

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MÔNICA ANDRIGO MOREIRA DE ULHOA COELHO

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA
PRIMEIRA INFÂNCIA PARA BEBÊS E CRIANÇAS DECA I/T (*DEVEREUX EARLY
CHILDHOOD ASSESSMENT FOR INFANTS AND TODDLERS*)**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
NÚCLEO DE ESTUDOS JUNGUIANOS

São Paulo
2017

MÔNICA ANDRIGO MOREIRA DE ULHOA COELHO

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA
PRIMEIRA INFÂNCIA PARA BEBÊS E CRIANÇAS DECA I/T (*DEVEREUX EARLY
CHILDHOOD ASSESSMENT FOR INFANTS AND TODDLERS*)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
NÚCLEO DE ESTUDOS JUNGUIANOS**

São Paulo

2017

MÔNICA ANDRIGO MOREIRA DE ULHOA COELHO

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA
PRIMEIRA INFÂNCIA PARA BEBÊS E CRIANÇAS DECA I/T (*DEVEREUX EARLY
CHILDHOOD ASSESSMENT FOR INFANTS AND TODDLERS*)**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Denise Gimenez. Ramos.

São Paulo

2017

MÔNICA ANDRIGO MOREIRA DE ULHOA COELHO

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA
PRIMEIRA INFÂNCIA PARA BEBÊS E CRIANÇAS DECA I/T (*DEVEREUX EARLY
CHILDHOOD ASSESSMENT FOR INFANTS AND TODDLERS*)**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Denise Gimenez Ramos.

Aprovada em:

Prof^a. Dr^a. Denise Gimenez Ramos – PUC-SP

Prof. Dr. Francisco Assumpção Jr. – USP

Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Tosta – PUC-SP

Com todo meu afeto, dedico essa dissertação ao **Fábio**, meu amor de corpo e alma, meu orgulho e inspiração, o homem que me mostra a simplicidade, a beleza, a efemeridade e o valor da vida, enchendo meus dias de amor, força, sabedoria, humor e arte, ajudando a superar cada dificuldade ao longo do caminho e a trazer à minha consciência o melhor de mim a cada dia. Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Agradeço com profundo amor e gratidão a meu marido Fábio Ulhoa Coelho pelo incentivo, apoio e compreensão da importância desse mestrado para mim, bem como pela compreensão da relevância do trabalho em si. Também agradeço a meu marido, meus pais e irmãos, minha enteada e sobrinhos, pelo estímulo e pelo afeto, apesar das horas de estudo que me distanciaram de todos eles durante esse período.

Agradeço ainda:

- a) à FUNDASP, pela concessão da bolsa dissídio integral, sem a qual não teria sido possível realizar o mestrado;
- b) à Fundação Devereux, pela autorização para tradução, adaptação e futura validação da escala;
- c) à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Denise G. Ramos, por ter aceitado realizar a orientação nesse tema específico, e pelos sábios, profundos e valiosos ensinamentos que permanecerão para além desse mestrado;
- d) à Prof^a. Dr^a. Ceres Alves de Araujo e ao Prof. Dr. Francisco Assumpção, em especial, por terem despertado em mim o interesse por esse tema e por me acompanharem tão de perto ao longo desse percurso, sendo generosos no compartilhamento dos saberes até o momento da qualificação;
- e) à Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Tosta, pelo entusiasmo e interesse pelo tema e, em conjunto com a Prof^a. Dr^a. Ceres Alves de Araújo e o Prof. Dr. Francisco Assumpção, pelas significativas contribuições dadas na qualificação do trabalho;
- f) à Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Vilhena, pela gentileza e disponibilidade com que me esclareceu dúvidas ligadas à psicometria;
- g) à escola e a todos os voluntários que participaram da realização do projeto piloto;
- h) a todos os tradutores que participaram do processo de tradução e adaptação da escala.

COELHO, M. A. M. U. **Tradução e adaptação transcultural da escala de avaliação da primeira infância para bebês e crianças DECA I/T (*Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers*)**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2017.

RESUMO

O tema da dissertação de mestrado é ligado à primeira infância e à resiliência em bebês (de quatro semanas a 18 meses de idade) e crianças (de 18 a 36 meses de idade). O objetivo do trabalho foi traduzir para o português e realizar a adaptação transcultural da escala de avaliação da primeira infância para bebês e crianças denominada *Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers* (DECA I/T), criada e desenvolvida por Gregg Powell, Mary Mackrain e Paul LeBuffe, detida pela *The Devereux Foundation*, editada e publicada por *Kaplan Early Learning Corporation* em 2007. A escala DECA I/T mede os fatores de proteção sociais e emocionais (apego/relacionamento, iniciativa e autorregulação) para avaliar e indicar a força desses fatores em bebês e crianças. Para realização da tradução e adaptação transcultural foram utilizadas, em linhas gerais, as diretrizes e orientações de Hambleton e Patsula (1998) e Souza e Rojjanasrirat (2010). O procedimento consistiu das seguintes etapas: (a) tradução do instrumento original em inglês para o português por duas tradutoras brasileiras independentes e bilíngues, sendo uma delas juramentada, ambas familiarizadas com a cultura brasileira e americana e sem conhecimento em psicologia; (b) comparação e unificação das duas versões traduzidas pela pesquisadora, que atuou como terceira tradutora, e revisão da versão unificada; (c) retrotradução da versão unificada para o inglês por outro tradutor independente bilíngue, estadunidense, fluente em português, familiarizado com a cultura brasileira e a americana e não atuante na área de psicologia, seguida de revisão e aprovação da versão final da escala em português por Comitê de Especialistas; (d) aplicação da versão final em português em um projeto piloto. A DECA I traduzida foi aplicada e respondida por 13 avaliadores (seis mães, uma avó, um pai e cinco berçaristas de bebês). No total foram avaliados 12 bebês, sendo um deles avaliado pelo pai e pela berçarista. A DECA T foi aplicada e respondida por 13 avaliadores (seis mães, uma avó, duas assistentes de sala, duas educadoras e duas professoras de crianças). No total foram avaliadas 19 crianças, pois duas assistentes de sala avaliaram duas crianças cada, duas educadoras avaliaram, cada uma, três crianças, e duas professoras avaliaram, cada uma, três crianças. Após a aplicação do projeto piloto, a tradução para o português da DECA I/T foi considerada culturalmente adaptada e apta para futura validação.

Palavras-chave: Resiliência. Escala de avaliação. Primeira infância. Fatores de proteção sociais e emocionais. DECA I/T.

COELHO, M. A. M. U. **Translation and cross-cultural adaptation of the Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers (DECA I/T)**. Dissertation (Master in Clinical Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2017.

ABSTRACT

The subject of this master's dissertation is related to early childhood and resilience in infants (four weeks to 18 months old) and toddlers (18 to 36 months old). The study aimed at translating into Portuguese and transculturally adapting the early childhood assessment for infants and toddlers named "Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers" (DECA I/T), developed by Gregg Powell, Mary Mackrain and Paul LeBuffe, owned by The Devereux Foundation, edited and published by Kaplan Early Learning Corporation in 2007. DECA I/T assessment measures the social and emotional protective factors (attachment/relationship, initiative and self-regulation) to evaluate and indicate the strength of such factors in infants and toddlers. For the translation and transcultural adaptation of the assessment, the guidelines of Hambleton and Patsula (1998) and Souza and Rojjanasrirat (2010) were generally used. The procedure consisted of the following steps: (a) translation of the original instrument in English into Portuguese by two Brazilian, bilingual, independent translators, being one of them a sworn-translator, both of them familiarized with the Brazilian and American cultures, and without knowledge in Psychology; (b) comparison and consolidation of both translated versions by the researcher, who acted as a third translator, and review of the synthesized version; (c) back-translation of the consolidated version in Portuguese into English by another American, bilingual, independent translator, fluent in Portuguese, familiarized with the Brazilian and American cultures and not working in the Psychology area, followed by review and approval of the final version of the assessment in Portuguese by an Expert Committee; (d) application of the Portuguese final version in a pilot project. The translated DECA I was applied to and responded by 13 evaluators (six mothers, one grandmother, one father and five nursery caregivers of infants). A total of 12 infants were evaluated (one of them was evaluated by the father and the nursery caregiver). The translated DECA T was applied to and responded by 13 evaluators (six mothers, one grandmother, two room assistants, two educators and two teachers of toddlers). A total of 19 toddlers were evaluated (two room assistants evaluated two toddlers each, two educators evaluated three toddlers each, and two teachers evaluated three toddlers each). After application of the pilot project, the translation into Portuguese of DECA I/T was considered culturally adapted and apt for future validation.

Keywords: Resilience. Assessment. Early childhood. Social and emotional protective factors. DECA I/T.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - DECA I: comparação entre a versão original, a primeira e segunda traduções e a tradução unificada.....	78
Tabela 2 - DECA T: comparação entre a versão original, a primeira e segunda traduções e a tradução unificada.....	85
Tabela 3 - DECA I: comparação entre a versão original, a versão unificada para retro-tradução, a retro-tradução, a retro-tradução ajustada e a versão final aprovada pelo Comitê de Especialistas	93
Tabela 4 - DECA T: comparação entre a versão original, a versão unificada para retro-tradução, a retro-tradução, a retro-tradução ajustada e a versão final aprovada pelo Comitê de Especialistas	103
Tabela 5 - Tipo e número de avaliadores e número de questionários por escala	113
Tabela 6 - Tabulação das respostas do formulário de avaliação.....	114
Tabela 7 - Tempo de preenchimento da escala DECA I/T pelo número de avaliadores.....	115
Tabela 8 - Número de avaliadores por estrato socioeconômico por escala	117
Tabela 9 - Itens não compreendidos por escala e número de avaliadores	119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - DECA I: Itens do Fator de Proteção Iniciativa.....	66
Quadro 2 - DECA I: Itens do Fator de Proteção Apego/Relacionamento	67
Quadro 3 - DECA T: Itens do Fator de Proteção Iniciativa.....	68
Quadro 4 - DECA T: Itens do Fator de Proteção Apego/Relacionamento	68
Quadro 5 - DECA T: Itens do Fator de Proteção Autorregulação	69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
4 A PRIMEIRA INFÂNCIA NO OLHAR DA PSICOLOGIA.....	20
5 RESILIÊNCIA.....	27
5.1 O conceito de resiliência	27
5.2 Prós e contras ligados à pesquisa em resiliência.....	30
5.3 Evolução das pesquisas e estudos em resiliência no mundo	32
5.4 Resiliência na primeira infância.....	36
5.5 Resiliência, estresse e trauma	41
5.6 Conceito de resiliência adotado pela escala DECA I/T	45
5.7 A relação entre o conceito de resiliência, fatores de risco e proteção na primeira infância.....	45
5.7.1 Resiliência e fatores de proteção	45
5.7.2 Resiliência e vulnerabilidade x invulnerabilidade	47
5.7.3 Do risco aos fatores de risco x fatores de proteção	48
5.8 Fatores de proteção na escala DECA I/T	53
6 ESCALAS DE AVALIAÇÃO	55
6.1 Escalas de resiliência	55
6.2 Tradução e adaptação transcultural de escalas.....	61
6.3 A escala de avaliação DECA I/T	65
6.3.1 Escala DECA I.....	65
6.3.2 Escala DECA-T	67
7 MÉTODO.....	71
7.1 Procedimento	71
7.2 Critério de inclusão.....	75
7.3 Procedimento ético	76
8 RESULTADOS DE TRADUÇÃO	77
9 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS NA APLICAÇÃO-PILOTO.....	112
10 CONCLUSÃO	118
REFERÊNCIAS.....	123

ANEXO 1 – Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers – Record Form	132
ANEXO 2 – Devereux Early Childhood Assessment Student Translation License Agreement	138
ANEXO 3 – Carta-convite para tradução	141
ANEXO 4 – Carta-convite.....	142
ANEXO 5 – Esclarecimentos sobre o item 29 (Toddlers) da Escala Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers.....	143
ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida	145
ANEXO 7 – Formulário de avaliação da Escala	161
ANEXO 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	162

1 INTRODUÇÃO

O tema da presente dissertação de mestrado é ligado à primeira infância e à resiliência em bebês (de quatro semanas a 18 meses de idade) e crianças (de 18 a 36 meses de idade). O estudo realizado abrangeu a tradução para o português e a adaptação transcultural de uma escala de avaliação da primeira infância para bebês e crianças denominada *Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers* (DECA I/T). Esse instrumento é composto por dois questionários distintos (Anexo 1), sendo que um deles se refere aos bebês de quatro semanas a 18 meses (DECA I) e o outro, às crianças de 18 a 36 meses de idade (DECA T). A validação da referida escala para a população da cidade de São Paulo será realizada em etapa posterior ao mestrado, não sendo, portanto, objeto deste trabalho.

A saúde social e emocional dos bebês é essencial para seu bom desenvolvimento e é um valor extremamente importante para a humanidade. Durante a minha graduação em Psicologia e na minha prática clínica no consultório, sempre me dediquei aos estudos, assuntos e casos ligados a gestantes, mães, pais, bebês, crianças e seus educadores e demais cuidadores, ou seja, meu foco sempre se voltou a temas relacionados à primeira infância. Meu trabalho de conclusão de curso, na graduação, intitulado *Mandalas da Gestação*, visava compreender como a vivência emocional das gestantes, expressa na elaboração artística de mandalas gestacionais, poderia promover o alívio da ansiedade e do estresse gestacional e favorecer a formação do vínculo mãe-bebê. Nos eventos, congressos e simpósios junguianos e ligados à primeira infância de que participei até o momento, sempre voltei minha atenção para as apresentações envolvendo questões ligadas ao desenvolvimento humano,   importância da formação do vínculo mãe-beb , ao papel de ambos os pais na promoção do desenvolvimento e na educação dos filhos, a métodos de observação do desenvolvimento da relação mãe-beb  e a trabalhos clínicos e de intervenção nesse campo, em especial em situações de adversidade, nas quais o beb  se encontra em estado de abandono, negligência, estresse, violência ou abuso. No VII Congresso Latino-americano de Psicologia Junguiana realizado em Buenos Aires, em 2015, assisti   palestra de Brian Feldman, intitulada *La formación analítica junguiana en bebes, ni os y adolescentes con Michael Fordham*, sobre a formação de analistas junguianos no trabalho com bebês, crianças e adolescentes, na qual foi ressaltada a importância da observação de

bebês para a compreensão da comunicação inconsciente e da constituição/transmissão do trauma. Tive, então, a certeza de que gostaria de realizar uma pesquisa no mestrado que pudesse ser mais uma ferramenta a ser utilizada por psicólogos na promoção de melhoria da formação e consolidação da relação mãe-bebê, cuidador-bebê. Meu objetivo no mestrado foi, assim, aprofundar os estudos ligados a esses interesses pessoais, desenvolvendo algo que pudesse não só ser útil para mim e minha prática clínica, mas também beneficiar esse público específico (bebês e crianças, seus cuidadores e educadores) como um todo, tanto na prática clínica, como em um contexto mais amplo e coletivo, público ou privado. Nas aulas ministradas pela Prof^a. Dr^a. Ceres Alves de Araujo, que compunham o Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, aproximei-me do tema resiliência e, em especial, da resiliência em bebês e crianças.

