantão Capellen		922				

Cantão Esch/Alzette

Bettembourg ^a	68	60	<i>128</i>	67	46	<i>113</i>
Differdange ^a	147	146	<i>293</i>	167	154	<i>321</i>
Dudelange ^a	99	107	<i>206</i>	123	94	<i>217</i>
Esch-Alzette ^a	173	160	<i>333</i>	176	184	<i>360</i>
Frisange	19	16	<i>35</i>	23	20	<i>43</i>
Kayl ^a	48	52	<i>100</i>	29	45	<i>74</i>
Leudelange	15	17	<i>32</i>	11	9	<i>20</i>
Mondercange ^a	31	27	<i>58</i>	10	27	<i>37</i>
Pétange ^a	103	101	<i>204</i>	102	92	<i>194</i>
Reckange	7	16	<i>23</i>	17	15	<i>32</i>
Roeser	30	27	<i>57</i>	26	23	<i>49</i>
Rumelange ^a	41	41	<i>82</i>	41	30	<i>71</i>
Sanem ^a	66	81	<i>147</i>	76	75	<i>151</i>
Schifflange ^a	55	53	<i>108</i>	54	65	<i>119</i>
Subtotal	902	904	1.806	922	879	1.801
Total Cantão Esch/Alzette		3.607				

Distrito GREVENMACHER

Cantão Echternach

Beaufort	14	20	<i>34</i>	20	13	<i>33</i>
Bech	4	8	<i>12</i>	9	11	<i>20</i>
Berdorf	15	11	<i>26</i>	13	13	<i>26</i>
Consdorf	6	7	<i>13</i>	9	10	<i>19</i>
Echternach ^a	29	20	<i>49</i>	26	26	<i>52</i>
Mompach	7	4	<i>11</i>	7	6	<i>13</i>
Rosport	17	14	<i>31</i>	8	11	<i>19</i>
Waldbillig	6	7	<i>13</i>	10	10	<i>20</i>
Subtotal	98	91	189	102	100	202
Total Cantão Echternach		391				

Cantão Grevenmacher

Betzdorf	20	25	<i>45</i>	19	27	<i>46</i>
Biwer	4	7	<i>11</i>	11	7	<i>18</i>
Flaxweiler	11	19	<i>30</i>	14	11	<i>25</i>
Grevenmacher ^a	16	26	<i>42</i>	30	28	<i>58</i>
Junglinster ^a	44	34	<i>78</i>	33	33	<i>66</i>
Manternach	9	10	<i>19</i>	7	4	<i>11</i>
Mertert ^a	25	17	<i>42</i>	23	20	<i>43</i>
Wormeldange	9	8	<i>17</i>	16	11	<i>27</i>
Subtotal	138	146	284	153	141	294
Total Cantão Grevenmacher		578				

Cantão Remich						
Bous	12	9	21	8	10	18
Burmerange	7	5	12	2	3	5
Dalheim	11	13	24	11	7	18
Lenningen	14	11	25	9	22	31
Mondorf	21	26	47	13	17	30
Schengen	11	9	20	5	4	9
Remich ^a	14	27	41	20	12	32
Stadbredimus	9	6	15	10	7	17
Waldbredimus	2	4	6	6	3	9
Wellenstein	16	10	26	13	8	21
Subtotal	117	120	237	97	93	190
Total Cantão Remich		427				

^a Comunas urbanas

Fonte: État luxembourgeois, 2012b

Anexo 2 – Strengths and Difficulties Questionnaire

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Lehrer 4-16

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr.

Name des Kindes

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

Bitte umblättern

Würden Sie sagen, dass dieses Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie diese Frage mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Leidet das Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Wird das Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
MIT FREUNDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IM UNTERRICHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Klasse dar?

Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift:.....

Datum:

Anzahl der wöchentlichen Klassenstunden mit diesem Kind?

Vielen Dank für Ihre Hilfe

© Robert Goodman, 2005

Anexo 3 – Caregiver-Teacher Report Form

Fragebogen für Erzieherinnen von Klein- und Vorschulkindern - C-TRF/11/2-5

NAME (des Kindes): _____		BERUF DER ELTERN: (auch wenn zur Zeit nicht ausgeübt) bitte genaue Bezeichnung, z. B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann) _____												
GESCHLECHT: <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen	ALTER DES KINDES: _____	BERUFSTÄTIGKEIT DER MUTTER: _____												
GEBURTSTAG DES KINDES: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px; text-align: center;">Tag</td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;">Monat</td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table>				Tag	Monat	Jahr	HEUTIGES DATUM: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px; text-align: center;">Tag</td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;">Monat</td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table>				Tag	Monat	Jahr	BERUFSTÄTIGKEIT DES VATERS: _____
Tag	Monat	Jahr												
Tag	Monat	Jahr												
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so aus, daß er Ihre Ansichten wiedergibt, auch wenn andere Menschen diese nicht teilen. Zu jeder Frage können Sie gerne an der Seite oder in dem dafür vorgesehenen Raum auf Seite 2 Bemerkungen oder Kommentare schreiben.		DIESER FRAGEBOGEN WURDE AUSGEFÜLLT VON: NAME UND ANSCHRIFT DER EINRICHTUNG: _____												

IHRE TÄTIGKEIT IM KINDERGARTEN/HORT: _____

IHRE AUSBILDUNG FÜR DIESE TÄTIGKEIT: _____

WIE LANGE ARBEITEN SIE BEREITS ALS ERZIEHERIN? _____ JAHRE

- I. Betreuungsform der Einrichtung? (Bitte genaue Bezeichnung, z. B. Tagesmutter, Krabbelstube, Vorschule, Kindergarten) _____
- II. Wie groß ist die durchschnittliche Zahl von Kindern in Ihrer Gruppe? _____ Kinder
- III. Wie viele Stunden pro Woche verbringt das Kind in der Woche in Ihrer Einrichtung? _____ Std.
- IV. Wie viele Monate kennen Sie das Kind? _____ Monate
- V. Wie gut kennen Sie das Kind?
 Nicht gut gut Sehr gut
- VI. Hat das Kind jemals eine spezielle Förderung erhalten? (z.B. Krankengymnastik, Sprachtherapie etc.)
 Ich weiß es nicht Nein Ja, welcher Art und wann?

Es folgt eine Liste von Eigenschaften, mit denen man das Verhalten von Kindern beschreiben kann. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 2 Monate bei dem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft sehr deutlich oder sehr oft zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für das Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
1. Es tut ihm häufig etwas weh (ohne körperliche Ursachen).....	0 1 2	21. Läßt sich durch jede Veränderung in den üblichen täglichen Abläufen durcheinanderbringen.....
2. Verhält sich zu jung für sein Alter.....	0 1 2	22. Ist roh oder gemein zu anderen, schüchtert sie ein.....
3. Hat Angst, Neues auszuprobieren.....	0 1 2	23. Antwortet nicht, wenn es von Leuten angesprochen wird.....
4. Vermeidet Blickkontakt.....	0 1 2	24. Hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu folgen.....
5. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.....	0 1 2	25. Kommt nicht mit anderen Kindern aus.....
6. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv....	0 1 2	26. Verhält sich wie ein kleiner Erwachsener, kann sich nicht kindgerecht freuen.....
7. Hält es nicht aus, wenn Sachen nicht an ihrem gewohnten Platz sind.....	0 1 2	27. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn es sich schlecht verhalten hat.....
8. Kann nicht abwarten, möchte alles sofort.....	0 1 2	28. Stört andere Kinder.....
9. Kaut auf nicht essbaren Sachen herum.....	0 1 2	29. Ist schnell frustriert.....
10. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig.....	0 1 2	30. Wird schnell eifersüchtig.....
11. Verlangt ständig nach Hilfe.....	0 1 2	31. Ißt oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen/Trinken geeignet sind (Keine Süßigkeiten angeben); bitte beschreiben: _____
12. Wirkt teilnahmslos oder unmotiviert.....	0 1 2	32. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Kindergarten oder Hort ausgenommen); bitte beschreiben: _____
13. Weint viel.....	0 1 2	33. Seine Gefühle sind leicht zu verletzen.....
14. Ist roh zu Tieren oder quält sie.....	0 1 2	34. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt ungewollt zu Unfällen.....
15. Ist trotzig.....	0 1 2	
16. Seine Wünsche müssen sofort erfüllt werden....	0 1 2	
17. Zerstört seine eigenen Sachen.....	0 1 2	
18. Zerstört Eigentum anderer.....	0 1 2	
19. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren.....	0 1 2	
20. Gehorcht nicht.....	0 1 2	

Urheberrechtlich geschützt.
 © T.M. Achenbach, 1999,
 und Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.
 Nachdruck verboten!