Durante a realização do mestrado, foi promulgada a Lei nº 13257, de 8 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). No âmbito desse novo marco legal, foi lançado, por meio do Decreto 8669, de 5 de outubro de 2016, o Programa Criança Feliz (BRASIL, 2016), visando promover o desenvolvimento de crianças na primeira infância que, segundo essa legislação, compreende a faixa etária dos primeiros seis anos de vida. Atenção especial é dada ao desenvolvimento nos três anos iniciais, pois seria nesse período que se abre a maior janela de oportunidades para o desenvolvimento humano integral, conforme pesquisas que embasaram a criação do marco legal. Os principais estudos científicos e teorias que nortearam a elaboração do novo decreto são oriundos do *Center on the Developing Child*, da Universidade de Harvard, e do *Center for the Economics on Human Development*, da Universidade de Chicago. Jack Shonkoff, diretor do *Center on the Developing Child*, e James Heckman, do *Center for the Economics on Human Development* e ganhador do Nobel de Economia em 2000, possuem vastas pesquisas na área da primeira infância, que abrangem temas tais como neurociência, resiliência, desenvolvimento humano, estresse tóxico, entre outros, com foco na primeira infância.

Conforme disposto no decreto mencionado, o Programa Criança Feliz contará com um Comitê Gestor do Programa, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, e contará com representantes dos Ministérios da

Saúde, Educação, Cultura, e Justiça e Cidadania. Esse comitê já foi instituído e é responsável pela definição da estratégia de capacitação dos multiplicadores (profissionais que deverão treinar os visitantes domiciliares), supervisores e visitantes domiciliares, entre outras atribuições de gestão do programa. Os públicos-alvo do programa são: (a) gestantes, crianças de até três anos e suas famílias que sejam beneficiárias do Programa Bolsa Família; (b) crianças de até seis anos que recebam o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e suas famílias; (c) crianças de até seis anos afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção prevista no artigo 101 do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e suas famílias. Ainda segundo o decreto, os objetivos do programa são: (a) promover o desenvolvimento humano, a partir do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância; (b) apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais; (c) colaborar para o exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos familiares e o papel das famílias no desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até seis anos de idade; (d) mediar o acesso da gestante, das crianças na primeira infância e das suas famílias a políticas e serviços públicos de que necessitem; (e) integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas voltadas para gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias.

A referida legislação prevê que o Programa Criança Feliz deverá ser monitorado e avaliado, ou seja, seus resultados deverão ser acompanhados e medidos, a fim de documentar e comprovar os benefícios de sua criação e implantação para a sociedade. Nesse sentido, entende-se que, nos próximos meses e anos, ferramentas de avaliação e medição do desenvolvimento integral das crianças beneficiadas pelo Criança Feliz serão escolhidas e também desenvolvidas de modo a gerar os dados necessários para realizar essa avaliação global do programa.

A escala norte-americana DECA I/T mede os fatores de proteção sociais e emocionais denominados apego/relacionamento, iniciativa e autorregulação, com o fim de avaliar e oferecer uma indicação geral da força desses fatores de proteção em bebês e crianças (MACKRAIN, LEBUFFE & POWELL, 2007a, 2007b). Revela-se, assim, um instrumento valioso na promoção de resiliência, na medida em que fornece um perfil dos fatores de proteção existentes e cria a oportunidade de promover intervenções precoces para favorecer o desenvolvimento emocional e

social, de modo que bebês e crianças possam se tornar mais resilientes e se beneficiar disso ao longo de suas vidas.

Tomei conhecimento da existência desse instrumento na aula sobre medidas em resiliência, ministrada pela Prof^a. Dr^a. Ceres Alves de Araujo e pelo Prof. Dr. Francisco Assumpção Jr., psiquiatra convidado para aquela ocasião, na disciplina *Abordagens Psicossomáticas em Áreas Específicas: Seminários sobre Resiliência*. O processo envolvendo a tradução para o português e a adaptação transcultural para posterior validação da escala DECA I/T surgiu como uma possibilidade de tornar tangível os meus objetivos para o mestrado.

Assim, após a referida aula, e com a concordância de minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Denise G. Ramos, entrei em contato por *e-mail* com Susan Damico, uma das diretoras do *Devereux Center for Resilient Children* (DCRC), entidade norte-americana que tem por missão “promover o desenvolvimento social e emocional, a resiliência e construir habilidades de sucesso escolar e de vida em crianças desde o nascimento até a idade escolar, bem como promover resiliência nos adultos que cuidam dessas crianças” (DEVEREUX CENTER FOR RESILIENT CHILDREN, 2012, tradução nossa). Essa entidade é vinculada a *The Devereux Foundation*, entidade detentora dos direitos sobre a escala DECA I/T e “uma das maiores e mais antigas organizações sem fins lucrativos provedora de serviços de assistência à saúde nos Estados Unidos da América” (DEVEREUX ADVANCED BEHAVIORAL HEALTH, [201-?], tradução nossa).

Aproximadamente dois meses após o envio do meu *e-mail* inicial solicitando autorização para realizar a tradução, adaptação e validação da escala DECA I/T, e de diversos *e-mails* sobre o assunto, recebi a resposta de Susan Damico, que me concedia a autorização para realizar a tradução para o português, adaptação e validação da escala DECA I/T para o Brasil, por meio da assinatura do *Devereux Early Childhood Assessment Student Translation License Agreement* (Anexo 2).

A escala DECA I/T, traduzida e adaptada será, após a sua validação, um valioso instrumento para aferir e identificar, em bebês e crianças brasileiros, o estado do desenvolvimento social e emocional, bem como para melhor observar e compreender o comportamento infantil, de modo a propiciar a adoção de medidas recomendáveis e/ou necessárias ao bom e regular desenvolvimento social e emocional do bebê ou criança, viabilizando, o mais cedo possível, qualquer intervenção necessária.

Nesse sentido, tal instrumento, ora traduzido para o português e adaptado para o Brasil, possui características que possibilitam que venha a ser, após futura validação, um dos meios de avaliação das crianças do Programa Criança Feliz, justamente por ser uma escala de avaliação dos fatores de proteção sociais e emocionais relacionados à resiliência de bebês e crianças. Essa seria, portanto, uma das formas pelas quais este estudo viabilizaria o meu intuito de realizar um trabalho que possa ter, também, uma utilidade pública.

A criação do marco legal da primeira infância, além de mobilizar a esfera pública para a causa da primeira infância, também acaba por promover novos debates e iniciativas na esfera privada, de modo que é possível que a escala DECA I/T venha, ainda, a ser utilizada e valorizada em programas de acompanhamento do desenvolvimento infantil de escolas, berçários e creches públicas ou privadas.

Os próximos capítulos desta dissertação tratam dos seguintes temas: (a) objetivo deste estudo; (b) primeira infância; (c) resiliência – conceito, prós e contras da pesquisa relacionada ao tema e a evolução do conceito, resiliência na primeira infância, relação entre resiliência, estresse e trauma, conceito de resiliência adotado na escala DECA I/T, relação entre o conceito de resiliência, fatores de risco e proteção na primeira infância, fatores de proteção na escala DECA I/T; (d) escalas de avaliação, escalas de resiliência, tradução e adaptação transcultural de escalas, descrição da escala de avaliação DECA I/T; (e) método da pesquisa; (f) resultados da tradução; (g) análise dos dados coletados na aplicação do projeto piloto para adaptação transcultural; (h) conclusão.

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi traduzir para o português e fazer a adaptação transcultural da versão original da escala *Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers* (DECA I/T), desenvolvida e criada por Gregg Powell, Mary Mackrain e Paul LeBuffe, detida pela *The Devereux Foundation*, editada e publicada por *Kaplan Early Learning Corporation* em 2007. Os questionários da escala DECA I/T originais encontram-se no Anexo 1.

Devido à complexidade do instrumento e ao tempo de implementação necessário, que se estende para além do prazo de conclusão do mestrado, será realizada em etapa posterior a validação da referida escala para a população da cidade de São Paulo, e possivelmente para toda a população brasileira, não sendo, portanto, objeto da presente dissertação.

Os capítulos 3, 4, 5 e 6 apresentam uma revisão de literatura sobre (a) a primeira infância; (b) a resiliência (o conceito de resiliência, os prós e contras de sua pesquisa e a evolução desse conceito, a resiliência na primeira infância, a relação entre resiliência, estresse e trauma, o conceito de resiliência adotado na escala DECA I/T, a relação entre o conceito de resiliência, fatores de risco e proteção na primeira infância, e fatores de proteção na escala DECA I/T); (d) escalas de avaliação, escalas de resiliência, tradução e adaptação transcultural de escalas e uma breve descrição da escala de avaliação DECA I/T.

3 REVISÃO DA LITERATURA

As principais bases de dados consultadas nesta revisão da literatura foram o portal de periódicos Capes (periodicos.capes.gov.br) e os *sites* de pesquisas acadêmicas *National Center for Biotechnology Information* (ncbi.nlm.nih.gov) e *Google Scholar* (scholar.google.com.br).

Textos, livros e artigos foram adquiridos ou obtidos por meio de pesquisa em *sites* e/ou acervos digitais de empresas, universidades e organizações, tanto no Brasil como no exterior: Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (biblio.pucsp.br); Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância (ciespi.org.br); Fundação Maria Cecília Souto Vidigal pela Primeira infância (fmcsv.org.br); Radar da primeira infância (radardaprimeirainfancia.org.br); Rede Nacional pela Primeira Infância (primeirainfancia.org.br); Livraria Cultura (livrariacultura.com.br); *The Center for the Economics of Human Development* (cehd.uchicago.edu); *Center on Developing Child* da Universidade de Harvard (developingchild.harvard.edu); *Center for Resilient Children* (centerforresilientchildren.org); *Devereux Advanced Behavioral Health* (devereux.org); *Amazon* (amazon.com).

4 A PRIMEIRA INFÂNCIA NO OLHAR DA PSICOLOGIA

O termo “primeira infância” se refere, geralmente, aos primeiros anos de vida de uma criança, mas como definir o que é a primeira infância no olhar da psicologia e como determinar o seu início e fim? A questão gera algumas dúvidas. A primeira infância começaria a partir da concepção ou do nascimento? Terminaria aos dois, três e meio, seis, oito ou nove anos de idade? Divide-se em outras etapas ou níveis de desenvolvimento? É apenas uma expressão genérica usada popularmente, um período crucial do desenvolvimento humano ou, ainda, um termo que passou a ter um significado mais amplo e que congrega conhecimentos científicos recentes de diferentes áreas como a psicologia, medicina, genética, educação, nutrição etc., potencialmente aplicáveis em políticas públicas e/ou privadas?

De um modo geral, as publicações e artigos científicos no Brasil ligados à primeira infância são bastante imprecisos ou discrepantes no que diz respeito ao término dessa etapa da vida, existindo textos de diferentes áreas, como psicologia, educação, sociologia etc., que consideram que essa fase inclui crianças de até nove anos de idade (CIESPI [2014]). Todavia, após a criação do marco legal da primeira infância, a tendência é de adoção do critério legal que determina o término da primeira infância aos seis anos de idade, sendo dada especial atenção aos três primeiros anos de vida, fase que vem sendo, atualmente, denominada de primeiríssima infância.

No campo da Psicologia Analítica, Fordham (2006), autor com foco no desenvolvimento infantil, refere-se à primeira infância como sendo o período compreendido pelos dois primeiros anos de vida e apresenta como tese central de sua obra a importância do Self na infância e como ocorre o seu desenvolvimento desde o nascimento. Esse autor defende que o Self primário ou original do bebê é radicalmente perturbado pelo nascimento, sendo nesse momento invadido por estímulos internos e externos que dão origem à ansiedade. Para ele, após o nascimento, aos poucos e a partir da relação com a mãe, ocorre a fase de amadurecimento do bebê. Deintegrativas e integrativas são os termos que esse autor utiliza para nomear as forças que promovem esse processo. Fordham identifica algumas etapas nesse período que se inicia logo após o nascimento, com a aproximação ao seio da mãe para a amamentação. Aponta, assim, as principais mudanças que ocorrem aos três meses (regulação do horário de sono e nutrição,

por exemplo); aos sete meses (reconhecimento da mãe como objeto libidinal, por exemplo); e na ocasião do desmame, do engatinhar e do andar – esses últimos movimentos sinalizando que a criança deixou de ser um bebê – até o início da fala. Continuamente, e ao longo de cada um desses momentos, prossegue a organização psíquica no bebê, sendo que deintegrações e integrações ocorrem de forma cada vez mais espaçada, dando ao bebê, pouco a pouco, mais estabilidade para seu próprio desenvolvimento. Segundo esse autor, as crianças de dois anos de idade já possuem, em geral, uma estrutura egoica estabelecida, sendo que o bebê seria, antes de tudo, uma unidade, ou Self, desde o início, de modo que o surgimento do ego se dá nesse processo do amadurecimento em que se forma o par afetivo entre a mãe e o bebê na primeira infância.

Fordham (2006), assim como seu contemporâneo, Winnicott (1975), ressaltava a importância do brincar para o desenvolvimento infantil desde os primeiros momentos de vida. Segundo esse autor, o seio, o rosto, a boca e o cabelo da mãe, bem como os próprios dedos, excrementos e órgãos genitais são integrados, de modo gradativo, nas brincadeiras exploratórias e, por meio desse processo evolutivo do brincar, o bebê torna-se capaz de estabelecer uma relação consigo mesmo e com o mundo exterior, incluindo uma participação na organização da sua atividade imaginativa que se dá por processos que têm lugar no Self. Nesse contexto do brincar relativamente ao desenvolvimento do bebê, são importantes os fenômenos transicionais muito estudados por Winnicott (1975), que ocupam um lugar entre o mundo interno e externo. Assim, o brincar, desde o início da primeira infância, é uma das principais atividades do bebê, por ser essencial para o desenvolvimento saudável da sua psique.

Já Boyd e Bee (2011), psicólogas estudiosas do desenvolvimento humano, explicam que os pesquisadores se utilizam de um sistema de categorias ligado à idade, os chamados períodos de desenvolvimento, com o fim de organizar o estudo desse processo. O primeiro período seria o pré-natal, que, em razão dos limites biológicos, tem claramente definidas as datas de início e fim, sendo essas, evidentemente, a concepção e o nascimento. Para essas autoras, a primeira infância seria o período seguinte, que começa no nascimento e termina quando as crianças passam a usar a linguagem para se comunicarem, sendo esse o marco que caracterizaria o início da segunda infância. Assim, a data de encerramento da primeira infância variaria de criança para criança. A segunda infância, por sua vez,

seria seguida pela meninice, havendo também variação, inclusive cultural, no início desse período, pois esse seria marcado pela ocorrência de um evento social, como por exemplo, a entrada na escola. O final da meninice seria identificado pelo marco biológico da puberdade, que fixa o início da adolescência.

Autores como Spitz (2013), que pesquisou em profundidade o primeiro ano de vida dos bebês, Stern (1995), que desenvolveu sua visão de Self na primeira infância e de uma psicoterapia voltada para pais e filhos, Bowlby (2002), que formulou a teoria do apego, Jacoby (2010), que buscou as relações entre a psicoterapia junguiana e a pesquisa de sua época com crianças, Schore (2003, 2012, 2016), que pode ser denominado o pesquisador da chamada nova/moderna teoria do apego, Wilkinson (2009) e Knox (2003), que buscaram uma aproximação entre os novos conhecimentos da neurologia, psiconeurobiologia, psicologia do desenvolvimento e a Psicologia Analítica, no que diz respeito à constituição da psique na primeira infância, entre outros autores, ofereceram contribuições à psicologia do desenvolvimento, à Psicologia Analítica e à psiconeurobiologia, contribuições essas extremamente significativas para o estudo ligado à fase do desenvolvimento psíquico humano que se dá na primeira infância.

Knox (2011) aborda especificamente a questão relativa a como se dá a construção do Self e, para tanto, inova ao usar o conceito de *self-agency*. Essa autora considera que a construção do senso de self começa nas relações iniciais de apego, e vai além, quando aponta a maior aceitação, na atualidade, de um modelo relacional de desenvolvimento do self que se conjugaria com a importância da experiência de atuação do indivíduo (*agency*) nas relações. O conceito de *self-agency* reside, segundo a autora, na percepção do indivíduo de sua influência sobre o ambiente relacional e físico e, posteriormente, na compreensão de que suas ações e intenções possuem um efeito e produzem uma resposta daqueles que o rodeiam. Assim, a ideia de *self-agency* seria central para o desenvolvimento psicológico. A autora propõe seis estágios de desenvolvimento relacional, nos quais o indivíduo é *self-agent*, que vão da ação corporal pura à madura expressão da atuação na linguagem:

- a) atuação física (zero a seis meses): percepção/consciência de que ações produzem mudanças no ambiente físico;

- b) atuação social (três a nove meses): ações produzem espelhamento corporal e emocional em outras pessoas – ação a distância;
- c) atuação teleológica (nove a 24 meses): senso de objetivo, ações são vistas como dirigidas a um objetivo; capacidade de escolher a ação para obter o resultado desejado; a intenção ainda não é reconhecida como uma forma separada de ação;
- d) atuação intencional (dois anos): reconhecimento de intenções como distintas da ação; ações são vistas como tendo sido causadas por intenções e desejos anteriores; ações podem mudar estados mentais;
- e) atuação representacional (três a quatro anos): ações são vistas como causadas pelas intenções, que são também reconhecidas como processos mentais; a mente é representada a si mesma, de modo que intenções não são apenas um meio para alcançar os fins, mas estados mentais em si mesmos;
- f) self autobiográfico: organização de memórias como pessoalmente experimentadas, ligadas a suas representações, e consciência/percepção de sua história pessoal. (FONAGY et al., 2002, p. 204-207) (KNOX, 2011, p. 9)

Assim, seria na primeira infância que se desenrolam tais estágios de desenvolvimento e, dentro das fases propostas pela autora, os bebês e crianças avaliados pela escala DECA I/T estariam compreendidos em (a), (b), (c), (d) e início de (e).

A partir da leitura do trabalho dos autores acima citados, fica claro que a primeira infância é o período de maior fragilidade na vida do ser humano e, ao mesmo tempo, de melhor e maior potencial para o saudável desenvolvimento físico e psíquico, que se dá por meio das relações de apego e abrange o desenvolvimento dos domínios emocionais e afetivos, sociais e cognitivos.

Outra referência na área da primeira infância é o *National Scientific Council on the Developing Child* (2004, 2008/2012), centro de estudos na Universidade de Harvard, cujos membros são psicólogos, psiquiatras, neurologistas, pediatras e educadores. Em seus artigos sobre o desenvolvimento na primeira infância, esse

órgão considera a faixa etária entre o nascimento e os cinco anos de idade, pois adota o entendimento de que a primeira infância abrange bebês e crianças de até três anos (*infants* e *toddlers*) e crianças em estágio pré-escolar, com três a cinco anos (*preschoolers*). Esse centro de estudos postula que as pesquisas sobre o desenvolvimento na primeira infância revelam, entre outros fatos, que a base para uma saúde mental saudável é construída cedo na vida, em razão de as experiências primeiras serem aquelas que modelam a arquitetura do cérebro em desenvolvimento. Tais experiências incluem os relacionamentos com os pais, cuidadores, parentes, professores e pares, figuras que possuem um papel crítico na modulação do desenvolvimento social, emocional e cognitivo infantil, impactando fases posteriores do desenvolvimento humano. Artigos desse centro de pesquisa científica ainda discorrem sobre:

- (a) a necessidade de prover, na primeira infância, um ambiente de relacionamentos de qualidade e segurança (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004a);
- (b) o fato de que o desenvolvimento emocional da criança se inicia precocemente na primeira infância e é um aspecto crítico para o desenvolvimento da sua arquitetura cerebral, podendo ter consequências ao longo da vida toda (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004b);
- (c) o fato de que o estresse excessivo e prolongado na primeira infância, denominado estresse tóxico, pode afetar o desenvolvimento físico e psíquico, com efeitos na aprendizagem, comportamento e saúde ao longo da vida (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2005/2014);
- (d) o fato de que as bases da arquitetura cerebral são estabelecidas precocemente pelas contínuas e dinâmicas interações entre o ambiente e as experiências pessoais, impactando significativamente como será a expressão das predisposições genéticas, bem como o fato de que, dependendo de como e em que estágio do desenvolvimento ocorrem, tais

interações poderão implicar maior resistência ou fragilidade da arquitetura cerebral, possivelmente determinando como se dará a habilidade de pensar e de regular as emoções (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2007);

- (e) o fato de que exposição contínua e intensa a situações ou eventos traumáticos, como abuso físico e sexual ou exposição à violência (que são eliciadores de medo e ansiedade), afeta a arquitetura cerebral ligada à aprendizagem e à memória emocional, gerando consequências na forma como as crianças aprendem, solucionam problemas e se relacionam com os outros (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2010a);
- (f) como as experiências na primeira infância alteram a expressão genética e modulam o desenvolvimento (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2010b);
- (g) o impacto da negligência no desenvolvimento na primeira infância (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2008/2012);
- (h) a importância da resiliência e das recentes pesquisas em resiliência na primeira infância e sobre como relacionamentos acolhedores e de apoio, bem como a ativa construção de habilidades na primeira infância, podem fortalecer as bases da resiliência (CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY, 2015).

Por fim, ainda que o *site* do *Devereux Center for Resilient Children* não forneça uma definição específica de primeira infância, é possível inferir, a partir das informações ali apresentadas, que esse período compreenderia a faixa etária que vai do nascimento até os cinco anos de idade, uma vez que a escala DECA I/T pode ser aplicada a bebês e crianças que tenham desde um mês de vida até 36 meses ou

três anos de idade, e a escala DECA- P2 (versão atualizada da escala DECA) pode ser aplicada a crianças em estágio pré-escolar que tenham de três a cinco anos de idade.

Neste estudo, o critério adotado com relação ao período de abrangência da primeira infância se coaduna com o adotado pelo *Center for Resilient Children* e pelo *National Scientific Council on the Developing Child* e se restringe a bebês e crianças de até três anos de idade, considerando o fato de a escala DECA I/T focar especificamente essa faixa etária, que é coincidente com o que vem sendo denominado no Brasil de primeiríssima infância.

5 RESILIÊNCIA

5.1 O conceito de resiliência

Os primeiros estudos sobre resiliência datam da década de 70 do século XX (ARAUJO, 2011). Entre eles, estão os trabalhos de Garmezy (1970) sobre a esquizofrenia, que tratavam da desadaptação dos pacientes e nos quais era dada pouca atenção àqueles que apresentavam comportamentos relativamente mais adaptados, bem como eram pouco observados os comportamentos razoavelmente adequados dos indivíduos antes da eclosão da doença, entre outros aspectos. Esse conjunto de pesquisas também envolvia estudos ligados a mães esquizofrênicas e suas crianças, algumas das quais prosperavam apesar de sua condição. (LUTHAR, CICCHETTI & BECKER, 2000).

O conceito de resiliência vem sendo desenvolvido há aproximadamente cinquenta anos e é um constructo ainda bastante discutido e controvertido. Há uma ampla gama de posicionamentos a esse respeito. Temos, portanto, que esse é um conceito ainda em evolução, que está sendo constantemente construído e reconstruído pelos estudiosos da área (RUTTER, 1985, 2006, 2011, 2012, 2013; WERNER, 2000; LUTHAR, CICCHETTI e BECKER, 2000; MASTEN 2001, 2011; UNGAR, 2015).

Cyrułnik (2011), nos agradecimentos da última parte de seu livro, procura mencionar e reconhecer a contribuição de inúmeros pesquisadores de diferentes áreas, desde a fase inicial dos estudos sobre resiliência. Explicita a importância que o conceito ganhou nos últimos anos, afirmando que o enfoque dado pela ótica do desenvolvimento possibilitou a integração de diferentes disciplinas, como a neurociência, a psicologia, a genética e os estudos comportamentais, por meio das abordagens psicanalíticas, piagetianas e psicossociais. Segundo o autor, esse olhar inclusivo e integrativo seria extremamente benéfico, pois evitaria o dualismo que é incompatível com uma abordagem holística dos estudos clínicos com seres humanos, trazendo esperança para as ciências psicológicas.

O termo resiliência foi emprestado das ciências exatas, da mecânica e da engenharia, e está relacionado à resistência dos materiais (ARAUJO & SAUAIA, 2004). Segundo o conceito originário da física, resiliência seria a capacidade de um material absorver energia sem sofrer nenhum tipo de deformação na sua

plasticidade. Uma imagem clássica representativa dessa capacidade seria a de uma esponja que, ao ser apertada ou espremida com força, retorna à sua forma original, sem qualquer deformação. No entanto, tal ideia *ipsis litteris* não valeria integralmente para a psicologia, uma vez que o ser humano, quando impactado por uma força maior ou uma adversidade, não retorna ao estado original, podendo-se dizer que é transformado por tal confronto (POLETTTO & KOLLER, 2008).

Conceitualmente, no campo da psicologia, a resiliência pode ser mais bem descrita como um processo relativo à capacidade humana de superar as adversidades da vida e por elas ser fortalecido. Trata-se de um tema extremamente interessante, que merece ser estudado em profundidade pela psicologia, uma vez que é um potencial humano, resultante de um processo evolutivo, presente no homem em todas as culturas e em todos os tempos e que pode ser desenvolvido desde o nascimento (ARAUJO, 2011, 2015).

O conceito de resiliência chama a atenção por trazer uma visão mais voltada à abertura de possibilidades e potenciais que podem promover o desenvolvimento humano desde a mais tenra idade. Ainda considerando a ideia de novas possibilidades, Araujo e Sautuaia (2004) pontuam que o paradigma da resiliência enfoca resultados positivos e não só os negativos, ou seja, a ideia principal está centrada nos resultados de adaptação positiva e seus antecedentes e não somente nas falhas de adaptação e desenvolvimento, de modo a propiciar maior ênfase na prevenção do que no tratamento de desajustamentos. O olhar da resiliência permite que o foco recaia sobre os recursos que os indivíduos possuem, para além de seus *deficits*.

Pesce et al. (2005) também veem a resiliência como um conceito importante ligado à promoção da saúde, em especial no campo da criança e do adolescente, mas que ainda estaria em fase de construção na época em que escreveram seu artigo, não havendo um consenso a respeito da sua definição. Não obstante, explicitam, nesse mesmo artigo, que: “Por resiliência entende-se o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo este vivenciando experiências desfavoráveis.” Os autores ainda salientam que “a complexidade do constructo envolve a interação entre eventos de vida adversos e fatores de proteção internos e externos ao indivíduo” (PESCE et al., 2005, p. 436).

Pensando na longevidade da resiliência ou no seu surgimento em diferentes etapas da vida, Barbosa (2011), na obra organizada por Araujo (2011), diz que:

Os estudos sobre resiliência procuram compreender como os indivíduos de todas as idades, da primeira infância à terceira idade, são capazes de sobreviver e superar adversidades, apesar de viverem em condições de pobreza, violência familiar ou em diversas outras situações de risco. (BARBOSA, 2011 apud ARAUJO, 2011, p.19)

A *American Psychological Association* (APA), por sua vez, define resiliência como a habilidade de adaptação a adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou mesmo a fontes significativas de estresse (APA, 2011).

A revisão de literatura sobre resiliência feita por Windle et al. (2011), que sintetizou mais de duzentos e setenta artigos de pesquisas, culminou com a definição do conceito de resiliência como sendo um processo de negociação, gerenciamento e adaptação a fontes significativas de estresse ou trauma. Recursos internos do indivíduo, sua vida e ambiente facilitam a adaptação e recuperação em face da adversidade. Essa definição, segundo os autores, funciona como um *benchmark* para a compreensão, operacionalização e medição de resiliência. Notamos que a definição da APA e essa última trazem, além das noções de risco, adversidades e estresse, a ideia de trauma.

Recentemente, Rutter descreveu resiliência como:

[...] fenômeno interativo que é inferido a partir de achados indicando que alguns indivíduos têm um resultado relativamente bom, a despeito de terem experienciado sérios estresses e adversidades – sendo seus resultados melhores que os de outros indivíduos que sofreram as mesmas experiências. (RUTTER, 2013, p. 474)

Para o autor, é importante observar o papel do apoio social e ter um enfoque que compreenda a resiliência ao longo do tempo ou do ciclo de vida do indivíduo. O conceito de resiliência, para Rutter, não nega a necessidade de identificar as influências de risco e proteção. Ao contrário, a resiliência deve ser considerada com base nessas evidências, de modo que o crucial seria focar nos mecanismos mediadores dos processos de risco e proteção.

Diante da riqueza e magnitude do conceito de resiliência e olhando do ponto de vista da Psicologia Analítica, podemos estabelecer um paralelo entre o conceito de resiliência e o de individuação. A resiliência e a individuação são processos, e

ambos estão, cada um a seu modo, ligados à ideia de desenvolvimento humano. A resiliência também pode ser entendida como uma capacidade arquetípica e um potencial humano que pode favorecer a individuação. (ARAUJO, 2011). Ainda, segundo Araujo e Sautuaia:

[...] o paradigma da resiliência contém elementos que se assemelham a alguns princípios da abordagem junguiana, entre os quais, levar em conta não apenas os fatores que criam perturbações ou sintomas, mas contemplar o oposto e acreditar na possibilidade de uma força capaz de gerar frutos positivos para o avanço da humanidade.

Assim sendo, o paradigma da resiliência e a perspectiva da Psicologia Analítica podem e devem andar lado a lado na construção de um novo caminho de compreensão do indivíduo e da coletividade à qual pertence. (ARAUJO & SAUTUAIA, 2004, p. 43).

5.2 Prós e contras ligados à pesquisa em resiliência

Pesquisadores como Rutter, (2012), Cyrulnik (2011) e Prince-Embury e Saklofske (2013) – ótimos exemplos de entusiastas da resiliência – valorizam o potencial das pesquisas nessa área e defendem a necessidade de continuidade desses estudos. Outros, todavia, como Kaplan (2002) e Tarter & Vanyukov (2002), questionam se esse conceito ainda tem alguma utilidade, tendo em vista que é de difícil aferição e medição. Além disso, levam em conta a dificuldade de comparação de dados e resultados entre os vários estudos sobre o tema e alegam a falta de validade do constructo, o que poderia, até mesmo, na opinião desses pesquisadores, obscurecer o pensamento sobre a etiologia e prevenção de psicopatologias, desordens de comportamento e abuso de substâncias.