Bezug: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugendlichen und Familiendiagnostik (KJFD).
 Geschäftsstelle KJFD: c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität zu Köln,
 Robert-Koch Straße 10,
 50931 Köln

Tag	Monat	Jahr

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt) 1 = etwas oder manchmal zutreffend 2 = genau oder häufig zutreffend

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| 35. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien..... | 0 1 2 | 68. Ist befangen oder leicht verlegen..... | 0 1 2 |
| 36. Läßt sich in alles hineinziehen..... | 0 1 2 | 69. Denkt nur an sich, will nicht teilen..... | 0 1 2 |
| 37. Ist bei Trennung von den Eltern übermäßig
traurig..... | 0 1 2 | 70. Zeigt wenig Zuneigung für andere Leute..... | 0 1 2 |
| 38. Zeigt plötzliche Ausbrüche und unvorher-
sehbares Verhalten..... | 0 1 2 | 71. Zeigt wenig Interesse für Sachen in seiner
Umgebung..... | 0 1 2 |
| 39. Hat Kopfweg (ohne bekannte körperliche
Ursachen)..... | 0 1 2 | 72. Zeigt zu wenig Angst vor Verletzungen..... | 0 1 2 |
| 40. Schlägt andere..... | 0 1 2 | 73. Ist ängstlich, schüchtern..... | 0 1 2 |
| 41. Hält den Atem an..... | 0 1 2 | 74. Wird von anderen Kindern nicht gemocht..... | 0 1 2 |
| 42. Verletzt Tiere oder Menschen ungewollt..... | 0 1 2 | 75. Ist überaktiv..... | 0 1 2 |
| 43. Sieht traurig aus, ohne daß es dafür einen
guten Grund gibt..... | 0 1 2 | 76. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte
beschreiben:..... | 0 1 2 |
| 44. Ist ärgerlicher Laune, hat ärgerliche
Stimmungen..... | 0 1 2 | 77. Starrt ins Leere..... | 0 1 2 |
| 45. Übelkeit (ohne bekannte körperliche
Ursachen)..... | 0 1 2 | 78. Magenschmerzen oder Bauchkrämpfe (ohne
körperliche Ursache)..... | 0 1 2 |
| 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen;
bitte beschreiben:..... | 0 1 2 | 79. Ist überangepaßt..... | 0 1 2 |
| 47. Ist nervös oder angespannt..... | 0 1 2 | 80. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte
beschreiben:..... | 0 1 2 |
| 48. Erledigt aufgetragene Aufgaben nicht..... | 0 1 2 | 81. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar..... | 0 1 2 |
| 49. Fürchtet sich vor dem Kindergarten oder der
Tageseinrichtung..... | 0 1 2 | 82. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühls-
wechsel..... | 0 1 2 |
| 50. Ist immer müde..... | 0 1 2 | 83. Schmollt viel oder ist leicht eingeschnappt..... | 0 1 2 |
| 51. Ist zappelig..... | 0 1 2 | 84. Hänselft andere häufig..... | 0 1 2 |
| 52. Wird von den anderen Kindern gehänselft..... | 0 1 2 | 85. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament..... | 0 1 2 |
| 53. Greift andere körperlich an..... | 0 1 2 | 86. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit
bedacht..... | 0 1 2 |
| 54. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt an
Körperstellen; bitte beschreiben:..... | 0 1 2 | 87. Fürchtet sich zu sehr, ist ängstlich..... | 0 1 2 |
| 55. Spielt zuviel an seinen Geschlechtsteilen..... | 0 1 2 | 88. Macht nicht mit..... | 0 1 2 |
| 56. Körperbewegungen sind unbeholfen oder
schwerfällig..... | 0 1 2 | 89. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder
träge..... | 0 1 2 |
| 57. Augenbeschwerden (ohne bekannte
körperliche Ursache)..... | 0 1 2 | 90. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen..... | 0 1 2 |
| 58. Bestrafung ändert nichts an seinem Verhalten..... | 0 1 2 | 91. Ist ungewöhnlich laut..... | 0 1 2 |
| 59. Wechselt sehr schnell von einer Beschäftigung
zur nächsten..... | 0 1 2 | 92. Läßt sich durch unbekannte Menschen oder
Situationen aus der Fassung bringen; bitte
beschreiben:..... | 0 1 2 |
| 60. Hautausschläge oder andere Hautprobleme
(ohne bekannte körperliche Ursache)..... | 0 1 2 | 93. Erbrechen (ohne bekannte körperliche
Ursache)..... | 0 1 2 |
| 61. Weigert sich zu essen..... | 0 1 2 | 94. Sieht ungepflegt aus..... | 0 1 2 |
| 62. Weigert sich, lebhaftes Spiel mitzuspielen..... | 0 1 2 | 95. Läuft weg..... | 0 1 2 |
| 63. Schaukelt wiederholt mit dem Kopf oder dem
ganzen Körper hin und her..... | 0 1 2 | 96. Verlangt viel Aufmerksamkeit..... | 0 1 2 |
| 64. Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar..... | 0 1 2 | 97. Quengelt..... | 0 1 2 |
| 65. Lügt oder schwindelt..... | 0 1 2 | 98. Ist verschlossen, nimmt keinen Kontakt mit
anderen auf..... | 0 1 2 |
| 66. Schreit viel..... | 0 1 2 | 99. Macht sich zuviel Sorgen..... | 0 1 2 |
| 67. Scheint nicht auf Zuneigung/Zärtlichkeit zu
reagieren..... | 0 1 2 | 100. Bitte beschreiben Sie hier Probleme des
Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden:
..... | 0 1 2 |
| | | | 0 1 2 |
| | | | 0 1 2 |

BITTE ÜBERPRÜFEN SIE, OB SIE ALLE FRAGEN BEANTWORTET HABEN.

UNTERSTREICHEN SIE BITTE DIEJENIGEN PROBLEME, DIE IHNEN SORGEN MACHEN.

Hat dieses Kind Krankheiten, Behinderungen oder Entwicklungsstörungen? Nein Ja
Bitte beschreiben:

Was macht Ihnen bei diesem Kind am meisten Sorgen?

Bitte beschreiben Sie, was Ihnen an diesem Kind am besten gefällt:

VIelen DANK!

Anexo 4 – Modelo teórico do SDQ proposto por Goodman (1997)

Escala de sintomas emocionais ^a

- 3 Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos
- 8 Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a
- 13 Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a
- 16 Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a
- 24 Tem muitos medos, assusta-se com facilidade

Escala de problemas de comportamento ^b

- 5. Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras
- 7. Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam ^c
- 12. Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as
- 18. Mentira frequentemente ou engana
- 22. Rouba em casa, na escola ou em outros sítios

Escala de hiperatividade ^b

- 2. É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a
- 10. Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos
- 15. Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar
- 21. Pensa nas coisas antes de as fazer ^c
- 25. Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção ^c

Escala de problemas de relacionamento com os colegas ^a

- 6. Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a
- 11. Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga ^c
- 14. Em geral as outras crianças gostam dele/a ^c
- 19. As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no /a ou intimidam-no/a
- 23. Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças

Escala de comportamento pró-social

- 1. É sensível aos sentimentos dos outros
- 4. Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)
- 9. Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente
- 17. É simpático/a e amável com crianças mais pequenas
- 20. Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)

^a Domínio de Internalização; ^b Domínio de Externalização; ^c Itens invertidos.

Anexo 5 – Modelo teórico do C-TRF proposto por Achenbach e Rescorla (2000)

Reatividade emocional^a

- 21. Qualquer mudança de rotina o(a) perturba
- 46. Movimentos involuntários ou tiques (descreva):
- 82. Mudanças repentinas de humor ou sentimentos
- 83. Amua frequentemente
- 92. Incomoda-se com situações novas ou com pessoas novas (descreva):
- 97. Queixa-se muito
- 99. Preocupa-se muito

Ansiedade/Depressão^a

- 10. É demasiado dependente ou apegado(a) aos adultos
- 33. Ofende-se facilmente
- 37. Fica demasiado chateado(a) quando separado(a) dos seus pais
- 43. Parece triste sem razão aparente
- 47. Nervoso(a), hipersensível ou tenso(a)
- 68. É consciente ou envergonha-se com facilidade
- 87. Demasiado ansioso(a) ou receoso(a)
- 90. Infeliz, triste ou deprimido(a)

Queixas somáticas^a

- 1. Dor ou mau estar (sem causa médica; não inclui dor de estômago ou de cabeça)
- 7. Não tolera que as coisas estejam fora do lugar
- 39. Dores de cabeça (sem causa médica)
- 45. Tem náuseas e sente-se doente (sem causa médica)
- 78. Dores de estomago ou cólicas (sem causa médica)
- 86. Demasiado preocupado(a) com a limpeza e a ordem
- 93. Vômitos (sem causa médica)

Isolamento social^a

- 2. Atua como se fosse muito mais pequeno(a) (para a idade)
- 4. Evita o contacto visual com outras pessoas
- 12. É apático(a) ou desmotivado(a)
- 19. Alheia-se ou perde-se no seu pensamento
- 23. Não responde quando as pessoas falam para ele/ela
- 62. Recusa-se a participar em jogos ativos