Luthar, Cicchetti e Becker (2000) identificam as principais críticas ao constructo: ambiguidade das terminologias e definições, heterogeneidade dos riscos experimentados e das competências alcançadas pelos indivíduos ditos resilientes, instabilidade do fenômeno resiliência e utilidade da resiliência como constructo teórico. Propõem, ainda, soluções ligadas àqueles questionamentos que julgam legítimos, como a necessidade de que os pesquisadores tenham maior rigor científico e identifiquem claramente os métodos específicos empregados para aferir e medir competência e adversidade. Os referidos autores ainda esclarecem aquelas críticas que são, na realidade, mal-entendidos. Assim, por exemplo, o termo resiliência, quando grafado *resilience* em inglês, deveria ser sempre usado em

referência a processos ou fenômenos de competência a despeito da adversidade, enquanto o termo resiliência, quando grafado *resiliency*, seria usado apenas para se referir a um traço de personalidade específico. Identificam, também, aquelas objeções que seriam menos válidas, como a crítica de que a noção de resiliência não acrescentaria nada ao termo mais amplo de “ajustamento positivo”, nem ampliaria ou beneficiaria a teoria do desenvolvimento. Consideram, de outra parte, que a noção de resiliência representa uma heurística útil à evolução da ciência do desenvolvimento, por trazer um enquadramento para o pensamento do desenvolvimento humano que difere da maioria das teorias clássicas. Já Fergus e Zimmerman (2005), pontuam que *resilience* e *resiliency* são palavras sinônimas e que o conceito vital se referiria ao fato de que resiliência não é apenas um traço ou uma qualidade, mas seria definida pelo contexto, pela população, pelos riscos, pelas influências sociais e ambientais, pelos fatores que a promovem e por seus resultados.

Garnezy (1996), um dos mais renomados pesquisadores da resiliência, faz também um alerta e uma análise crítica quando pondera que o conceito de resiliência é, simultaneamente, uma promessa e um perigo. Uma promessa, pois seu estudo pode clarear e melhor iluminar os caminhos para intervenções que beneficiem o desenvolvimento humano e viabilizem a redução de rótulos e estigmas. Ao mesmo tempo, um perigo, porque uma grande popularização do conceito pode conduzir, segundo o pesquisador, à visão equivocada típica da falácia ou da ilusão do sonho americano, bem representada nos livros e romances do escritor Horatio Alger¹, de que toda e qualquer pessoa pode ser bem sucedida se trabalhar duro e com afinco. Garnezy (1996) propõe, então, a rejeição desse tipo de mito ligado ao conceito de resiliência e afirma que somente com um histórico de pesquisa sólido poderá o constructo da resiliência ganhar legitimidade e um lugar ao sol.

¹ Autor americano do século XIX, que escreveu romances juvenis com o tema recorrente do jovem adolescente que trabalha duro para escapar da pobreza ou faz algum ato de bravura ou de extrema honestidade, ato esse reconhecido por pessoas mais abastadas que acabam por favorecer o jovem herói. Tais narrativas são conhecidas como “mitos de Horatio Alger”. (HORATIO ALGER. In: WIKIPEDIA: The free Encyclopedia. WIKIMEDIA, 2017. Disponível em: <https://en.wikipedia.org/wiki/Horatio_Alger>. Acesso em: 29 maio 2017).

5.3 Evolução das pesquisas e estudos em resiliência no mundo

Masten (2011) faz uma retrospectiva que abarca desde o início dos estudos em resiliência, separando as pesquisas sobre o tema em quatro etapas. A primeira relaciona os trabalhos clássicos, que surgiram na década de 1970 e que tratavam de uma espantosa variabilidade de resultados entre indivíduos de um mesmo grupo, com alto risco de desenvolvimento de problemas devido a psicopatologias parentais, pobreza, trauma ou desastres. A autora ressalta que, desde esse começo, os pesquisadores possuíam uma agenda translacional, ou seja, entendiam ser fundamental compreender as forças e adaptações positivas bem como os processos patológicos ou de risco, a fim de prevenir ou melhorar as devastações produzidas por extremas adversidades.

A autora explica que, na segunda etapa, os estudiosos mudaram o foco para objetivos mais difíceis, ligados à compreensão de mudanças e processos, à testagem de teorias emergentes e ao desenvolvimento de estratégias para a promoção ativa da resiliência (MASTEN, 2007). As pesquisas dessa fase também possuíam um caráter translacional e enfocavam crianças traumatizadas por desastres, violência doméstica, extrema pobreza ou guerra.

A terceira etapa começou quando os experimentos passaram a ter por objetivo a promoção da resiliência, por meio do levantamento de hipóteses sobre os processos. Contudo, a elaboração do projeto e a realização de uma pesquisa experimental são processos complexos e morosos. Apesar dos desafios da agenda da pesquisa de intervenção, os pesquisadores fizeram sugestões sobre práticas e políticas apropriadas e em conformidade com os limites do conhecimento em cada época. Com a evolução dos estudos, surgiu o interesse por abordagens mais integradas, com as contribuições de diferentes disciplinas ligadas à resiliência, como as correntes de estudo ecológicas e comportamentais que se desenvolveram em paralelo ao longo do tempo.

A autora traz uma concepção de resiliência mais adequada a esse contexto de integração sistêmica de abordagens, propondo que resiliência seria “a capacidade de um sistema dinâmico de suportar ou se recuperar de desafios que ameaçam sua estabilidade, viabilidade ou desenvolvimento” (MASTEN, 2007, p. 921). Nesse diapasão, a quarta etapa seria fruto da integração de múltiplos níveis e diferentes áreas de estudos, ou seja, as pesquisas passam a aglutinar

conhecimentos e interesses da cultura, da economia, da biologia e da ecologia social assim como utilizam ferramentas de mensuração e avaliação de fatores genéticos e de funções neurológicas.

A pesquisadora, ao diferenciar as etapas, propõe que a realização de pesquisas deveria ter por objetivo não apenas promover a resiliência, mas promovê-la para melhor compreendê-la, em um sistema de retroalimentação. Propõe, também, um enquadramento para a promoção da resiliência por meio de intervenções, constatando que o caráter translacional das pesquisas se intensificou muito, de modo que os cientistas da resiliência são demandados a oferecer recomendações baseadas em evidências, para subsidiar as práticas clínicas e de intervenção. No entanto, a ciência muitas vezes não caminha na mesma velocidade com que são necessárias as ações e intervenções, o que faz com que as pesquisas tenham que se utilizar de todos os recursos disponíveis para seu avanço.

No cenário traçado por Masten (2011), a pesquisa em resiliência passou a ser modelada com múltiplos níveis de interação, e a própria resiliência começou a ser vista como um fenômeno que emerge na transversalidade, a partir de interações cruzadas de níveis funcionais, em uma dinâmica multinivelada, e que, portanto, pode ser compreendido por meio de vários tipos de análises, recortes e leituras. Atualmente, ainda conforme a autora, tendo em vista o advento do mundo globalizado e as crescentes preocupações com mudanças climáticas, crises financeiras globais, guerra e terrorismo, pandemias de gripe e desastres naturais, que afetam a todos em maior ou menor grau, ficou mais evidente a natureza multissistêmica das catástrofes que atingem milhões de pessoas no mundo todo. Surge, nesse contexto, a necessidade de colocar, na mesma mesa de discussão, psicólogos, economistas, ecologistas, médicos, engenheiros, cientistas da computação etc., para discutir sobre essas questões, a fim de preparar e planejar formas de promoção da resiliência diante de eventos catastróficos de grande magnitude. Masten (op. cit.) lembra que foi nesse panorama que surgiu uma rede de trabalho sobre a “construção de um estudo interdisciplinar de resiliência” (MASTEN, op. cit. p. 500), fundada pela *National Science Foundation*, como uma iniciativa de Dinâmicas Humanas e Sociais, que culminou com uma publicação científica específica, reunindo o trabalho de diversos pesquisadores sobre as perspectivas multidisciplinares da resiliência: *Managing Surprises in Complex Systems: Multidisciplinary Perspectives on Resilience* (LONGSTAFF, 2009), no periódico

Society and Ecology. Alguns dos trabalhos dessa publicação foram apresentados no Congresso Internacional de Resiliência realizado em 2008 em Estocolmo, que foi patrocinado pela *Swedish Academy of Sciences* e pela *Resilience Alliance*.

É notável o fato de que o conceito de resiliência vem ganhando importância e espaço mundialmente. Tem aumentado o número de entidades de diferentes naturezas (públicas, privadas e do terceiro setor) voltadas ao estudo e desenvolvimento da resiliência em todos os seus aspectos (individual, empresarial/organizacional, comunitário e global). O *Center Devereux for the Resilient Child*, nos Estados Unidos da América, é um exemplo disso no que tange à resiliência infantil. A *Resilience Alliance*, fundada em 1999, promove conferências internacionais a cada três anos, desde 2008 (RESILIENCE ALLIANCE, [2017]). O *Stockholm Resilience Centre* foi estabelecido em 2007 e tem por objetivo promover o avanço de pesquisas, de modo a aprimorar a gestão de sistemas socioecológicos, visando ao bem-estar humano e à sustentabilidade em longo prazo. O referido centro promove treinamento acadêmico e, por meio de pesquisas, estimula a geração de novas ideias e iniciativas que venham a servir de base para políticas e práticas relacionadas à promoção da resiliência em sistemas humanos (STOCKHOLM RESILIENCE CENTRE, 2016). Também tem crescido o número de eventos científicos internacionais na área. Em 2006, foi estabelecida pelos Professores Dilanthi Amaratunga e Richard Haigh uma série de conferências denominadas *The International Conference on Building Resilience*, que agora são integrantes do *Global Disaster Resilience Centre* na Universidade de Huddersfield no Reino Unido. As três primeiras conferências ocorreram em 2008, 2011 e 2013 em Sri Lanka; a quarta, no Reino Unido em 2014; a quinta, em 2015, na Austrália; a sexta, em 2016, na Nova Zelândia, e a sétima deverá ocorrer em novembro de 2017, na Tailândia. A temática da sétima conferência é “o uso do conhecimento científico para fundamentar políticas e práticas em redução de riscos de desastres” (INTERNATIONAL CONFERENCE ON BUILDING RESILIENCE, 2017) e está sendo organizada, em conjunto, pelas seguintes instituições: o *Global Disaster Resilience Centre* da Universidade de Huddersfield, no Reino Unido, a *Chiang Mai University*, a *Naresuan University* e o *Asian Disaster Preparedness Center*, na Tailândia.

Assim, em linha com o pensamento de Masten (2011), podemos afirmar que resiliência é, atualmente, estudada mundialmente, por diferentes profissionais, provenientes de várias áreas, tais como psicologia, medicina, educação, genética,

epigenética, biologia molecular, neurociência, economia etc., e à luz de diferentes abordagens teóricas, como a psicologia do desenvolvimento, a psicologia positiva, a teoria bioecológica e a teoria sistêmica, entre outras.

O desenvolvimento das pesquisas em resiliência permitiu que os estudiosos mudassem de enfoque, passando dos riscos para a adaptação, o desenvolvimento humano e o modo de promover tal desenvolvimento. Esse campo da ciência adquiriu, portanto, um caráter mais preventivo, com ênfase na geração de modelos de intervenção que levem a mudanças e melhorias. Na esteira dessa evolução, surgem os programas de promoção do desenvolvimento e educação infantil (incluindo habilidades cognitivas e não cognitivas) como o *Early Head Start*, o *Perry Program* e o *Abecedarian Program*, nos Estados Unidos da América (ROSSIN-SLATER, 2015), por exemplo, e o CAPEDP - *Compétences Parentales et Attachement dans La Petite Enfance: Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience*, na França (TUBACH et al., 2012), entre inúmeros outros voltados à resiliência na infância e adolescência. Esses programas atuam na promoção do desenvolvimento e da educação infantil, bem como da resiliência, com base em resultados auferidos em recentes pesquisas científicas. São, ao mesmo tempo, fonte de novas pesquisas para maior compreensão do fenômeno da resiliência. As máximas de Heckman (2006, 2013), “habilidade gera habilidade” ou “competência gera competência”, também estão na base das intervenções que visam à resiliência e ao desenvolvimento infantil, uma vez que essas possuem o potencial de iniciar uma cadeia de desenvolvimento positivo, promovendo, em longo prazo, um efeito bola de neve (MASTEN, 2011). O hiato translacional das pesquisas em resiliência a partir da quarta etapa identificada por Masten (op. cit.) tende a ser, aos poucos, eliminado a partir de iniciativas e intervenções desse gênero.

5.4 Resiliência na primeira infância

A resiliência é um processo, uma transformação da criança que, de ato em ato e de palavra em palavra, inscreve o seu desenvolvimento num meio e escreve sua história numa cultura. Portanto, quem é resiliente é menos a criança e mais sua evolução e sua historicização². Por isso, todos os que tiveram que superar uma grande prova descrevem os mesmos fatores de resiliência. (CYRULNIK, 2004. p. 208-209)

Um fator de resiliência seria a existência de um indivíduo que possibilita à criança uma significação, a compreensão de que é possível sair daquela condição por meio de uma reconexão social que auxilia a reelaborar a própria imagem. Em outros termos, a presença de alguém afetuoso que faz brotar o desejo de sair daquela condição. Outro fator seria viver em um ambiente e uma cultura que permitam a historicização, compreensão e atuação, ou seja, nos quais a criança possa agir e viver, e não apenas ser amparada. O caminho, portanto, seria a elaboração dos conflitos e o trabalho de desenvolvimento da resiliência para que o indivíduo possa ir adiante apesar dos infortúnios.

Cyrulnik (2004) coloca que, quando o indivíduo sofre um golpe (abandono ou violência, por exemplo), esse é apenas o primeiro golpe, que é real, provoca dor e sofrimento e marca a falta. Mas é o segundo golpe, que se dá na representação do primeiro golpe real, que faz emergir o sofrimento do abandono, de humilhação etc. e que provoca o traumatismo. Esse autor, portanto, dá ênfase especial à constituição do trauma quando fala a respeito da adversidade vivida pela pessoa. Nesse sentido, a cura do primeiro golpe necessitaria que o corpo e a memória do indivíduo consigam realizar um moroso processo de cicatrização. Para abrandar a dor do segundo golpe, é preciso que a pessoa mude de ideia sobre o que ocorreu, sendo necessário que consiga reelaborar a representação do fatídico e trágico acontecimento sob o olhar do outro. Aqui é ressaltado o peso do olhar do outro na gênese do processo de resiliência.

Ainda para Cyrulnik (op. cit.), todo estudo sobre a resiliência deveria considerar três instâncias, a saber:

² Nesse ponto cabe observar que a concepção de resiliência da escala DECA I/T se coaduna com esse entendimento de Cyrulnik, uma vez que possibilita a avaliação periódica dos bebês e crianças a fim de identificar a evolução da força dos fatores de proteção ao longo do tempo.

1 – A aquisição de recursos internos impregnados no temperamento, já nos primeiros anos, no decorrer das interações precoces pré-verbais, explicará a maneira de reagir diante das agressões da existência, estabelecendo tutores de desenvolvimento mais ou menos sólidos.