- 67. Parece não reagir ao afeto
- 70. Demonstra pouco afeto pelas pessoas
- 71. Demonstra pouco interesse pelo que o(a) rodeia
- 98. Isola-se, não se relaciona com os outros

Problemas de atenção^b

- 5. Não se consegue concentrar ou prestar atenção por muito tempo
- 6. Não consegue ficar parado(a), é inquieto(a) ou hiperativo(a)
- 24. Tem dificuldade em seguir instruções
- 48. Tem dificuldade em realizar tarefas pedidas
- 51. Apresenta-se inquieto(a)
- 56. É descoordenado(a) ou tropeça
- 59. Passa rapidamente de uma atividade para outra
- 64. É desatento(a), distrai-se facilmente
- 95. Vagueia sem rumo

Comportamento agressivo^b

- 8. Não consegue esperar, quer tudo de imediato
- 14. É cruel com os animais
- 15. É desafiante
- 16. As suas necessidades têm de ser satisfeitas imediatamente
- 17. Destrói as suas próprias coisas
- 18. Destrói as coisas de outras pessoas
- 20. É desobediente
- 22. É cruel ou mau(á) com as pessoas
- 27. Não parece sentir-se culpado(a) depois de portar-se mal
- 28. Perturba as outras crianças
- 29. Frustra-se facilmente
- 35. Mete-se em muitas brigas
- 40. Bate a outras pessoas
- 42. Magoa animais ou pessoas sem intenção
- 44. Rabugento(a)
- 53. Agride as pessoas fisicamente
- 58. O castigo não faz modificar o seu comportamento
- 66. Grita muito
- 69. Egoísta ou nega-se a partilhar

- 74. Não é uma criança querida pelas outras crianças
- 81. Teimoso(a), mal-humorado(a), irritável
- 84. Implica frequentemente
- 85. Faz birras ou tem mau génio/temperamento
- 88. Pouco colaborador(a)
- 96. Quer muita atenção

Outros problemas

- 3. Tem medo de experimentar coisas novas
- 9. Mastiga o que não é comestível
- 11. Procura ajuda constantemente
- 13. Chora muito
- 25. Não se dá bem com outras crianças
- 26. Não sabe divertir-se, age como um pequeno adulto
- 30. Facilmente ciumento(a)
- 31. Come ou bebe coisas que não são alimentos – não inclua doces (descreva):
- 32. Tem medo de certas situações, animais ou lugares (descreva):
- 34. Magoa-se acidentalmente com muita frequência, propenso a acidentes
- 36. Mete-se em tudo
- 38. Tem comportamentos explosivos e imprevisíveis
- 41. Sustem a respiração
- 49. Tem medo de frequentar a creche ou escola
- 50. Cansa-se demasiado
- 52. Chateia-se com outras crianças
- 54. Mete o dedo no nariz, arranha a pele ou outras partes do corpo (descreva):
- 55. Brinca demasiado com as suas partes sexuais
- 57. Problemas com os olhos sem causa médica (descreva):
- 60. Erupções ou irritação na pele (sem causa médica)
- 61. Recusa-se a comer
- 63. Baloiça repetidamente a cabeça ou o corpo
- 65. Mentira ou engana
- 72. Demonstra pouco medo de magoar-se
- 73. Demasiado tímido(a)
- 75. É demasiado ativo(a)
- 76. Problemas para falar ou para pronunciar palavras (descreva):

- 77. Fica a olhar para o vazio, parecendo preocupado(a)
- 79. Respeita as regras
- 80. Comportamento estranho (descreva):
- 89. Pouco ativo(a), lento(a) ou com falta de energia
- 91. Mais barulhento(a) que o comum
- 94. Aparência pessoal pouco investida
- 100. Por favor registre qualquer outro problema que a criança tenha e que não está incluído nesta lista [máximo 3 problemas]

^a Domínio de Internalização; ^b Domínio de Externalização

Apêndices

Apêndice A: Material de aplicação

Apêndice A1 – Questionário sociodemográfico francês

ID questionnaire _____

Invitation à participer à un mémoire de fin d'études



Chers parents,

Je viens par la présente, vous inviter à **participer volontairement** à un mémoire de fin d'études.

Actuellement étudiante en 2^{ème} année de master en Psychomotricité Relationnelle à l'Université d'Évora (Universidade de Évora, UE) au Portugal, je réalise mon mémoire sur les comportements sociaux et émotionnels des jeunes enfants entre 18 mois et 5 ans. Le but de cette recherche consiste dans la validation du test psychométrique, le *Strengths and Difficulties Questionnaires* (SDQ ; Goodman, 1997) afin d'établir des valeurs normatives pour le développement social et émotionnel de la population infantile du Luxembourg.

Cette validation a pour objectif de faciliter l'identification, la prévention et l'intervention de problèmes de nature socio-émotionnelle et cognitive chez les enfants en âge préscolaire. Ce mémoire est réalisé avec la supervision de Dr Pascale Engel de Abreu, Investigatrice à l'Université de Luxembourg. En outre, ce projet est autorisé par le Ministère de l'Éducation (Mme Amina Kafai), la Commission nationale pour la protection des données (CNPD) ainsi que par le Comité National d'Éthique de Recherche (CNER).

Ce projet consiste dans l'évaluation d'un total de 3 questionnaires se rapportant à votre enfant. Deux tests psychométriques, le **SDQ** et le *Caregiver-Teacher Report Form for Ages 1,5-5* (C-TRF ; Achenbach & Rescorla, 2000) seront remplis par le chargé d'éducation de l'enfant. Le questionnaire sociodémographique que vous trouverez ci-joint doit, si possible, être complété par le principal fournisseur de soins de l'enfant.

Afin de garantir l'anonymat des participants dans cette recherche, la sélection de votre enfant a été effectuée par le chargé d'éducation sans intervention de ma part. Les résultats de ces investigations seront traités de façon **anonyme** et **strictement confidentielle**. En outre, les données recueillies ne seront utilisées qu'à des fins de recherche.

Ainsi, je sollicite votre participation et vous demande de bien vouloir remettre le **formulaire de consentement éclairé** ainsi que le **questionnaire sociodémographique** complété au chargé d'éducation. La phase de recueil des données sera initiée uniquement après l'obtention de toutes les autorisations parentales nécessaires.

En espérant pouvoir compter sur votre collaboration, je vous remercie d'avance de votre participation et aide si précieuse sans laquelle cette investigation ne serait pas possible.

Eva Gomes

24, Huserknapp
L-9753 Heinerscheid
GSM : +352 691 866 007
Email : dmatosg@gmail.com

ID questionnaire _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Recherche « Validation de l'instrument psychométrique *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) au Luxembourg ».

Je soussigné(e), confirme par la présente que j'ai reçu suffisamment d'informations concernant cette étude, et que j'ai lu la feuille d'information attachée et en ai compris le sens.

Je suis conscient(e) que ma participation ainsi que celle de mon enfant à cette étude est entièrement volontaire et que je peux mettre fin à tout moment à ma participation sans que cela porte préjudice à moi ou à mon enfant.

Date : _____

Signature :

ID questionnaire _____

Questionnaire sociodémographique

_____, le _____

Merci de bien vouloir prendre le temps de répondre le plus sincèrement et le plus sérieusement possible aux questions suivantes. Certaines questions sont d'ordre personnel, cependant, toutes ces informations seront traitées de façon **anonyme** et **strictement confidentielle** !

a. Données relatives à l'enfant.

Vous pourrez obtenir certaines informations dans le carnet de santé de votre enfant.

1. Date de naissance : Année : _____ / Mois : _____
2. Sexe : Masculin Féminin
3. Position de l'enfant dans la famille :
 - Enfant unique Aîné
 - Intermédiaire Cadet
4. Enfant adopté : Oui Non
5. Nationalité : Luxembourgeois(e) Allemand(e)
 Français(e) Portugaise(e)
 Autre (spécifiez) : _____
6. Langue maternelle : Luxembourgeois(e) Allemand(e)
 Français(e) Portugaise(e)
 Autre (spécifiez) : _____
7. Votre enfant a-t-il d'autres frères ou sœurs entre 1,5 et 5 ans ?
 - Oui Non
8. Sont-ils impliqués dans l'étude ?
 - Oui Non
9. Durée de gestation :
 - Enfant né à post-terme (après 41,5 semaines)
 - Enfant né à terme (37 à 41,5 semaines)
 - Prématurité (24 à 37 semaines) _____ semaines
10. Gestation :
 - Normale
 - De risque Spécifiez : _____
11. Poids à la naissance : _____ grammes
12. Indice Apgar (Cette information se trouve dans le **Carnet de Santé** de votre enfant) :
____ / ____ / ____

ID questionnaire _____

13. Votre enfant est-il suivi par le pédiatre ou une autre personne pour des problèmes d'ordre chronique / génétique ou congénital / de déficience / de retard développemental / d'anorexie sévère à la naissance / de ressuscitation) ?

- Oui Non

Les prochaines questions nous aideront à apprendre comment votre enfant passe son temps avec les autres.