2 – A estrutura da agressão explica os estragos do primeiro golpe, o ferimento ou a falta. Mas o significado que esse golpe irá adquirir mais tarde na história do ferido e em seu contexto familiar e social é que irá explicar os efeitos devastadores do segundo golpe, aquele que produz o traumatismo.

3 – Finalmente a possibilidade de encontrar lugares de afeto, de atividades e de palavras que a sociedade dispõe, às vezes, em torno do ferido, oferece os tutores de resiliência que lhe permitirão retomar um desenvolvimento inflectido pelo sofrimento. (CYRULNIK, 2004, p. 7)

Um ponto significativo na teoria de Cyrulnik (2004) sobre a resiliência reside na ideia de que, quando o temperamento da criança tiver sido constituído por um apego seguro em um lar parental tranquilo, ela se tornará capaz de sair em busca de um substituto eficaz desse apoio, em caso de sofrimento por enfrentamento de adversidade. De outro lado, se o temperamento tiver se constituído de modo desorganizado, em um lar parental desatento, inconstante ou infeliz, se a cultura favorecer o silêncio das vítimas e as agredir mais uma vez, e se a sociedade abandonar as crianças que julgar perdidas, então os traumatizados conhecerão um destino de desamparo, sem esperança. Diante desse olhar, fica clara a ligação entre a teoria do apego de Bowlby (2002), a moderna teoria do apego (também chamada de teoria da regulação) de Schore (2012) e o pensamento de Cyrulnik sobre a resiliência, bem como fica em evidência a ideia de que bebês que tiveram a oportunidade de desenvolver um apego seguro com seus pais/cuidadores tornam-se mais propensos a respostas ou comportamentos tidos como mais resilientes ao longo de seu desenvolvimento.

Essa ideia influenciou o pensamento ligado à necessidade de ampliar os conhecimentos na área da primeira infância, das relações entre mães, pais e seus bebês, bem como entre outros cuidadores próximos e os bebês. Atualmente, sabe-se que esse entendimento é verdadeiro, mas seria um equívoco subentender que, no caso de não haver um apego seguro, o indivíduo deixaria de prosperar, pois, como bem salienta Cyrulnyk (2011), história não é destino. Rutter (2013) ainda menciona que, apesar de os pesquisadores considerarem a infância como o principal período de desenvolvimento da resiliência, existem atualmente boas evidências de um ponto de transição que pode ocorrer na vida adulta, por exemplo.

O ponto de transição marca uma descontinuidade com o passado, descontinuidade essa com o condão de remover opções passadas desvantajosas e propiciar novas alternativas para uma mudança construtiva.

Independentemente dessa possibilidade, inúmeros estudos salientam a necessidade e a maior vantagem de promover a resiliência desde a primeira infância (GORDON ROUSE, 1998; MASTEN, GEWIRTZ & SAPIENZA, 2006; LIEBENBERG, UNGAR & CAMERON, 2007; LISBOA & KOLLER, 2007; MAYES & LECKMAN, 2007; HECKMAN 2007; CUNHA & HECKMAN 2010; CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY, 2015). Entre outros fatores relativos ao estudo da resiliência nessa fase, esses trabalhos levam em conta o fato de que, dependendo de como se dá a constituição do vínculo mãe-bebê ou cuidador-bebê, ou seja, dependendo do tipo de relação de apego que se forma nos primeiros anos de vida do indivíduo, pode haver maior ou menor chance de a criança desenvolver-se com mais ou menos problemas fisiológicos e psicológicos e ajustar-se, com maior ou menor resiliência, às adversidades da vida. Isso se deve ao fato de que é nessa fase que o desenvolvimento relacional com o principal cuidador irá, aos poucos, moldar a formação dos circuitos neuronais que regulam os afetos e as emoções. Schore (2003, 2012) (DR. ALLAN SCHORE ON RESILIENCE AND THE BALANCE OF RUPTURE AND REPAIR, [201-?]) esclarece que é a habilidade do cuidador de reparar rupturas nessa relação de apego que permite o desenvolvimento da tolerância do bebê a afetos negativos, sendo essa a raiz da constituição da resiliência na primeira infância. Na dinâmica do apego, um fator estressor causará uma ruptura do equilíbrio que deve ser reparada, mas não se trata de uma reparação em cem por cento das ocasiões em que ocorre algum fator de estresse, pois essa seria uma situação utópica e, de fato, não corresponde ao que acontece na maioria das vezes. Conforme o principal cuidador vai se sensibilizando com os estados emocionais do bebê, este irá, aos poucos, começar a sentir-se mais seguro e poderá melhor explorar o mundo ao seu redor. É dessa forma, ao longo dessa relação interativa de apego, que começa a ocorrer o desenvolvimento emocional e social do bebê e a regulação dos afetos que são a base para o desenvolvimento da resiliência.

Schore (2012) afirma que resiliência em face do estresse é o resultado do apego seguro e que seria incorreto dizer que todos os bebês são resilientes, posto que todos os bebês são, na realidade, maleáveis. O autor prossegue considerando

que: (a) quando há trauma na relação de apego, todos os bebês são vulneráveis e sofrerão consequências emocionais e também cognitivas se o contexto de cuidados for suficientemente perturbado e (b) traumas relacionais na infância (abuso e negligência) afetam todos os fatores genéticos, de temperamento, constitutivos e intelectuais, impactando negativamente o desenvolvimento do hemisfério cerebral direito e levando à predisposição para futuras psicopatologias.

Em seu estudo, Masten, Gewirtz e Sapienza (2006) ponderam que a compreensão da resiliência que ocorre naturalmente pode fornecer informações significativas para políticas e práticas que visem à promoção do desenvolvimento saudável em crianças que passam por adversidades. Para tal objetivo, os pesquisadores resumem alguns dos problemas ligados ao estudo da resiliência, discorrem sobre como surgiram os estudos nesse campo, tratam das principais questões abordadas nesses trabalhos e dos resultados mais recentes das pesquisas na área, concluindo que a primeira infância é uma janela temporal crucial que se abre para compreensão e promoção da resiliência.

Durante os primeiros anos de vida é que se estabelecem os fundamentos das competências e emergem muitos dos mais importantes sistemas de proteção. De modo que, para os pesquisadores, esses primeiros anos são promissores no que diz respeito a intervenções preventivas focadas em redução de riscos, aumento dos recursos, promoção de competências e construção de uma base forte para o futuro desenvolvimento. Assim sendo, a fim de facilitar a adequada constituição de habilidades sociais e cognitivas de autorregulação, o importante, na primeira infância, seria as crianças contarem com cuidados de boa qualidade, oportunidades de aprendizagem, nutrição adequada e apoio comunitário para a família. Os pesquisadores afirmam que crianças com relações de apego saudáveis e bons recursos internos de adaptação provavelmente terão um bom começo de vida, estando bem equipadas com o capital humano e social necessário para serem bem sucedidas ao entrarem na escola e na sociedade. Para esses autores, as maiores ameaças para as crianças ocorrem quando sistemas de proteção para o desenvolvimento humano são abalados ou destruídos. Os pesquisadores sinalizam, também, que a neurobiologia da resiliência está se desenvolvendo e que novos conhecimentos ligados ao desenvolvimento do cérebro e à sua plasticidade, bem

como relacionados à interação entre estresse e desenvolvimento e à conexão entre genes e experiência/ambiente e sua influência no desenvolvimento, prometem revolucionar o estudo da resiliência.

Cozolino (2010), estudioso da neurociência, com enfoque na psicoterapia e nas relações humanas, faz uma profunda e ampla análise dos aspectos da neurociência também referentes à teoria do apego e conclui que o cérebro humano é social, afirmando que:

Um pressuposto básico é que as ligações amorosas e apegos seguros constroem cérebros saudáveis e resilientes, enquanto apegos negligentes e inseguros podem resultar em cérebros vulneráveis ao stress, desregulação e doenças. (COZOLINO, 2010, p.180, tradução nossa)

Portanto, esse autor também relaciona neurociência, teoria do apego e resiliência, oferecendo um panorama muito claro da importância do bom desenvolvimento na primeira infância, assim como do impacto de experiências traumáticas que ocorram nesse período e que podem reverberar ao longo de toda vida do sujeito.

Ungar (2015), pesquisador do *Resilience Research Centre*, no Canadá, propõe sistemática para auxiliar o processo de diagnóstico, que se constitui em uma árvore de decisão para a aferição de resiliência em crianças. Essa sistemática possui cinco fases ou ramificações: (a) acessar a exposição à adversidade; (b) acessar o impacto diferencial de fatores de proteção ou promoção; (c) acessar a capacidade do ambiente em promover recursos; (d) acessar se as estratégias de enfrentamento são vividas e/ou percebidas como adaptadas ou mal adaptadas e (e) acessar considerações contextuais e culturais ligadas a processos de proteção ou promoção. O preenchimento da árvore de decisão irá indicar se o caso deve ser considerado um caso de avaliação de resiliência ou não e, em caso positivo, em que medida a resiliência está prevista ou não, para o sujeito em questão.

5.5 Resiliência, estresse e trauma

A relação entre resiliência, estresse e trauma já foi abordada ao longo deste capítulo. Vale, contudo, destacar alguns estudos que apontam avanços significativos ligados a esse feixe temático.

Feder, Nestler e Charney (2009), pesquisadores do departamento de psiquiatria, farmacologia e sistemas terapêuticos da faculdade de medicina de Mont Sinai, nos Estados Unidos da América, estudaram a resiliência à luz da psicobiologia e da genética molecular. Segundo esses estudiosos, pesquisas recentes começaram a identificar os mecanismos neurológicos, epigenéticos, genéticos e ambientais que estão na base da resiliência e mostraram que a resiliência é mediada por mudanças adaptativas em vários circuitos neurológicos, envolvendo numerosas vias moleculares e de neurotransmissores. Essas mudanças modelam o funcionamento dos circuitos neurais que regulam recompensa, medo, reação emocional e comportamento social, e que, em conjunto, medeiam o enfrentamento do estresse e o sucesso desse enfrentamento. Na pesquisa desenvolvida, resiliência foi compreendida como “a habilidade de uma pessoa para se adaptar com sucesso a estresse agudo, trauma ou formas mais crônicas de adversidade” (FEDER, NESTLER & CHARNEY, 2009, p. 446). O indivíduo resiliente seria aquele que teria sido testado pela adversidade e continuaria a demonstrar respostas ao estresse adaptadas psicológica e fisiologicamente ou, em outras palavras, demonstraria uma alostase psicobiológica. Os pesquisadores explicam que apenas nos últimos anos foi possível estudos mais aprofundados nas áreas da psicobiologia e da genética molecular, devido a avanços tecnológicos que permitiram compreender os processos biológicos subjacentes aos fenótipos resilientes.

Karatsoreos e McEwen (2011) também relacionam resiliência, estresse e alostase psicobiológica. Segundo esses pesquisadores, a ideia de alostase permite uma visão alternativa do estresse. As respostas alostáticas seriam as mudanças fisiológicas que ocorrem em resposta a perturbações ambientais. Tais respostas não são positivas ou negativas em si mesmas, mas possuem um papel importante em termos de auxiliar o organismo a se adaptar a um ambiente em transformação. Não se trataria de um conceito substitutivo do estresse, mas seria um termo que melhor reflete o fato de que respostas de estresse são essenciais para a sobrevivência.

Partindo dessa concepção, resiliência denotaria a habilidade de um organismo de responder ao estresse ambiental por meio do engajamento apropriado e da resolução eficiente das respostas alostáticas.

Karatsoreos e McEwen (2011) discutem, ainda, os fatores neurobiológicos e orgânicos que modulam a resiliência, como os fatores de crescimento, as chaperonas moleculares³ e os ritmos circadianos, e destacam as consequências para a cognição e comportamento. Nesse contexto, mencionam que: (a) somente nas últimas décadas o cérebro humano foi reconhecido como um órgão adaptável e resiliente, não só durante seu desenvolvimento, mas também em sua fase adulta; (b) a noção de resiliência emocional e psicológica tem sido, há muitos anos, um pilar do pensamento psiquiátrico relativo às respostas a traumas, mas, apesar disso, pouca atenção foi dada à compreensão da resiliência e da vulnerabilidade do cérebro. A partir dessa reflexão, esses estudiosos discorrem sobre os fatores que tornam o cérebro resiliente ou vulnerável aos efeitos do estresse, com ênfase em como os fatores que medeiam plasticidade afetam a resiliência ou a vulnerabilidade. Assim, um aspecto chave na resiliência seria a plasticidade. O cérebro é capaz de remodelagem neuronal, mas esses pesquisadores destacam que os mediadores da plasticidade podem também causar dano se não forem bem regulados. Deixam claro, ainda, que alostase e resiliência na resposta a estressores funcionam dentro do ciclo circadiano e que a interrupção desse ciclo coloca o organismo em estado de alta carga alostática e, eventualmente, de sobrecarga, o que redundaria em desequilíbrio e abre espaço para desadaptação.

Com foco no impacto do estresse e do trauma, Cyrulnik (2011) faz uma revisão e releitura extremamente sensível e humana do tema resiliência e considera que, no caso de crianças que vivenciaram adversidades estressantes e traumáticas e que são usualmente referidas como crianças maravilhosas, as desgraças vividas nunca são maravilhosas nem tornam tais crianças maravilhosas, como se não houvesse marcas, consequências, conflitos etc. Pondera que, afinal, não existe a

³ Chaperona é uma expressão oriunda do termo “chaperon” que, em francês, significa “dama de companhia”. Metaforicamente, as chaperonas moleculares funcionam como funcionavam as damas de companhia, cujo papel era proteger as virtudes das donzelas, bem como facilitar a seleção de seus possíveis pretendentes. Assim, as chaperonas moleculares têm a missão de evitar interações prejudiciais, como a agregação, e favorecer as produtivas, como o enovelamento correto de proteínas. (ALVES FILHO, M. Chaperonas, as “damas de companhia” das proteínas. **Jornal da Unicamp**, 12-19 outubro 2008, p. 9. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/outubro2008/ju413pdf/Pag09.pdf>. Acesso em: 29 maio 2017.)

pura felicidade nem a infelicidade pura, acrescentando que todos aqueles que sofreram passaram por uma metamorfose. Para o autor, resiliência e oximoro seriam as duas palavras que sintetizam o modo como devemos observar e compreender o mistério daqueles que sobreviveram à adversidade e ao trauma na infância e que, como adultos, podem olhar o passado e encarar suas cicatrizes. Um oximoro, conceito que o autor elege para expressar sua visão sobre os indivíduos resilientes, é uma figura de linguagem, de retórica, que associa dois termos contraditórios. O oximoro fala de uma antinomia e não de uma ambivalência. É um conceito útil para retratar o conflito de emoções de alguém que, tendo sofrido um grande golpe, adapta-se por meio de uma cisão ou dissociação. Uma parte da personalidade é machucada, sofre e carrega uma cicatriz. A outra parte é mais protegida, utiliza a energia do desespero para reunir qualquer coisa que produza alguma felicidade e dê algum sentido à vida. Um oximoro, nesse contexto, diz respeito à quebra patológica de um vínculo, que deve ser forjado novamente, enquanto a ambivalência se relacionaria à formação patológica de um vínculo. Segundo o autor, a resiliência define o espírito daqueles que sofreram o golpe e o superaram, enquanto o oximoro descreve o mundo interno daqueles que, mesmo feridos, tornam-se vitoriosos à custa de um mundo interno em que coabitam o paraíso e o inferno e onde a felicidade é equilibrada no fio da navalha.