1. Combien de fois passe-t-il du temps en compagnie d'autres enfants (frères et sœurs exclus) ?

- Jamais
 1 à 3 fois par mois
 1 fois par semaine
 Plusieurs fois par semaine
 Presque tous les jours

2. Combien de temps une autre personne (hors l'autre parent) s'occupe de votre enfant ?

- Jamais
 1 à 3 fois par mois
 1 fois par semaine
 Plusieurs fois par semaine
 Presque tous les jours

b. Données concernant la personne qui remplit le questionnaire.

1. Age : _____

2. Degré de parenté par rapport à l'enfant : _____ (ex. : mère, père, etc.)

3. Etes-vous le principal fournisseur de soins de l'enfant ?

- Oui Non

4. Nombre de membres de la famille : ____ adultes ____ enfants

5. Nationalité : Luxembourgeois(e) Allemand(e)
 Français(e) Portugaise(e)
 Autre (spécifiez) : _____

6. Langue maternelle : Luxembourgeois(e) Allemand(e)
 Français(e) Portugaise(e)
 Autre (spécifiez) : _____

7. Lieu de résidence : _____

8. Etat civil : Célibataire Marié(e) / Union de faits
Remariage Oui Non
 Divorcé(e) / Séparé(e) Veuf/Veuve

ID questionnaire _____

9. Education :

- Enseignement primaire
- Enseignement secondaire Degré obtenu : _____
- Enseignement supérieur Degré obtenu : _____

10. Revenu mensuel familial moyen (net):

- Inférieur à 3000 €
- 3001 € - 5000 €
- Supérieur à 5001 €

c. Données concernant le partenaire de la personne qui remplit le questionnaire.

1. Age : _____

2. Degré de parenté par rapport à l'enfant : _____ (ex. : mère, père, etc.)

3. Nationalité : Luxembourgeois(e) Allemand(e)
 Français(e) Portugaise(e)
 Autre (spécifiez) : _____

4. Langue maternelle : Luxembourgeois(e) Allemand(e)
 Français(e) Portugaise(e)
 Autre (spécifiez) : _____

5. Education :

- Enseignement primaire
- Enseignement secondaire Degré obtenu : _____
- Enseignement supérieur Degré obtenu : _____

Je vous remercie de votre coopération !

Eva Gomes

N'hésitez pas à me contacter par téléphone ou e-mail, au cas où vous auriez des questions et/ou des doutes !

+352 691 866 007 // dmatosg@gmail.com

Apêndice A2 – Questionário sociodemográfico alemão

ID questionnaire _____

Freiwillige Teilnahme an einer Abschlussarbeit



Sehr geehrte Eltern,

Hiermit lade ich Sie herzlich ein, an einer Master-Abschlussarbeit teilzunehmen. Die Beteiligung ist freiwillig.

Zurzeit bin ich Studentin im zweiten Jahr des Masters „Relationale Psychomotorik“ an der Universität von Évora, in Portugal. Im Rahmen meiner Abschlussarbeit werde ich die sozialen und emotionalen Verhalten im Kleinkindalter zwischen 4 und 5 Jahren ermesen.

Das Ziel dieser Forschung besteht in der Validierung der französischen Version des psychometrischen Fragebogens *Strengths and Difficulties Questionnaires* (SDQ; Goodman, 1997), um normative Werte für die soziale und emotionale Entwicklung der Kinder von Luxemburg zu etablieren. Diese Validierung soll die Identifizierung, Prävention und Intervention von sozioemotionalen und kognitiven Problemen bei Kindern im Vorschulalter erleichtern. Dieses Projekt wird von Dr. Pascale Engel de Abreu betreut und wurde vom Ministère de l'Éducation (Frau Amina Kafai), von der Commission nationale pour la Protection des Données (CNPD) und vom Comité National d'Éthique de Recherche (CNER) anerkannt.

Um mein Projekt durchzuführen, werde ich 2 Fragebögen, den **SDQ** und den *Caregiver-Teacher Report Form for Ages 1,5-5* (C-TRF; Achenbach & Rescorla, 2000), bewerten. Beide werden vom Lehrpersonal ausgefüllt. Der beiliegende soziodemografische Fragebogen soll, wenn möglich, von der primären Bezugsperson des jeweiligen Kindes ausgefüllt werden.

Um die Anonymität der Teilnehmer in dieser Forschung zu gewährleisten, wurde die Auswahl der Teilnehmer vom Lehrpersonal und ohne meine Intervention durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studie werden **anonym** und **streng vertraulich** ausgewertet. Außerdem, werden die Daten nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Somit, suche ich Ihre Teilnahme und bitte Sie die Einverständniserklärung und das ausgefüllte soziodemografische Fragebogen an das Lehrpersonal abzugeben. Die Phase der Datenerhebung wird erst nach Erhalt aller erforderlichen Genehmigungen eingeleitet werden.

In der Hoffnung auf Ihre Teilnahme zählen zu können, danke ich Ihnen im Voraus für Ihre wertvolle Hilfe und Zusammenarbeit, die diese Forschung ermöglichen werden.

Eva Gomes

24, Huserknapp
L-9753 Heinerscheid
GSM : +352 691 866 007
Email : dmatosg@gmail.com

ID questionnaire _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Studie « Validation de l'instrument psychométrique *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* au Luxembourg ».

Hiermit erkläre ich, ausreichende Informationen über diese Studie erhalten zu haben. Ich habe das Informationsblatt gelesen und verstanden.

Mir ist bewusst, dass meine Teilnahme an dieser Studie und die meines Kindes freiwillig ist und dass ich mich zu jedem Zeitpunkt davon zurückziehen kann, ohne dass mir und meinem Kind irgendwelche Nachteile entstehen.

Meine persönlichen Daten werden gemäß dem abgeänderten Datenschutzgesetz vom 2. August 2002 streng vertraulich behandelt. Ich habe verstanden warum die Daten gesammelt, behandelt und benutzt werden.

Ich stimme der freiwilligen Teilnahme meines Kindes an dieser Studie zu und erkläre mich mit den Bedingungen der Studie, die im Informationsblatt für Teilnehmer beschrieben werden, einverstanden.

Datum : _____

Unterschrift :

ID questionnaire _____

Soziodemografischer Fragebogen

Datum: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so gründlich und ehrlich wie möglich. Einige dieser Frage sind persönlich, jedoch werden all diese Informationen **anonym** und **streng vertraulich** behandelt!

a. Informationen über das Kind.

Sie können einige Informationen in der Gesundheitsakte ihres Kindes auffinden.

1. Geburtsdatum: Jahr: _____ / Monat: _____
2. Geschlecht: Männlich Weiblich
3. Position des Kindes in der Familie:
 - Einzelkind
 - Ältere Kind
 - Mitte
 - Jüngere
4. Adoptiertes Kind: Ja Nein
5. Nationalität: Luxemburger(in) Deutsch(e)
 Franzose(in) Portugiese(in)
 Andere (angeben): _____
6. Muttersprache: Luxemburger(in) Deutsch(e)
 Franzose(in) Portugiese(in)
 Andere (angeben): _____
7. Hat Ihr Kind weitere Brüder oder Schwester im Alter zwischen 1,5 und 5 Jahren?
 - Ja Nein
8. Nehmen sie an dieser Studie teil?
 - Ja Nein
9. Dauer der Schwangerschaft:
 - Übertragung (Über 41,5 Wochen)
 - Zeitgerechte Geburt (37 – 41,5 Wochen)
 - Frühgeburt (24 – 37 Wochen) _____ Wochen
10. Schwangerschaft:
 - Normal
 - Risikoschwangerschaft Bitte angeben: _____
11. Geburtsgewicht des Kindes: _____ Gramm

ID questionnaire _____

12. Apgar Index (Diese Information finden Sie in der **Gesundheitsakte** Ihres Kindes):

___ / ___ / ___

13. Wird Ihr Kind wegen gesundheitlichen Problemen vom Kinderarzt oder von einer anderen Person betreut (Chronische / Genetische oder angeborene Krankheit / Behinderung, Defizit / Entwicklungsverzögerung / schwere Magersucht bei der Geburt / Wiederbelebung)?

Ja Nein

Die nächsten Fragen werden uns helfen heraus zu finden wie Ihr Kind seine Zeit mit den anderen verbringt.

1. Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit anderen Kindern?

- Nie
- 1 bis 3 Mal im Monat
- 1 Mal die Woche
- Mehrmals die Woche
- Fast jeden Tag

2. Wie viel Zeit passt eine andere Person (außer das andere Elternteil) aus Ihr Kind auf?

- Nie
- 1 bis 3 Mal im Monat
- 1 Mal die Woche
- Mehrmals die Woche
- Fast jeden Tag

b. Informationen über die Person die den Fragebogen ausfüllt.

1. Alter: _____

2. Verwandtschaftsgrad zum Kind: _____ (Bsp.: Mutter, Vater, usw.)

3. Sind Sie die Hauptbezugsperson des Kindes?

4. Anzahl von Familienmitglieder: ___ Erwachsene ___ Kinder

5. Nationalität: Luxemburger(in) Deutsch(e)
 Franzose(in) Portugiese(in)
 Andere (angeben): _____

6. Muttersprache: Luxemburger(in) Deutsch(e)
 Franzose(in) Portugiese(in)
 Andere (angeben): _____

7. Wohnort: _____

8. Familienstand: Ledig Verheiratet / Partnerschaft
Wiederheirat Ja Nein

ID questionnaire _____

Geschieden / Getrennt Witwe(r)

9. Bildung:

- Primärschule
- Sekundarschule Abschluss: _____
- Höhere Bildung (Bsp.: Universität, Hochschule)
Abschluss: _____

10. Durchschnittliche monatliche Netto-Familieneinkommen:

- Unter 3000 €
- 3001 € - 5000 €
- Über 5001 €

c. Informationen über ihr(e) Partner(in).

1. Alter: _____

2. Verwandtschaftsgrad zum Kind: _____ (Bsp.: Mutter, Vater, usw.)

3. Nationalität: Luxemburger(in) Deutsch(e)
 Franzose(in) Portugiese(in)
 Andere (angeben): _____

4. Muttersprache: Luxemburger(in) Deutsch(e)
 Franzose(in) Portugiese(in)
 Andere (angeben): _____

5. Bildung:

- Primärschule
- Sekundarschule Abschluss: _____
- Höhere Bildung (Bsp.: Universität, Hochschule)
Abschluss: _____

Vielen Danke für Ihre Mitarbeit!

Eva Gomes

Falls Sie weitere Fragen haben, stehe ich Ihnen gern zur Verfügung!

+352 691 866 007 // dmatosg@gmail.com

Apêndice A3 – Questionário sociodemográfico português

ID questionnaire _____

Convite para participar voluntariamente a uma tese de mestrado



Caros pais,

Eu venho, por este meio, convida-lo a participar a uma tese de mestrado. A **participação é voluntária.**

Atualmente estudante no 2º ano do mestrado em Psicomotricidade Relacional na Universidade de Évora (EU) em Portugal, proponho-me a realizar um estudo sobre os comportamentos sociais e emocionais em crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 5 anos. O objetivo deste estudo consiste na validação do instrumento psicométrico *Strengths and Difficulties Questionnaires* (SDQ ; Goodman, 1997) a fim de estabelecer valores normativos para o desenvolvimento social e emocional da população infantil do Luxemburgo.

Esta validação tem como principal objetivo de facilitar a identificação, prevenção e intervenção de problemas a nível socioemocional e cognitivo na idade pré-escolar. Esta tese de mestrado irá ser realizada com a supervisão da Drª Pascale Engel de Abreu, investigadora na Universidade de Luxemburgo. Para além do mais, este projeto é autorizado pelo *Ministère de l'Éducation nationale et de la Formation professionnelle* (Srª Amina Kafai), pela *Commission nationale pour la protection des données* (CNPD), assim como pelo *Comité National d'Ethique de Recherche* (CNER).

O projeto consiste na avaliação de um total de 3 questionários relativos à sua criança. 2 testes, o **SDQ** e o *Caregiver-Teacher Report Form for Ages 1,5-5* (C-TRF ; Achenbach & Rescorla, 2000) serão preenchidos pelo educador de infância. O questionário sociodemográfico, que se encontra em anexo, deve ser, se possível, preenchido pelo principal cuidador da criança.

A fim de garantir o anonimato dos participantes de este estudo, a seleção das crianças será realizada pelo educador de infância, sem qualquer intervenção da minha parte. Ademais, os resultados desta investigação serão analisados de forma **anonima** e estritamente **confidencial**. Para além do mais, estes dados serão utilizados apenas para fins de investigação.

Assim, eu solicito a sua participação e agradeço que entregue o **formulário de consentimento informado** assim como o **questionário sociodemográfico** preenchido e assinado ao educador de infância. A fase de recolha de dados será apenas iniciada após a obtenção das autorizações parentais necessárias.

Esperando poder contar com a sua colaboração, agradeço desde já a sua participação e ajuda tão precisa, sem a qual esta investigação não seria possível.

Eva Gomes

24, Huserknapp
L-9753 Heinerscheid
GSM: +352 691 866 007
Email: dmatosg@gmail.com

ID questionnaire _____

FORMULARIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Investigação « Validação do instrumento psicométrico *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* no Luxemburgo ».

Eu, abaixo assinado(a), confirmo que obtive informações suficientes relativamente a este estudo, que li a carta de informação anexada e que entendi o sentido do presente estudo.

Eu estou consciente que a minha participação, assim como a da minha criança, é inteiramente voluntária e que posso pôr fim à minha participação a todo o momento, sem que eu e a minha criança sejamos prejudicados(as).

Os meus dados pessoais serão tratados de maneira estritamente confidencial, como previsto na lei, modificada a 2 de Agosto 2002, referente à proteção das informações pessoais. Eu entendo as razões pelas quais estes dados são recolhidos, tratados e utilizados no âmbito de esta investigação.

Eu consinto livremente à participação da minha criança a este estudo e aceito livremente satisfazer as condições descritas na carta de informação anexada.

Data: _____

Assinatura:

ID questionnaire _____

Questionário sociodemográfico

Local e data de preenchimento: _____

Por favor, responda às questões seguintes de forma sincera e séria. Certas questões são de carácter pessoal, contudo, todas as informações serão tratadas de maneira **anónima** e **estritamente confidencial!**

a. Informações relativas à criança.

Poderá obter alguns dos seguintes dados no boletim de saúde da criança.

1. Data de nascimento: Ano: _____ / Mês: _____
2. Género: Masculino Feminino
3. Posição da criança na família:
 Criança única Criança mais velha
 Criança do meio Criança mais nova
4. Criança adotada: Sim Não
5. Nacionalidade: Luxemburguesa Alemã
 Francesa Portuguesa
 Outra (especifique): _____
6. Língua materna: Luxemburguesa Alemã
 Francesa Portuguesa
 Outra (especifique): _____
7. A criança tem irmãs ou irmãos entre os 1,5 e 5 anos?
 Sim Não
8. Estão implicados neste estudo?
 Sim Não
9. Duração da gestação (gravidez):
 Criança nascida pós-termo (depois de 41,5 semanas)
 Criança nascida a termo (37 a 41,5 semanas)
 Prematuridade (24 a 37 semanas) _____ semanas
10. Gestação (gravidez):
 Normal
 De risco Especifique: _____
11. Peso à nascença: _____ gramas
12. Índice Apgar (Esta informação encontra-se no Boletim de Saúde da criança):
____ / ____ / ____

ID questionnaire _____

13. A criança é seguida por um pediatra ou por outra pessoa por problemas de tipo crónico / genético ou congénito / deficiência / atraso de desenvolvimento / anorexia severa à nascença / ressuscitação ?

Sim Não

As próximas questões permitirão entender como a criança passa o seu tempo com outras crianças.

1. Quanto tempo a criança passa tempo com outras crianças (exceto irmãs e irmãos)?

Nunca
 1 a 3 vezes por mês
 1 vez por semana
 Várias vezes por semana
 Quase todos os dias

2. Quanto tempo outra pessoa (exceto outro parente/principal cuidador) cuida da criança?

Nunca
 1 a 3 vezes por mês
 1 vez por semana
 Várias vezes por semana
 Quase todos os dias

b. Informações relativas à essoa que preenche o questionário.

1. Idade: _____

2. Grau de parentesco relativamente à criança: _____ (ex.: mãe, pai, etc.)

3. Você é o principal cuidador da criança?

Sim Não

4. Número de membros da família: ___ adultos ___ crianças

5. Nacionalidade: Luxemburguesa Alemã
 Francesa Portuguesa
 Outra (especifique): _____

6. Língua materna: Luxemburguesa Alemã
 Francesa Portuguesa
 Outra (especifique): _____

7. Local de residência: _____

8. Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) / União de fatos

2º Casamento Sim Não

Divorciado(a) / Separado(a) Viúvo(a)

ID questionnaire _____

9. Educação:

- Ensino básico
- Ensino secundário Grau obtido: _____
- Ensino superior Grau obtido: _____

10. Rendimento líquido mensal do agradado familiar (neto):

- Inferior a 3000 €
- 3001 € - 5000 €
- Superior a 5001 €

c. Informações relativas ao companheiro da pessoa que preenche o questionário.

1. Idade: _____

2. Grau de parentesco relativamente à criança: _____ (ex.: mãe, pai, etc.)

3. Nacionalidade: Luxemburguesa Alemã
 Francesa Portuguesa
 Outra (especifique): _____

4. Língua materna: Luxemburguesa Alemã
 Francesa Portuguesa
 Outra (especifique): _____

5. Educação:

- Ensino básico
- Ensino secundário Grau obtido: _____
- Ensino superior Grau obtido: _____

Eu agradeço a sua colaboração!