O autor explica que crianças resilientes começam a se utilizar, em idade bastante precoce, de mecanismos de defesa como: (a) cisão/dissociação – o ego é dividido em uma parte socialmente aceitável e outra parte escondida, que se expressa de modo indireto e surpreendente; (b) negação, que permite ignorar uma realidade perigosa ou minimiza uma ferida dolorosa; (c) sonhar acordado/fantasiar, uma vez que a fantasia é mais bonita do que o mundo real de desolação; (d) intelectualização, que possibilita evitar confrontações nas quais o indivíduo poderia se ver pessoalmente envolvido; (e) abstração, quando o indivíduo se força a descobrir as leis gerais que permitiriam derrotar ou evitar os inimigos, enquanto a falta de perigo induz ao entorpecimento intelectual. Cyrulnik (2011) vai além ao dizer que os mecanismos de defesa são ambivalentes, pois são protetivos, mas há um custo, um preço a ser pago por eles, ou seja, a realidade interna transformada em um oximoro.

Os mecanismos de defesa, em associação com ajudas externas, isto é, provenientes do ambiente, que atuem de algum modo como “tutores de resiliência”,

podem resultar em um prognóstico favorável. Tutor de resiliência pode ser uma pessoa, um lugar, um acontecimento, uma música, uma obra de arte que provoca um renascer do desenvolvimento psicológico depois da adversidade vivida, favorecendo uma virada na existência, no modo de ser na vida. (ARAUJO, 2015)

Cyrulnik (2011) afirma que os traumas diferem, pois ocorrem em épocas diversas e afetam diferentes constructos psíquicos, sugerindo efetivamente que uma história traumática não condena a um destino, ou seja, não necessariamente será imutável ou tenderá a se repetir. O sofrimento força uma transformação, e há sempre a esperança de poder mudar o modo de viver. Por esse motivo, as privações criam uma vulnerabilidade momentânea e, também por isso, os encontros emocionais ou sociais podem curar ou agravar a ferida, a depender da tonalidade afetiva que os caracterize.

Cyrulnik (op. cit.), a partir da análise do clássico estudo de Werner & Smith (1982)⁴, detecta, na maioria dos onze indivíduos identificados pelo serviço social americano e que foram acompanhados por cinquenta anos, alguns fatores de resiliência, que seriam: independência, facilidade para relacionamentos, criatividade e humor. Muitos desses indivíduos resilientes teriam também preocupações com a ética, comprovando que não são destinados a repetir o passado. O autor observa que, entre os três indivíduos que não se saíram dentro do esperado nos cinquenta anos de duração do estudo, não estavam os que haviam sofrido a maior violência, mas aqueles que ficaram mais isolados e que tiveram menos apoio.

O autor discorre ainda sobre o fato de a memória humana ser construída de modo que um evento desprovido de sentido não deixa nenhum traço mnêmico, e é a emoção que sentimos que explica porque certos eventos são transformados em memórias, enquanto outros, não. Imagens não fazem sentido se não forem situadas e transformadas em uma narrativa. Assim, as emoções reveladas pelas figuras de apego da criança agem como marcadores que fixam as imagens mnêmicas. Essas emoções registram eventos na forma de memórias e as tornam coerentes, desde

⁴ Cyrulnik se refere ao livro "Vulnerable, but Invincible" de autoria de Emmy Werner e Ruth Smith, que relata o estudo longitudinal feito em Kauai, no Havaí, que monitorou o impacto de vários fatores de riscos biológicos e psicossociais, eventos de vida estressantes e fatores de proteção em 698 crianças asiáticas e polinésias nascidas em 1955. Os dados das crianças e seus familiares foram coletados no nascimento, no período pós-parto e com um, dois, dez, 18, 32 e 40 anos de idade (WERNER, 2000).

que a criança encontre alguém (daí a importância do outro) que possa transformá-las em uma história, em uma narrativa. A construção da narrativa e a possibilidade dessa construção em conjunto com o outro, bem como a possibilidade de narrar a sua própria história para o outro, são caminhos para a integração e a resiliência.

5.6 Conceito de resiliência adotado pela escala DECA I/T

Conforme disposto no Guia do Usuário da escala DECA I/T, os criadores desse instrumento, com base nos estudos longitudinais de Emmy Werner (2000), em Kauai, e nos de Rutter (1985), adotaram o conceito de resiliência como sendo “a capacidade de alcançar resultados positivos a despeito de estresse e adversidades” (MACKRAIN, LEBUFFE & POWELL, 2007a, p. 2).

Desde a época de criação da escala, o conceito de resiliência evoluiu muito, como vimos nos tópicos anteriores, em especial pela contribuição de diferentes linhas de pensamento e conhecimento humano como a neurociência, a psicologia, a genética, a psicobiologia, a psiquiatria etc. No entanto, a essência do constructo continua a mesma, de modo que a escala DECA I/T permanece atual e em linha com as mais recentes correntes teóricas sobre resiliência anteriormente citadas, que não são contraditórias, mas sim complementares e amplificadoras do conhecimento sobre a resiliência, o que nos leva a ratificar a viabilidade e utilidade da aplicação da escala.

5.7 A relação entre o conceito de resiliência, fatores de risco e proteção na primeira infância

5.7.1 Resiliência e fatores de proteção

Na década de 80 do século XX, o psiquiatra britânico, Michael Rutter, um dos pioneiros no campo da resiliência, realizou estudos ligados aos fatores de proteção, que seriam as condições que permitem um desenvolvimento saudável e positivo, a despeito do risco ambiental (ARAUJO, 2011). Assim, para Rutter, “fatores de proteção referem-se a influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a riscos ambientais que predispõem a resultados desadaptados” (RUTTER, 1985, p. 600). O autor destaca que os fatores de proteção não são

meramente acontecimentos prazerosos, mas se definem mais em termos de seus efeitos do que em termos de eventuais qualidades hedonistas. Um exemplo disso seria o denominado *steeling effect*, ou seja, em face de um evento desagradável, potencialmente perigoso e estressante, o fator de proteção será aquele que irá fortalecer o sujeito. Tome-se, como exemplo, o primeiro salto de paraquedas, que é mais estressante do que os subsequentes. Nesse caso, as respostas neuroendócrinas dos que saltam há mais tempo são melhores do que a daqueles que saltam pela primeira vez. Assim, saltar sucessivas vezes produziria um *steeling effect* que fortalece o indivíduo (RUTTER, 1985). O autor prossegue no raciocínio, explicando que fatores de proteção não são também apenas experiências positivas, pois essas são dotadas de um componente de potencial proteção, na medida em que preveem o surgimento de resultados adaptados. Já os fatores de proteção podem não apresentar efeito algum na ausência de um estressor ou fator de risco, pois seu papel é, justamente, o de mudar a resposta em situações adversas, mais do que fomentar o desenvolvimento normal em qualquer sentido.

Rutter (1993) vai além ao considerar que processos protetivos usualmente incluem aqueles que: (a) reduzem o impacto do risco, em virtude de efeitos no grau do risco em si ou por meio da alteração da exposição ao risco ou do envolvimento com o risco; (b) reduzem a probabilidade de uma cadeia negativa de reações que emergem do contato com o risco; (c) promovem autoestima e autoeficácia pela disponibilidade de relacionamentos sociais seguros e de apoio ou em razão do sucesso na realização de tarefas; (d) geram oportunidades positivas. Para esse autor, “proteção não reside em uma química psicológica de momento” (RUTTER, 1993, p. 630), mas estaria no modo como a pessoa lida com as transições e mudanças de sua vida, no sentido que dá às suas experiências e na maneira como atua diante das circunstâncias adversas ao longo de sua vida.

Fica claro que, em suas reflexões sobre o tema, esse autor compreendeu a resiliência como um processo resultante da interação entre vulnerabilidades e fatores de proteção, interação por meio da qual se forma uma resposta pessoal e singular à situação de risco (ARAUJO, 2011). Na mesma linha de pensamento, Poletto e Koller entendem que “também os fatores de proteção devem ser abordados como processos, nos quais diferentes fatos interagem entre si e alteram a trajetória da pessoa, produzindo uma experiência de cuidado, fortalecimento ou anteparo ao risco” (POLETTO & KOLLER, 2008, p. 409).

5.7.2 Resiliência e vulnerabilidade x invulnerabilidade

A literatura sobre resiliência infantil utilizou bastante dos conceitos de vulnerabilidade, fatores de risco e fatores de proteção. Inicialmente, acreditava-se que as crianças que se saíam bem a despeito das adversidades vividas seriam invulneráveis ao risco. Essa ideia de invulnerabilidade logo foi descartada, pois se percebeu que definir resiliência apenas como uma função da invulnerabilidade aos fatores de risco desconsiderava o fato de que a resiliência não provém de uma resistência inabalável e absoluta às adversidades. Pelo contrário, ser resiliente envolveria o convívio com situações adversas e o enfrentamento das adversidades, enfrentamento esse que levaria a um aprendizado e ao amadurecimento pessoal (ANTHONY & COHLER, 1987; MASTEN & GARMEZY, 1985 apud POLETTI & KOLLER, 2008). Além disso, a resistência da criança ao estresse ou à adversidade não é absoluta, mas relativa. A origem de tal resistência é de natureza tanto ambiental quanto constitutiva. De outra parte, o grau de resistência não é uma característica fixa, imutável e individual. Pelo contrário, varia ao longo do tempo e de acordo com as circunstâncias envolvidas (RUTTER, 2000).

Masten (2001) cunhou a expressão “mágica comum” (*ordinary magic*) com o intuito de firmar a ideia de que crianças resilientes não são invulneráveis, ou seja, tornar-se resiliente não é um poder mágico raro, que decorre de qualidades especiais, mas uma capacidade que surge ou se constela da magia do cotidiano, normalmente a partir de recursos humanos normativos na mente, no cérebro e no corpo das crianças, nas suas famílias e em seus relacionamentos, bem como em suas comunidades. Essa concepção, na visão da pesquisadora, tem implicações profundas para a promoção de competência e de capital humano em indivíduos e na sociedade, sendo um olhar mais otimista e mais propício a ações promotoras de resiliência do que aquele que considerava a resiliência um processo raro e extraordinário.

5.7.3 Do risco aos fatores de risco x fatores de proteção

O conceito de risco remonta a séculos atrás e estava relacionado ao risco marítimo de embarcações, transporte e carga de mercadorias. O grau de risco era equacionado com base na ameaça de perda da mercadoria e/ou embarcação. Nesse contexto, surge o seguro como forma de proteção, visando reduzir o risco econômico para o titular da carga (MASTEN & GARMEZY, 1985). Já no âmbito da saúde, o conceito de fator de risco esteve originalmente associado ao modelo biomédico e, portanto, diretamente ligado à ideia de mortalidade. Os fatores de risco, nesse caso, podem ser compreendidos como variáveis que aumentam a probabilidade de o indivíduo, quando a elas exposto, desenvolver ou adquirir alguma doença física ou psíquica. (GARMEZY, 1996).

Com o avanço e aumento das pesquisas sobre o desenvolvimento humano na década de 1980, o termo fator de risco passou a ser usado frequentemente nas pesquisas que procuravam identificar os fatores de risco ou adversidades para detectar qual sua influência no desenvolvimento humano, tendo como intuito a estruturação de intervenções que levassem à mitigação dos problemas de comportamento e dos desajustes (SAPIENZA & PEDROMÔNICO, 2005).

Garmezy, Masten e Tellegen (1984) desenvolveram estudos sobre riscos, competências e fatores de proteção no âmbito do chamado “Projeto Competência”, que fazia parte do campo de pesquisa empírica da nascente Psicopatologia do Desenvolvimento. Competência é um termo que possui inúmeras definições em psicologia e é muito recorrente nos estudos de resiliência, mas, segundo Masten e Coatsworth (1998), geralmente se refere a:

[...] um padrão de adaptação efetiva ao ambiente, seja amplamente definida em termos de sucesso razoável com a maioria das tarefas de desenvolvimento esperadas de uma pessoa de determinada idade e gênero no contexto de sua cultura, sociedade e época, ou mais estreitamente definida em termos de domínios específicos de conquistas ou realizações, como acadêmica, aceitação entre os pares, ou atlética. (MASTEN & COATSWORTH, 1998, p. 206)

A ideia de competência está conectada ao sentido de histórico da trajetória de tal conquista ou realização (performance competente) e também à ideia de que o indivíduo terá a capacidade de apresentar um bom desempenho no futuro. Assim,

quando os pesquisadores falam em resiliência, é comum pensarem em quais competências foram preservadas apesar da adversidade, trauma ou estresse vivido.

No estudo de Garmezy, Masten e Tellegen (1984), foram apresentados três modelos de resistência ao estresse, ou seja, os autores hipotetizaram três mecanismos ou fatores de proteção no enfrentamento do risco: (a) o compensatório – fatores de estresse e atributos pessoais se combinam de forma aditiva na previsão da competência; (b) o desafiador – o estresse, desde que não seja excessivo, é tratado como um potencial intensificador da competência; (c) o protetivo ou imunidade x vulnerabilidade – prevê a existência de uma relação condicional entre estresse e atributos pessoais ligados à adaptação, de modo que os atributos pessoais modulam o impacto do estresse. Os três modelos de resistência ao estresse não são mutuamente exclusivos, podendo operar simultânea ou sucessivamente no repertório adaptativo de um indivíduo resiliente, dependendo do seu estágio de desenvolvimento (WERNER, 2000).

Conforme Masten e Coatsworth (1998), o estudo da resiliência ou, melhor dito, de como as crianças superam as adversidades para alcançarem bons resultados de desenvolvimento, emergiu dos clássicos estudos de risco, nos quais os pesquisadores perceberam que existiam crianças que floresciam em meio à adversidade. Os referidos estudos clássicos (ANTHONY, 1974; GARMEZY, 1974; MURPHY & MORIARTY, 1976; e RUTTER, 1979 e WERNER & SMITH, 1982 apud MASTEN e COATSWORTH, 1998) reconheciam que tais crianças poderiam ensinar os melhores caminhos para reduzir os riscos, promover competências e mudar o curso do desenvolvimento para direções mais positivas e benéficas. Resiliência, para Masten e Coatsworth, possui várias definições em psicologia, mas geralmente se refere à “competência manifestada em contextos significativamente desafiadores ou ameaçadores à adaptação ou ao desenvolvimento” (MASTEN & COATSWORTH, 1998, p. 206). Para esses autores, a fim de identificar a resiliência, é necessária a ocorrência de dois aspectos: (a) deve ter havido ameaça significativa ao indivíduo, que seja tipicamente enquadrada com *status* de alto risco (por exemplo, ter nascido pobre, de uma mãe ou pai solteiro, que não concluiu ensino médio) ou exposição à adversidade ou a trauma graves (por exemplo, violência familiar, guerra, morte de um dos pais) e (b) a qualidade da adaptação ou desenvolvimento deve ser boa.