Eva Gomes

Não hesite a contactar-me caso tenha questões e/ou dúvidas !

+352 691 866 007 // dmatosg@gmail.com

Apêndice A4 – Carta de informação para os educadores-de-infância

Invitation à participer à un mémoire de fin d'études



Chers chargés d'éducation,

Je viens, par la présente, solliciter votre **participation volontaire** à un mémoire de fin d'études.

Actuellement étudiante en 2^{ème} année de master en Psychomotricité Relationnelle à l'Université d'Évora (Universidade de Évora, UE) au Portugal, je réalise mon mémoire sur les comportements sociaux et émotionnels des jeunes enfants entre 4 et 5 ans. Le but de cette recherche consiste dans la validation du test psychométrique *Strengths and Difficulties Questionnaires* (SDQ; Goodman, 1997) afin d'établir des valeurs normatives pour le développement social et émotionnel de la population infantile du Luxembourg. Cette validation a pour objectif de faciliter l'identification, la prévention et l'intervention de problèmes de nature socio-émotionnelle chez les enfants en âge préscolaire. Ce mémoire est réalisé avec la supervision de Dr Pascale Engel de Abreu, Investigatrice à l'Université de Luxembourg. En outre, ce projet est autorisé par le Ministère de l'Éducation (Mme Amina Kafai), la Commission nationale pour la protection des données (CNPD) ainsi que par le Comité National d'Éthique de Recherche (CNER).

Ce projet consiste dans l'évaluation d'un total de 2 tests psychométriques, le **SDQ** et le *Caregiver-Teacher Report Form for Ages 1,5-5* (C-TRF; Achenbach & Rescorla, 2000), qui se rapportent à 5 enfants différents de votre classe. Afin de garantir l'anonymat des participants, il est fondamental que la sélection des participants soit effectuée par le chargé d'éducation lui-même. Cependant, il est fondamental que les candidats ne présentent **aucun problème émotionnel ou cognitif diagnostiqué**.

Le C-TRF et le SDQ sont donc à remplir par vous-même. Le temps prévu pour remplir les 2 questionnaires est d'environ 30-45 minutes et 2 semaines vous seront accordées pour compléter la totalité des questionnaires. Aucune rémunération n'est prévue en faveur des participants (c'est-à-dire, les chargés d'éducation et les parents).

Après sélection des participants, les parents des enfants concernés seront invités à collaborer à cette étude et à vous signaler leur consentement en vous remettant le **formulaire de consentement éclairé** signé. Seront exclus de cette recherche tous les enfants de parents ayant donné une réponse négative. La phase de recueil des données sera uniquement initiée après l'obtention de toutes les autorisations parentales. L'ensemble des 3 questionnaires, le questionnaire sociodémographique, le SDQ et le C-TRF, me seront remis en même temps à la fin de la période de **2 semaines**.

Il est important de répondre aux questions de la façon la plus **sincère** et la plus **sérieuse** possible, afin de ne pas compromettre l'intégrité de l'étude. En effet, cette recherche a pour objectif d'investiguer plus amplement les comportements sociaux et émotionnels des enfants vivant au Grand-Duché de Luxembourg, afin de garantir au mieux le **bien-être et un développement socio-émotionnel propice** à notre population infantile.

Votre participation, ainsi que celle des enfants et de leurs parents est toute-à-fait volontaire. Pour des raisons d'anonymat, vous êtes priés de **ne pas compléter le jour de naissance de l'enfant, mais uniquement le mois et l'année**. Tous les résultats seront traités de façon **anonyme** et **strictement confidentielle**. En outre, les données recueillies ne seront utilisées qu'à des fins de recherche.

En espérant pouvoir compter sur votre participation, je vous remercie d'avance de votre collaboration et aide si précieuse sans laquelle cette investigation ne serait pas possible.

Eva de Matos Gomes

N'hésitez pas à me contacter par téléphone au **+352 691 866 007** ou par e-mail (**dmatosg@gmail.com**), au cas où vous auriez des questions et/ou des doutes !

Apêndice B: Amostra

Tabela B1

Amostra recolhida com informações referentes ao departamento, reuniões e participantes incluídos/excluídos

Inspetor	Comuna	Resposta / Reunião	Incluídos (4 / 5 anos)	Excluídos (4 / 5 anos)
Distrito DIEKIRCH				
G. Roettgers ^b	Feulen (Niederfeulen)	SIM / 04.06	(5 / 2)	(0 / 3)
F. Welbes	Erperldange ^a	SIM / 14.10	(2 / 3)	(1 / 2)
	Wiltz ^a - Reenert	SIM / 04.11	(5 / 2)	(0 / 1)
	Wiltz ^a - Villa Millermoaler Grosbous (Dellen)	SIM / 04.11	(4 / 2)	(0 / 1)
P. Mergen		NÃO		
Distrito LUXEMBOURG				
A. Lommel	Mamer ^a	SIM / 22.05	(4 / 3)	(1 / 2)
	Walferdange ^a	SIM / 22.05	(4 / 4)	(1 / 1)
	Strassen ^a	Demasiados projetos		
G. Medinger	Luxembourg ^a - EF Gare	SIM / 12.06	(4 / 2)	(1 / 3)
	Luxembourg ^a - Eis Schoul	SIM / 10.05	(2 / 4)	(2 / 1)
	Luxembourg ^a - Rollingergrund	SIM / 22.05	(2 / 2)	(2 / 0)
	Luxembourg ^a - Cessange	Demasiados projetos		
J. Baum	Esch/Alzette ^a - Dellhéicht	SIM / 07.06	(2 / 3)	(2 / 2)
	Esch/Alzette ^a - Lallange	SIM / 07.06	(4 / 3)	(1 / 2)
A. Kockhans	Pétange (Lamadelaine) ^{a c}	SIM / 12.06	(5 / 3)	(0 / 2)
M. Mainini	Differdange ^a (Oberkorn)	SIM / 18.11	(2 / 1)	(1 / 0)
	Differdange ^a - Woiwer	SIM / 18.11	(6 / 1)	(0 / 1)
M. Suman	Dudelange ^a - Gaffelt	SIM / 10.06	(4 / 3)	(1 / 1)
	Dudelange ^a - Boudersberg	Demasiados projetos		
J. Letsch	Sanem ^a - Ecole Sanem	Sem resposta		
	Sanem ^a - Chemin Rouge	Demasiados projetos		
	Sanem ^a - Scheuerhof	Demasiados projetos		
	Sanem ^a -	Demasiados projetos		

G. Roettgers ^b	Ehlrange			
J.-P. Welter	Colmar-Berg ^a	Demasiados projetos		
F. Vanolst	Bettembourg ^a	Demasiados projetos		
	Hesperange ^a	Sem resposta		
J. Seyler	Bridel (Kopstal)	Sem resposta		
D. Dhur	Eischen	Sem resposta		
M.-P. Greisch	Mersch ^a	Sem resposta		
	Steinfort ^a	Demasiados projetos		
P. Reding	Reckange/Mess	Questionários em desacordo com a filosofia da escola		
	Contern	Sem interesse no projeto		
Distrito GREVENMACHER				
M. Melchers	Mertert ^{a d}	SIM / 05.06	<i>/^c</i>	<i>/^c</i>
N. Wagner	Rospport ^c	SIM / 05.06	(5 / 5)	(0 / 0)
V. Scheier	Schengen (Bech-Kleinmacher)	SIM / 12.06	(5 / 4)	(0 / 1)
	Schengen (Remerschen)	SIM / 12.06	(4 / 3)	(0 / 0)
	Remich ^a	Demasiados projetos		
TOTAL Maio/Junho (4 anos / 5 anos)			(40 / 33)	(11 / 16)
TOTAL Novembro (4 anos / 5 anos)			(32 / 22)	(2 / 7)
TOTAL			127	36

^a Comunas urbanas

^b Inspetor cujo departamento abrange escolas nos distritos Diekirch e Luxembourg.

^c As escolas Lamadelaine e Rospport participaram nas recolhas de Maio/Junho (5 participantes com 5 anos) e de novembro (5 participantes com 4 anos) para atingirem o número de 10 participantes.

^d Escola sem resultados devido à perda dos questionários pelo serviço nacional de correio.