Garmezy formulou a ideia de que existem três grandes conjuntos de fatores de proteção usados no enfrentamento dos fatores de risco: (a) características de

personalidade, como autonomia, autoestima e orientação social positiva; (b) coesão familiar, carinho e ausência de discórdia; (c) disponibilidade de sistemas de suporte externos que deem coragem e reforcem os esforços de enfrentamento da criança (GARMEZY, 1985; MASTEN & GARMEZY, 1985 apud RUTTER, 2000). No entanto, conforme bem colocado por Rutter (2000), essa lista consiste de antônimos de variáveis de risco, ou seja, alta autoestima protege e baixa autoestima coloca o sujeito em maior risco ou o deixa mais vulnerável. Esse autor postula que é mais adequado pensarmos em mecanismos de proteção como sendo alguns processos que modificam a resposta do sujeito a uma situação de risco e não como fatores de proteção *per se*, isolados e fixos. Rutter (op. cit.) observa, ainda, que a qualidade de proteção reside nos mecanismos envolvidos e não na variável em si, pois existem exemplos de características que constituem um risco, por um lado, mas uma proteção, por outro. Assim, por exemplo, em termos da saúde, nascer com talassemia é um risco, mas é, também, um fator de proteção contra a malária. A adoção, para crianças que nasceram em famílias de alto risco, pode ser protetiva. De outro lado, a experiência de ser adotado pode ser acompanhada de desafios ou ameaças e estresses, vindo a constituir, também, um fator de risco considerável, ainda que menos grave do que viver em uma família de alto risco. Da mesma forma, a separação da família decorrente do divórcio parental é uma situação estressante e pode ser um fator de risco. Apesar dos principais riscos de desenvolvimento de psicopatologias infantis derivarem de conflitos familiares que precedem ou se seguem ao divórcio, a separação familiar pode ser um risco para o bom desenvolvimento. No entanto, quando o divórcio põe fim a conflitos familiares, pode ser protetivo. Como conclui o pesquisador, é necessário levar em conta os mecanismos envolvidos em vez de ver a proteção como um atributo inerente à variável em si.

Werner (2000) relata que, ainda na década de 1980, diversos autores ao redor do mundo publicaram os resultados de pesquisas longitudinais sobre bebês e crianças em idade pré-escolar que cresceram em situações de adversidade. Nesses estudos, os pesquisadores usaram o termo resiliência para discorrer sobre três tipos de fenômeno. O primeiro enfocava resultados bons no desenvolvimento de crianças com histórico de alto risco e que superaram grandes obstáculos ou provações. Fatores de risco cujos impactos foram estudados ao longo do tempo incluíam: dificuldades econômicas, doença mental parental, abuso de substâncias, abuso e

negligência infantil, gravidez na adolescência e complicações perinatais. As crianças, participantes desses estudos, estavam frequentemente expostas a múltiplos riscos, o que aumentava a sua vulnerabilidade. O segundo tipo examinava a competência sustentada em condições de estresse. Nesses estudos, o enfoque foi dado ao divórcio e a fatores psicobiológicos que moderaram a adaptação de crianças em idade pré-escolar e do jardim da infância a fatores de estresse no cuidado infantil. O terceiro tipo enfocou indivíduos que se recuperaram com sucesso de traumas graves ocorridos na infância, como guerras e violência política. Essa compilação e categorização dos estudos deixa claro quais eram os principais fatores de risco ligados à primeira infância que foram alvo desses estudos longitudinais⁵. Da análise detalhada que a autora faz dos resultados desses estudos longitudinais, conclui-se que vários agrupamentos de fatores de proteção emergem como temas recorrentes. Alguns fatores de proteção são recursos internos que os indivíduos manifestam no enfrentamento dos eventos de vida estressantes, outros são recursos externos oriundos de fontes de suporte ou apoio, na família e na comunidade.

Ainda segundo Werner (2000), as crianças resilientes são, de um modo geral, ligadas a outras pessoas, sejam elas adultos ou seus pares. Possuem boa comunicação e habilidades na solução de problemas, incluindo a habilidade de recrutar ativamente cuidadores substitutos. Também possuem um talento ou habilidade especial, que é valorizada pelos seus pares, e têm fé que suas próprias ações podem fazer uma diferença positiva em suas vidas.

A resiliência também é aumentada por recursos externos, em especial por vínculos afetivos que encorajem confiança, autonomia e iniciativa na criança. Esses vínculos são frequentemente formados por cuidadores alternativos, dentre eles, membros da família estendida/ampliada. Existem, adicionalmente, sistemas de suporte na comunidade que reforçam e recompensam as competências dessas crianças e que atuam como modelos de referência positivos. Entre essas pessoas estão vizinhos cuidadosos, professores, mentores e amigos da mesma faixa etária. A autora constata que (a) os dados analisados sugerem que esses fatores de proteção podem ter um efeito mais generalizado na adaptação de crianças do que

⁵ Além desses fatores de risco, ainda podemos mencionar outros que não foram explicitados nos estudos revisados pela autora e que são muito comuns atualmente, tais como abandono ou perda parental, ser criado na rua, doenças graves e ou crônicas, infantis ou na família.

os efeitos de fatores de risco específicos ou eventos de vida estressantes e (b) os processos protetivos que moldam a resiliência foram demonstrados em crianças de todas as etnias e em uma variedade de contextos sociais.

Já Kim-Cohen (2007), pesquisadora da área de resiliência com olhar voltado para a neurobiologia e a genética, entende que fatores de proteção são variáveis que mitigam o impacto dos fatores de risco nos resultados do desenvolvimento do indivíduo. Nesse sentido, variáveis que moderam a conexão entre um fator de risco e um resultado podem indicar ou sinalizar processos de vulnerabilidade ou protetivos. Para essa autora, efeitos moderadores de proteção podem operar de diversas maneiras que são ilustradas pelo modelo de plasticidade neural, modelo esse que diz respeito à habilidade dos circuitos neurais se modificarem. Assim, o fenômeno da resiliência pode acontecer a partir de uma resistência inata ao prejuízo cerebral em resposta a ameaças apresentadas por adversidades. Em outras palavras, a presença de atributos de proteção confere uma capacidade robusta de manutenção do equilíbrio e da homeostase. Outro aspecto levantado pela autora é que o grau de neuroplasticidade pode determinar o nível de recuperação após o prejuízo. Por fim, a plasticidade neural pode compensar o dano causado pela adversidade. Afinal, embora a função original perdida talvez não possa ser recuperada, outros mecanismos cerebrais relacionados podem se desenvolver e se tornar fortes o suficiente para compensarem a perda.

Segundo Hejmdal (2007), pesquisas mais recentes indicam que o fato de haver fatores de proteção não é suficiente por si só para explicar diferenças individuais na adaptação à adversidade, lembrando que a presença de aparente ou visível adaptação saudável em certo estágio de desenvolvimento pode mudar em estágios de desenvolvimento posteriores. O pesquisador, ao falar sobre os estudos empíricos relacionados a fatores de proteção, apresenta a ideia de que resiliência teria se tornado um constructo “guarda-chuva”, que presume uma rica fonte ou base de fatores de proteção, que levariam ao desenvolvimento adaptado em face das adversidades. Em linha com esse pensamento, seria explicada a existência de diversas escalas medindo fatores de proteção, com o fim de aferir se, como, quando e em que medida tais fatores podem promover um desenvolvimento mais adaptado e, portanto, um indivíduo mais ou menos resiliente ao longo de sua vida.

5.8 Fatores de proteção na escala DECA I/T

Conforme o disposto no Guia do Usuário da escala DECA I/T (MACKRAIN, LEBUFFE e POWELL, 2007a), fatores de proteção são definidos como características individuais ou ambientais que podem atuar como moderadoras ou amortecedoras dos efeitos negativos do estresse e viabilizar resultados psicológicos e comportamentais mais positivos em crianças em situações de risco, do que seria possível na sua ausência. Para os autores, fatores de proteção essencialmente compensam ou equilibram os efeitos do risco e das adversidades. Crianças que possuem tais fatores tendem a ter resultados positivos, apesar do estresse, e são frequentemente denominadas resilientes em decorrência desse fato. Crianças cujos fatores de proteção estejam ausentes ou subdesenvolvidos possuem maior tendência a desenvolver problemas emocionais e comportamentais, em condições similares de risco, e são frequentemente descritas como vulneráveis.

Os autores da escala retomam o pensamento de Garmezy (1985) que sugeriu a divisão dos fatores de proteção em três categorias: (a) ambiente familiar de apoio; (b) sistemas de apoio externos (por exemplo, programas de cuidado infantil de qualidade); (c) atributos “disposicionais” da criança. Essa última categoria se refere a características da criança e inclui constructos como temperamento, inteligência, personalidade e traços comportamentais. Na escala DECA I/T, esses atributos foram denominados características “internas/interiores da criança” (*within-child characteristics*). Assim, os fatores de proteção sociais e emocionais medidos por esse instrumento, que foram denominados pelos criadores da escala como Apego/Relacionamento, Iniciativa e Autorregulação, são relativos a características internas/interiores da criança (*within-child characteristics*), compatíveis com o já referido item (c) da divisão dos fatores de proteção proposta por Garmezy (1985) e inseridos naquele âmbito.

Diante desse vasto panorama sobre resiliência, seus múltiplos aspectos e primeira infância, fica evidenciada a importância da promoção de meios para acessar e acompanhar o desenvolvimento dos fatores de proteção sociais e emocionais em bebês e crianças. Uma das formas de promover esse acesso e acompanhamento se dá por meio da criação e uso de escalas de avaliação, nesse caso com foco específico na primeira infância e relacionadas à resiliência. A fim de compreender melhor no que consiste uma escala de avaliação ligada à resiliência, o capítulo a seguir se dedica a esse assunto de modo mais detalhado.

6 ESCALAS DE AVALIAÇÃO

Medidas e escalas de avaliação são instrumentos elaborados para avaliar a presença ou ausência de determinados comportamentos, pensamentos, eventos, circunstâncias, atitudes e estados e, geralmente, são aplicadas a crianças em idade pré-escolar, mas não são exclusivas dessa população. São, usualmente, questionários a serem respondidos ou marcados por profissionais, como psicólogos ou professores, observadores, pais e outros cuidadores, ou pelo próprio sujeito a que se dirige a avaliação (COHEN, SWERDLIK & STURMAN, 2014).

Tais instrumentos são muito utilizados em triagens psicológicas e escolares, inclusive com o intuito de identificação de crianças que estejam em risco. Atualmente, segundo o citado autor, o que estabelece que uma criança esteja em risco pode variar em termos do contexto da discussão e do local em que a criança reside. O termo “em risco” tem sido usado para referir-se a crianças em idade pré-escolar que podem, por exemplo, não estar prontas para a primeira série, mas também para indicar outras que pareçam não estar atuando nos limites ou parâmetros esperados do desenvolvimento infantil ou, ainda, de um modo mais geral, para identificar aquelas que têm dificuldades documentadas em uma ou mais áreas, psicológica, social ou acadêmica, e para as quais a intervenção é ou pode ser indicada. A necessidade de intervenção pode ser decidida com base em uma avaliação mais completa, frequentemente envolvendo testes psicológicos além de escalas de avaliação. As escalas de avaliação são ainda muito usadas em pesquisas acadêmicas e científicas, fornecendo parâmetros significativos de comparação entre os dados coletados.

6.1 Escalas de resiliência

A resiliência é tradicionalmente auferida de maneira inferencial, a partir do exame dos riscos e fatores de adaptação positivos, uma vez que pode ser entendida como um resultado e também um processo, não se tratando de um constructo psicológico definido nem passível de mensuração direta. Essa característica da resiliência fez com que, em vez de buscar mensurá-la diretamente, fossem identificadas variáveis que a ela levariam ou poderiam prevê-la. Esses fatores que levam a resultados resilientes são usualmente denominados fatores de proteção e,

como vimos, são definidos como características ou processos que moderam ou amortecem os efeitos negativos do estresse, gerando resultados psicológicos e comportamentais mais positivos do que o esperado, caso não estivessem presentes. Portanto, ao invés de medir a resiliência em si ou por si só, os instrumentos de avaliação focam na mensuração dos fatores de proteção que preveem a resiliência (NAGLIERI, LEBUFFE e ROSS, 2013).

Assim, as escalas de resiliência procuram medir os atributos que definem a resiliência e suas finalidades, além de ter como objetivo avaliar o grau ou o nível de resiliência, com o objetivo de propiciar o desenvolvimento de estratégias psicoeducacionais e terapêuticas para promoção da resiliência.

Segundo Prince-Embury (2013), o primeiro passo na avaliação da resiliência é definir qual aspecto avaliar, levando em conta o fato de que as críticas a esse campo de estudo alegam não haver consenso na definição do constructo. A pesquisadora lembra que a literatura sobre resiliência listou uma série de fatores de proteção existentes, por exemplo, na família, na escola e na comunidade da criança, bem como ligados a características pessoais e intrínsecas da própria criança. Escolher que fatores avaliar e como avaliá-los é um enorme desafio. Primeiramente, os pesquisadores necessitam decidir se enfocam os fatores ambientais ou contextuais da resiliência ou os atributos pessoais da criança ou, ainda, se focalizam a interação entre os dois. Avaliar a interação que está na base da resiliência requer múltiplas mensurações e planejamento específico para realizar a avaliação em conjunto das diversas medidas. De outro lado, a avaliação de atributos ou características pessoais deve se basear na pesquisa sobre desenvolvimento humano e nos estudos que demonstram que esses atributos são correlacionados com os fatores de proteção e com resultados de comportamento positivos.

Em linha com esse pensamento, a escala DECA I/T é um instrumento que foi construído a partir da escolha dos atributos pessoais do bebê e da criança que constituem fatores de proteção sociais e emocionais relacionados à resiliência. A escala DECA I/T permite, portanto, uma mensuração por meio da identificação e pontuação da frequência de comportamentos positivos nas subescalas (grupos de itens) de fatores de proteção sociais e emocionais denominados iniciativa, apego/relacionamento e autorregulação.

Existem diversas escalas de resiliência traduzidas para o português, adaptadas e validadas para o Brasil, dentre elas a *Resilience Quotient Test* (RQTEST), criada por Reivich e Shatté em 2002, traduzida para o português, adaptada e validada para professores do ensino fundamental por Barbosa (2006) e, posteriormente, adaptada e validada para executivos por Fernandez (2009); a *Resilience Scale* elaborada por Wagnild & Young em 1993, traduzida e adaptada por Pesce et al. (2005); e a *Resilience Scales for Children and Adolescents*, criada por Prince-Embury em 2007, traduzida para o português, adaptada e validada para crianças da cidade de São Paulo, por Barbosa (2009). Todavia, nenhum desses instrumentos possui foco específico em bebês e crianças, de modo que a DECA I/T seria a primeira escala de avaliação para a primeira infância relacionada à resiliência e aplicada a bebês (de quatro semanas a 18 meses) e crianças (de 18 a 36 meses de idade) a ser traduzida para o português, adaptada e posteriormente validada para aplicação na cidade de São Paulo, no Brasil.