Tabela B2

Motivos de exclusão por comuna e escola

Comuna	Identificação do participante	Motivo de exclusão
Feulen (Niederfeulen)	C2 – 01	Peso insuficiente
	C2 – 02	Baixo APGAR
	C2 – 04	Sem indicação de peso
Erpeldange	C1 – 04	Peso insuficiente; 6 Anos
	C1 – 05	6 Anos
	C2 – 03	APGAR
Wiltz - Reenert	C2 – 05	APGAR
Wiltz - Villa Millermoaler	C2 – 04	6 Anos
Mamer	C1 – 01	APGAR
	C2 – 02	Sem indicação de doença
	C2 – 05	APGAR
Walferdange	C1 – 05	APGAR
	C2 – 05	APGAR
Luxembourg - Gare	C1 – 04	Idade incongruente
	C2 – 03	Doença
	C2 – 04	Baixo APGAR
	C2 – 05	APGAR
Luxembourg - Eis Schoul	C1 – 01	APGAR; Sem indicação de peso
	C1 – 03	APGAR
	C2 – 02	APGAR
Luxembourg - Rollingergrund	C1 – 02	APGAR
	C1 – 04	APGAR
Esch/Alzette - Dellhéicht	C1 – 02	APGAR
	C1 – 05	APGAR
	C2 – 03	APGAR
	C2 – 04	APGAR
Esch/Alzette - Lallange	C1 – 04	APGAR; Sem indicação de peso
	C2 – 03	APGAR
	C2 – 05	APGAR
Pétange (Lamadelaine)	C2 – 01	6 Anos
	C2 – 02	APGAR; C-TRF não preenchido
Differdange (Oberkorn)	C1 – 04	APGAR
Differdange - Woiwer	C2 – 04	6 Anos
Dudelange - Gaffelt	C1 – 02	APGAR
	C2 – 03	APGAR
Bech-Kleinmacher	C2 – 02	Adotado

Apêndice C – Resultados para o C-TRF

Tabela C1

Comunalidades dos itens do C-TRF após extração

Item	Após extração
1	,289
2	,450
3	,359
4	,554
5	,643
6	,533
7	,302
8	,528
9	,139
10	,502
11	,603
12	,453
13	,422
14	,613
15	,667
16	,437
17	,640
18	,406
19	,491
20	,437
21	,560
22	,711
23	,320
24	,579
25	,516
26	,415
27	,510
28	,565
29	,632
30	,548
32	,402
33	,487
34	,503
35	,626
36	,468
37	,415
38	,640
39	,567
40	,682
42	,588
43	,490
44	,629
45	,484

46	,533
47	,512
48	,580
49	,656
50	,366
51	,577
53	,731
54	,147
55	,237
56	,435
58	,497
59	,634
60	,035
61	,495
62	,475
63	,292
64	,593
65	,482
66	,721
67	,289
68	,469
69	,576
70	,216
71	,569
72	,337
73	,550
75	,519
76	,134
77	,663
78	,387
79	,160
80	,401
81	,798
82	,648
83	,631
84	,611
85	,704
86	,532
87	,565
88	,327
89	,193
90	,534
91	,384
92	,383
96	,421
97	,582
98	,365
99	,608
100	,315

Tabela C2

Variância total explicada no C-TRF

Compo nente	<u>Eigenvalues iniciais</u>		<u>Após extração</u>			<u>Após rotação</u>		
	Total	% de variância	Total	% de variância cumulativa	%	Total	% de variância cumulativa	%
1	18,908	20,553	18,908	20,553	20,553	8,958	9,737	9,737
2	8,246	8,963	8,246	8,963	29,516	8,113	8,818	18,555
3	4,151	4,512	4,151	4,512	34,028	6,564	7,135	25,690
4	3,737	4,062	3,737	4,062	38,090	6,321	6,870	32,561
5	3,613	3,927	3,613	3,927	42,017	6,040	6,566	39,126
6	3,225	3,505	3,225	3,505	45,522	4,936	5,365	44,491
7	2,792	3,035	2,792	3,035	48,557	3,740	4,065	48,557
8	2,685	2,919						
9	2,372	2,578						
10	2,134	2,320						
11	2,092	2,274						
12	1,985	2,157						
13	1,895	2,059						
14	1,780	1,935						
15	1,568	1,705						
16	1,536	1,670						
17	1,519	1,651						
18	1,423	1,547						
19	1,317	1,432						
20	1,292	1,405						
21	1,193	1,297						
22	1,127	1,225						
23	1,110	1,206						
24	1,056	1,148						
25	,972	1,057						
26	,943	1,025						
27	,874	,950						
28	,837	,910						
29	,822	,894						
30	,771	,838						
31	,723	,786						
32	,699	,760						
33	,684	,743						
34	,667	,725						
35	,633	,688						
36	,583	,633						
37	,557	,606						
38	,534	,580						
39	,514	,559						
40	,491	,533						
41	,463	,503						
42	,448	,487						
43	,438	,476						
44	,413	,448						
45	,401	,436						
46	,382	,415						
47	,350	,380						

48	,343	,373
49	,331	,359
50	,293	,319
51	,277	,301
52	,274	,298
53	,254	,276
54	,242	,264
55	,220	,240
56	,205	,223
57	,191	,208
58	,186	,202
59	,176	,191
60	,173	,188
61	,161	,175
62	,153	,166
63	,146	,159
64	,125	,136
65	,119	,130
66	,111	,121
67	,107	,116
68	,097	,106
69	,092	,100
70	,087	,094
71	,081	,088
72	,062	,068
73	,059	,064
74	,053	,058
75	,046	,050
76	,046	,050
77	,043	,046
78	,041	,045
79	,038	,041
80	,035	,038
81	,029	,032
82	,026	,028
83	,023	,025
84	,021	,023
85	,018	,020
86	,016	,017
87	,011	,012
88	,009	,010
89	,007	,008
90	,006	,006
91	,005	,005
92	,004	,005

Tabela C3

Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax e com sete fatores para o C-TRF

Item ^b	Conteúdo ^a	Fator						
		1	2	3	4	5	6	7
5	Não se consegue concentrar ou prestar atenção por muito tempo	,723			,214			
64	É desatento(a), distrai-se facilmente	,711	,206					
59	Passa rapidamente de uma atividade para outra	,677	,306					,210
75	É demasiado ativo(a)	,658		,238				
51	Apresenta-se inquieto(a)	,649	,201	,278				
66	Grita muito	,637		,468	,269			
6	Não consegue ficar parado(a), é inquieto(a) ou hiperativo(a)	,636	,217	,234				
48	Tem dificuldade em realizar tarefas pedidas	,616	,333			,203		
24	Tem dificuldade em seguir instruções	,593	,269			,255	,217	
28	Perturba as outras crianças	,564		,477				
8	Não consegue esperar, quer tudo de imediato	,551	,333					
20	É desobediente	,503	,300	,281				
72	Demonstra pouco medo de magoar-se	,471						
56	É descoordenado(a) ou tropeça	,447					,307	,334
65	Mente ou engana	,436	,312					,328
2	Atua como se fosse muito mais pequeno(a) (para a idade)	,435			,410	,281		
9	Mastiga o que não é comestível	,324						
76	Problemas para falar ou para pronunciar palavras (descreva):	,313						
55	Brinca demasiado com as suas partes sexuais	,279	,252					
81	Teimoso(a), mal-humorado(a), irritável	,210	,823	,212				
15	É desafiante		,764	,208				
83	Amua frequentemente	,201	,741					
44	Rabugento(a)		,700	,269		,248		
29	Frustra-se facilmente	,331	,634			,226		
30	Facilmente ciumento(a)		,631			,263		
85	Faz birras ou tem mau génio/temperamento		,628	,336		,228		-,324
82	Mudanças repentinas de humor ou sentimentos	,309	,573	,292	,220	,208		-,217
97	Queixa-se muito	,439	,567					,214
69	Egoísta ou nega-se a partilhar	,341	,495	,314				,286
38	Tem comportamentos explosivos e imprevisíveis	,214	,486	,459		,306		-,226
58	O castigo não faz modificar o seu comportamento	,429	,445	,319				
16	As suas necessidades têm de ser satisfeitas imediatamente	,393	,442					
33	Ofende-se facilmente		,432		,342	,333		
1	Dor ou mau estar (sem causa médica; não inclui dor de estômago ou de cabeça)		,412			,242		
23	Não responde quando as pessoas falam para ele/ela		,401					,333
70	Demonstra pouco afeto pelas pessoas		,301					,268
53	Agride as pessoas fisicamente		,231	,787				
40	Bate a outras pessoas	,212	,221	,764				
35	Mete-se em muitas brigas	,258		,683		,239		
84	Implica frequentemente	,252		,653		,323		
22	É cruel ou mau(á) com as pessoas	,277	,258	,622		-,388		
25	Não se dá bem com outras crianças		,216	,597				,311
42	Magoa animais ou pessoas sem intenção			,502	,267	,261		,338
36	Mete-se em tudo	,323	,205	,482		,217		
18	Destrói as coisas de outras pessoas	,201	,240	,473				
27	Não parece sentir-se culpado(a) depois de portar-se mal	,348	,280	,448				,319

91	Mais barulhento(a) que o comum	,398		,418				
89	Pouco ativo(a), lento(a) ou com falta de energia			-,322	,238			
71	Demonstra pouco interesse pelo que o(a) rodeia				,693			
61	Recusa-se a comer				,685			
10	É demasiado dependente ou apegado(a) aos adultos		,261		,563		,274	
32	Tem medo de certas situações, animais ou lugares (descreva):				,552	,233		
87	Demasiado ansioso(a) ou receoso(a)				,551		,456	
13	Chora muito	,298			,528			
73	Demasiado tímido(a)				,511		,484	
12	É apático(a) ou desmotivado(a)	,280			,505	,270		
37	Fica demasiado chateado(a) quando separado(a) dos seus pais		,300		,466	,263		
88	Pouco colaborador(a)				,464		,315	
99	Preocupa-se muito				,463		,401	,421
21	Qualquer mudança de rotina o(a) perturba		,242		,461	,247		,451
96	Quer muita atenção	,355	,208	,219	,425			
100	Por favor registe qualquer outro problema que a criança tenha e que não está incluído nesta lista	,294			,413			
3	Tem medo de experimentar coisas novas				,402		,234	,344
39	Dores de cabeça (sem causa médica)	,294				,630		,254
17	Destrói as suas próprias coisas	,205	,220			,624		,360
46	Movimentos involuntários ou tiques (descreva):				,351	,587		
49	Tem medo de frequentar a creche ou escola	,280	,256			,574		,367
78	Dores de estomago ou cólicas (sem causa médica)					,569		
4	Evita o contacto visual com outras pessoas				,257	,551	,362	
45	Tem náuseas e sente-se doente (sem causa médica)	-,203	,249			,548		,225
47	Nervoso(a), hipersensível ou tenso(a)	,251			,338	,544		
14	É cruel com os animais		,329	,242		,541		-,282
92	Incomoda-se com situações novas ou com pessoas novas (descreva)				,353	,473		
50	Cansa-se demasiado				,224	,424		,215
63	Baloiça repetidamente a cabeça ou o corpo	,253				,417		
77	Fica a olhar para o vazio, parecendo preocupado(a)	,237				,202	,713	,611
80	Comportamento estranho (descreva):						,581	,574
26	Não sabe divertir-se, age como um pequeno adulto						,560	,550
98	Isola-se, não se relaciona com os outros				,354		,499	,421
62	Recusa-se a participar em jogos ativos				,427		,415	,382
90	Infeliz, triste ou deprimido(a)					,391		
68	É consciente ou envergonha-se com facilidade							
67	Parece não reagir ao afeto			,318				
19	Alheia-se ou perde-se no seu pensamento	,304				,407		
79	Respeita as regras							
86	Demasiado preocupado(a) com a limpeza e a ordem	-,204			,392			,544
11	Procura ajuda constantemente	,403			,329			,539
7	Não tolera que as coisas estejam fora do lugar							,512
34	Magoa-se acidentalmente com muita frequência, propenso a acidentes	,340		,338		,320		,412
43	Parece triste sem razão aparente		,387		,273		,245	,398
54	Mete o dedo no nariz, arranha a pele ou outras partes do corpo (descreva):		,209					-,253
60	Erupções ou irritação na pele (sem causa médica)							

^a Com o propósito de facilitar a compreensão do conteúdo dos itens, optámos por utilizar aqui a tradução portuguesa dos itens do C-TRF.

^b Domínio de Internalização: Reatividade emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas somáticas, Isolamento social; Domínio de Externalização: Problemas de atenção, Comportamento agressivo; Outros problemas

Tabela C4

Matriz das cargas fatoriais com rotação Varimax e com três fatores para o C-TRF

Item ^b	Conteúdo ^a	Fator		
		1	2	3
66	Grita muito	,748		
51	Apresenta-se inquieto(a)	,729		
6	Não consegue ficar parado(a), é inquieto(a) ou hiperativo(a)	,706		
75	É demasiado ativo(a)	,703		
28	Perturba as outras crianças	,692		
5	Não se consegue concentrar ou prestar atenção por muito tempo	,690		
64	É desatento(a), distrai-se facilmente	,689		
59	Passa rapidamente de uma atividade para outra	,683	,272	
8	Não consegue esperar, quer tudo de imediato	,649		
20	É desobediente	,601	,244	
22	É cruel ou mau(á) com as pessoas	,567		
24	Tem dificuldade em seguir instruções	,564	,230	,316
58	O castigo não faz modificar o seu comportamento	,562	,370	
48	Tem dificuldade em realizar tarefas pedidas	,543	,286	
40	Bate a outras pessoas	,508	,358	
97	Queixa-se muito	,504	,416	
27	Não parece sentir-se culpado(a) depois de portar-se mal	,497	,341	
16	As suas necessidades têm de ser satisfeitas imediatamente	,489	,315	
65	Mente ou engana	,476	,383	
36	Mete-se em tudo	,475	,419	
35	Mete-se em muitas brigas	,473	,422	
53	Agride as pessoas fisicamente	,472	,442	
91	Mais barulhento(a) que o comum	,470		
96	Quer muita atenção	,458	,254	,239
84	Implica frequentemente	,435	,421	
72	Demonstra pouco medo de magoar-se	,408		
56	É descoordenado(a) ou tropeça	,390		,201
34	Magoa-se acidentalmente com muita frequência, propenso a acidentes	,359	,341	
25	Não se dá bem com outras crianças	,341	,237	
9	Mastiga o que não é comestível	,317		
76	Problemas para falar ou para pronunciar palavras (descreva):	,315		
55	Brinca demasiado com as suas partes sexuais	,267		
70	Demonstra pouco afeto pelas pessoas	,207		
49	Tem medo de frequentar a creche ou escola		,723	
44	Rabugento(a)	,214	,687	
17	Destrói as suas próprias coisas		,657	
81	Teimoso(a), mal-humorado(a), irritável	,388	,644	
45	Tem náuseas e sente-se doente (sem causa médica)		,631	
39	Dores de cabeça (sem causa médica)		,607	
30	Facilmente ciumento(a)	,227	,603	
14	É cruel com os animais	,236	,575	
29	Frustra-se facilmente	,389	,575	
46	Movimentos involuntários ou tiques (descreva):		,569	,330
15	É desafiante	,330	,568	
85	Faz birras ou tem mau génio/temperamento	,391	,566	
38	Tem comportamentos explosivos e imprevisíveis	,412	,565	
83	Amua frequentemente	,339	,562	

82	Mudanças repentinas de humor ou sentimentos	,483	,520	
33	Ofende-se facilmente		,517	,426
42	Magoa animais ou pessoas sem intenção	,347	,507	
69	Egoísta ou nega-se a partilhar	,467	,489	
1	Dor ou mau estar (sem causa médica; não inclui dor de estômago ou de cabeça)		,476	
43	Parece triste sem razão aparente		,471	,409
37	Fica demasiado chateado(a) quando separado(a) dos seus pais		,454	,388
47	Nervoso(a), hipersensível ou tenso(a)	,231	,434	,362
18	Destrói as coisas de outras pessoas	,385	,406	
50	Cansa-se demasiado		,396	,234
92	Incomoda-se com situações novas ou com pessoas novas (descreva):		,371	,348
78	Dores de estomago ou cólicas (sem causa médica)		,339	
63	Baloiça repetidamente a cabeça ou o corpo	,216	,231	
23	Não responde quando as pessoas falam para ele/ela			
60	Erupções ou irritação na pele (sem causa médica)			
87	Demasiado ansioso(a) ou receoso(a)			,749
73	Demasiado tímido(a)			,688
99	Preocupa-se muito			,667
90	Infeliz, triste ou deprimido(a)			,616
10	É demasiado dependente ou apegado(a) aos adultos		,268	,591
62	Recusa-se a participar em jogos ativos			,579
21	Qualquer mudança de rotina o(a) perturba		,443	,525
3	Tem medo de experimentar coisas novas			,523
68	É consciente ou envergonha-se com facilidade		,247	,515
12	É apático(a) ou desmotivado(a)	,266		,500
88	Pouco colaborador(a)			,493
4	Evita o contacto visual com outras pessoas		,458	,471
80	Comportamento estranho (descreva):			,465
61	Recusa-se a comer			,461
32	Tem medo de certas situações, animais ou lugares (descreva):			,454
77	Fica a olhar para o vazio, parecendo preocupado(a)			,449
86	Demasiado preocupado(a) com a limpeza e a ordem	,221	,292	,448
11	Procura ajuda constantemente	,336	,233	,440
98	Isola-se, não se relaciona com os outros			,423
26	Não sabe divertir-se, age como um pequeno adulto			,420
71	Demonstra pouco interesse pelo que o(a) rodeia	,200		,411
2	Atua como se fosse muito mais pequeno(a) (para a idade)	,370		,397
100	Por favor registe qualquer outro problema que a criança tenha e que não está incluído nesta lista	,323		,393
13	Chora muito	,210		,387
89	Pouco ativo(a), lento(a) ou com falta de energia			,332
19	Alheia-se ou perde-se no seu pensamento			,252
79	Respeita as regras			,219
7	Não tolera que as coisas estejam fora do lugar			
67	Parece não reagir ao afeto			
54	Metete o dedo no nariz, arranha a pele ou outras partes do corpo (descreva):			

^a Com o propósito de facilitar a compreensão do conteúdo dos itens, optámos por utilizar aqui a tradução portuguesa dos itens do C-TRF.

^b Domínio de Internalização; Domínio de Externalização; Outros problemas