Existem, ainda, outras escalas que tratam da resiliência para diferentes faixas etárias e que foram ou estão também sendo usadas em estudos longitudinais e intervenções, mas não foram traduzidas, adaptadas e validadas para o Brasil, como a *Adolescent Resilience Scale*, desenvolvida por Oshio et al. (2002, 2003); a *Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*, desenvolvida por Connor e Davidson (2003); a *Infant Toddler Social Emotional Assessment (ITSEA)* e a *Brief-ITSEA (BITSEA)*, desenvolvidas por Briggs-Gowan e Carter (2006); e a *Social Emotional Assessment Measure (SEAM)*, desenvolvida por Squires e Bricker (2007), entre outras. Windle et al. (2011) fizeram uma revisão metodológica de escalas de resiliência. A escala DECA I/T não foi incluída em sua revisão, mas os pesquisadores relacionaram dezoito escalas de resiliência em seu estudo.

Além das escalas de resiliência, é interessante notar que, em Teerã, no Irã, Abed et al. (2016) desenvolveram uma escala psicológica de bem-estar para crianças em idade pré-escolar (*Well-being in Preschool Children Scale*) e, entre os três principais fatores para a referida escala, foi incluído o fator denominado resiliência, ao lado de autoconceito e satisfação na vida.

Reppold et al. (2012) consideram a avaliação da resiliência na psicologia um assunto controverso. Os pesquisadores fazem uma revisão de literatura sobre as medidas em resiliência e discutem a pertinência da criação e uso de escalas para mensuração da resiliência, considerando-se o caráter relacional, desenvolvimental e

contextual desse constructo. Relacionam as escalas e testes que foram utilizados nos estudos longitudinais clássicos de resiliência e constataam que, em muitos casos, foram usados diferentes instrumentos para avaliar resiliência, sem um critério uniforme ou adequado. Relatam que algumas pesquisas fazem essa avaliação por meio de questionários de personalidade e de temperamento pouco específicos e, em outras, os instrumentos usados, ainda que ditos de medição ou aferição da resiliência, acabam sendo mais instrumentos de medida de ajustamento psicossocial. Ponderam que, em alguns trabalhos, a resiliência foi tratada e avaliada pelas escalas como sendo um traço de personalidade, o que seria um equívoco, dado que a resiliência se aproxima mais de um estado e de um processo que se dá no desenvolvimento, não sendo uma propriedade neuropsicológica do sujeito.

Em outros estudos analisados por Reppold et al. (2012), foram realizadas avaliações com escalas baseadas apenas em indicadores de competência e saúde mental, o que também seria inadequado, pois essas escalas não estariam avaliando efetivamente a resiliência do indivíduo como se propõem, em virtude de desconsiderarem a existência de risco, um aspecto essencial do constructo. Segundo esses autores, qualquer avaliação em resiliência deve considerar uma análise adequada não só dos padrões adaptativos individuais, mas também das adversidades presentes no contexto. Concluem que, dada a importância da resiliência na psicologia atualmente, deveria haver um maior investimento na construção e validação de instrumentos alternativos e complementares para a sua avaliação, pois uma análise desse constructo exige um sistema de avaliação multidimensional, que dê conta dos múltiplos aspectos relativos à aferição da resiliência como um processo dinâmico e não apenas como um conjunto de indicadores de competências e ajustamento biopsicossocial.

Nesse ponto, vale observar que qualquer avaliação de resiliência deve, sem dúvida, para além da utilização de escalas de avaliação e testes psicológicos, voltar-se para uma compreensão do indivíduo como um todo, levando em consideração o ambiente, cultura, histórico individual e familiar etc., sendo nesse âmbito que escalas como a DECA I/T podem ser utilizadas. Diferentemente dos instrumentos analisados por Reppold et al. (op. cit.), a escala DECA I/T, conforme disposto no Guia do Usuário (MACKRAIN, LEBUFFE & POWELL, 2007a), nasceu a partir de uma iniciativa da *Devereux Foundation* na área da primeira infância e da resiliência, a *Devereux Early Childhood Initiative* (DECI), com base no entendimento de que a

maneira mais efetiva de prevenção de desordens e distúrbios comportamentais, sociais e emocionais seria por meio do estímulo ao desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais saudáveis na primeira infância. Dessa iniciativa da *Devereux Foundation*, que se iniciou em 1996 e se pautou pelos resultados das pesquisas científicas na área da resiliência, surgiu o desenvolvimento de um sistema de ferramentas, treinamentos e apoio a famílias e profissionais da educação e da área de assistência à primeira infância, com o fim de melhorar a saúde emocional e social das crianças americanas.

A DECI pautou-se, também, por alguns princípios fundamentais oriundos do *National Association for the Education of Young Children* (NAYEC), associação norte-americana, que envolvem: (a) foco central na criança; (b) identificação e fortalecimento dos pontos fortes ou habilidades da criança, em vez do foco exclusivo na redução de comportamentos difíceis ou desafiadores; (c) parceria entre famílias, cuidadores e educadores da primeira infância; (d) enquadramento das práticas atuais, ou seja, as práticas devem se adequar ao ambiente, rotina e estrutura naturais da criança; (e) colaboração no compartilhamento de informações, conhecimentos e trabalhos, como em uma equipe ou time, visando à compreensão e ao endereçamento dos objetivos e benefícios por toda a comunidade, residências e ambientes de cuidados da primeira infância; (f) orientação por dados (MACKRAIN, LEBUFFE & POWELL, 2007a). Em 1999, o DECI publicou o *Devereux Early Childhood Assessment Program* (DECA), uma escala de avaliação dos fatores de proteção sociais e emocionais para crianças em idade pré-escolar de dois a cinco anos de idade (até o sexto aniversário).

A escala DECA é usada atualmente em diversos programas ligados à primeira infância como o *Head Start Program* e o *Early Childhood Mental Health Consultation Program*, bem como auxilia pais e educadores a reconhecer comportamentos sutis exibidos por crianças, ou que estejam ausentes nas crianças, que possam indicar o risco de desenvolvimento de problemas sociais e emocionais. A escala DECA foi atualizada em sua segunda edição de 2012 e, atualmente, denomina-se DECA-P2, sendo aplicável a crianças de três a cinco anos (até o sexto aniversário). Famílias, educadores e cuidadores da primeira infância que usaram a escala DECA começaram a solicitar apoio no reconhecimento e compreensão do comportamento de crianças mais novas que estavam também sob seus cuidados, ou seja, de bebês recém-nascidos até três anos (36 meses) de idade, e foi nesse

contexto que, em 2003, o DECI começou a se organizar para criar uma escala específica para bebês e crianças até três anos de idade. A escala DECA I/T terminou de ser desenvolvida em 2007. Assim, fica claro que a escala DECA I/T se originou num contexto de promoção e desenvolvimento da resiliência na primeira infância. Pode ser utilizada para monitoramento do progresso do bebê ou da criança, bem como na avaliação de programas psicoeducacionais, a fim de estimar, também, a efetividade de um programa implementado em determinado período.

No decorrer da presente pesquisa, foi identificada a existência de duas outras escalas, já citadas anteriormente, que também avaliam o desenvolvimento social e emocional em bebês e crianças, a *Infant Toddler Social Emotional Assessment* (ITSEA) e a *Brief-ITSEA* (BITSEA) desenvolvidas por Briggs-Gowan e Carter (2006), e a *Social Emotional Assessment Measure* (SEAM), desenvolvida por Squires & Bricker (2007).

A escala ITSEA possui 166 itens a serem respondidos pelos pais ou educadores, e a sua versão compacta – BITSEA – possui 42 itens. Ambas se aplicam a crianças de 12 a 36 meses. Assim, pode-se dizer que essa escala é mais extensa que a escala DECA I/T e que não abrange os bebês no seu primeiro ano de vida.

Já a SEAM pode ser respondida pelos pais e educadores e se aplica a três faixas etárias: bebês (dois a 18 meses), crianças (18 a 36 meses) e crianças em idade pré-escolar (36 a 66 meses). A escala SEAM para bebês possui 35 itens, bem como a escala para crianças, enquanto a escala para crianças em idade pré-escolar possui 41 itens. A escala SEAM para bebês obteve uma correlação forte e significativa com a escala DECA I/T no que tange à testagem para validade concorrente (SQUIRES et al., 2013).

Apesar das três escalas – DECA I/T, ITSEA/BITSEA e SEAM – avaliarem aspectos sociais e emocionais na primeira infância, possuem estruturas e domínios diferentes, de modo que não se pode dizer que chegam a ser equivalentes.

6.2 Tradução e adaptação transcultural de escalas

Para a tradução para o português, adaptação transcultural e posterior validação da escala de avaliação da primeira infância para bebês e crianças DECA I/T, foram seguidas em linhas gerais as diretrizes e orientações propostas por Hambleton e Patsula (1998) e Sousa e Rojjanasrirat (2010). As diretrizes de Sousa e Rojjanasrirat (op. cit.) indicam que, em razão da complexidade do trabalho de tradução, adaptação e validação, esses processos podem ser conduzidos em duas etapas, de modo que, neste estudo, optamos por realizar a tradução e a adaptação transcultural, incluindo a aplicação do projeto piloto, tendo sido a validação postergada para outra fase, a ser realizada oportunamente.

Hambleton e Patsula (1998) levantam as vantagens e desvantagens da adaptação de testes de uma língua e cultura para outra e revisam fontes de erro ou de invalidação relacionadas à adaptação de testes, bem como sugerem maneiras para reduzir esses erros. É necessário esclarecer que esses autores denominam de adaptação a todo o processo que envolve desde a tradução, passando pela adaptação transcultural e a validação. Entre as vantagens da adaptação de testes e escalas (no sentido amplo da designação dada por esses autores), quando comparada ao desenvolvimento de um novo teste ou nova escala, os pesquisadores destacam o fator custo financeiro, pois a adaptação tem um custo menor, e o fator agilidade, pois adaptar seria um processo mais célere do que desenvolver um novo instrumento. Salientam, ainda, que estudos comparativos transnacionais, que envolvem diferentes países, etnias e idiomas, requerem testes e escalas adaptados, a fim de viabilizar a análise e comparação de resultados. Entre as desvantagens, os pesquisadores colocam que a adaptação requer uma equivalência da relevância e da operacionalização do constructo, bem como ponderam que o pesquisador que utiliza um teste adaptado deve ter a responsabilidade de produzir evidências da validade do teste no contexto em que este está sendo usado. Outra desvantagem seria o fato de que, dependendo de como é feita a adaptação, os pesquisadores se arriscariam a chegar a conclusões baseadas em conceitos que existem na sua cultura, mas que são estranhos ou inadequados quando aplicados a outra cultura.

Para Hambleton e Patsula (op. cit.) os erros de adaptação em sentido amplo podem ser de três naturezas: (a) diferenças culturais ou idiomáticas; (b) métodos técnicos; (c) interpretação de resultados. No que diz respeito ao item (a), os autores

ponderam, entre outros fatores, que a adaptação não pode ser meramente focada na equivalência de palavras, mas deve levar em conta se há equivalência do constructo (o mesmo constructo está sendo medido nos diferentes idiomas?), se o teste foi aplicado da mesma forma nas diferentes culturas, se a velocidade de resposta será um fator de avaliação nas diferentes versões adaptadas do teste etc. No que tange ao item (b), apontam, entre outros aspectos, a seleção dos tradutores e o processo de tradução em si, assinalando que, além da proficiência no idioma, é essencial que o tradutor tenha familiaridade com a cultura do público-alvo da adaptação do teste para que a tradução seja adequada. Inferem que seria desejável ter mais de um tradutor no processo para que o resultado seja satisfatório. Consideram que deve, também, ser levada em conta a possível existência de dialetos e encontradas formas para lidar com essa variável no processo de adaptação. Também ponderam os benefícios da tradução livre versus o uso de traduções reversas, que não seriam garantia de validade da adaptação idiomática. Ainda nesse tópico ligado à tradução, esses autores entendem que é necessário conhecimento na matéria do teste, a fim de que nuances e sutilezas não se percam no processo de tradução com um tradutor não familiarizado com o tema do teste, e que o conhecimento em construção de testes também seria importante a fim de, por exemplo, evitar erros de tradução que tornem um teste mais ou menos difícil, sem que o tradutor note, tornando-o menos válido para a população-alvo. Por fim, no que tange ao item (c), esclarecem que os estudos transculturais buscam realizar comparações entre vários grupos culturais e idiomáticos, com vistas a entender as diferenças e similaridades, mas não devem ser usados para fundamentar argumentos de superioridade entre as nações como se houvessem vencedores e perdedores de campeonatos.

Sousa e Rojjanasrirat (2010) fizeram uma revisão de artigos científicos publicados sobre validação transcultural de instrumentos e escalas e concluem que, apesar de existirem várias abordagens metodológicas para tradução, adaptação e validação de instrumentos e escalas transculturais, ainda prevalece uma grande variação na utilização dessas abordagens, o que é prejudicial para as pesquisas da área. Em vista disso, propuseram um guia prático e objetivo para tradução, adaptação e validação de instrumentos ou escalas para pesquisas transculturais na área da assistência à saúde. As sete etapas preconizadas por esse guia são resumidas a seguir:

Etapa 1: tradução da escala original para o idioma alvo (*forward translation/one-way translation*) – a tradução deve ser realizada por, pelo menos, dois tradutores, preferencialmente juramentados, independentes e bilíngues, cuja língua-mãe seja a do idioma-alvo e que tenham bom conhecimento da cultura de origem da escala e da cultura-alvo. Um dos tradutores deve ter conhecimento na área da escala e em sua terminologia. O segundo tradutor não deverá ter esse conhecimento, mas deve estar familiarizado com frases coloquiais, gírias e jargões, expressões idiomáticas e termos emocionais de uso comum no idioma-alvo.

Etapa 2: comparação das duas traduções da escala e síntese em uma única versão – as instruções, itens e formato das respostas das duas traduções realizadas na etapa 1 e a escala em seu idioma original devem ser comparadas por um terceiro tradutor independente, bilíngue e bicultural, que deverá considerar ambiguidades e discrepâncias nas palavras, sentenças e significados. Qualquer ambiguidade ou discrepância deve ser abordada, discutida e resolvida por meio do consenso de um comitê, do qual possam participar os tradutores, o pesquisador e outros membros envolvidos na equipe de pesquisa.

Etapa 3: retrotradução cega (*blind back-translation*) – a versão da tradução unificada na etapa 2 é retrotraduzida para o idioma de origem, se possível por dois tradutores independentes e bilíngues, cuja língua-mãe seja a mesma da escala original.

Etapa 4: comparação das duas versões de retrotraduções cegas e síntese em uma única versão – as instruções, itens e formato das respostas das duas retrotraduções realizadas na etapa 3 e a escala em seu idioma original devem ser comparadas por um comitê que pode ser formado pelos tradutores, retrotradutores, pesquisador e demais membros da equipe de pesquisa, para análise do formato, redação, estrutura gramatical das sentenças, similaridade de significados e relevância. É recomendável que o comitê possua uma pessoa com foco em metodologia (pode ser o próprio pesquisador) e uma pessoa que seja profissional familiarizado com o conteúdo das áreas abrangidas pela escala. Quando possível, o criador da escala no seu idioma original participará dessa etapa para esclarecer quaisquer dúvidas que necessitem da sua colaboração. No final desse processo, deverá ser unificada a versão que será objeto do estudo piloto na próxima etapa.

Etapa 5: projeto piloto em amostra cuja língua-mãe seja o idioma-alvo – as instruções, itens e formatos de resposta da escala traduzida devem ter a sua clareza

avaliada por uma amostra de 10 a 40 pessoas cuja língua-mãe seja o idioma-alvo e que sejam da população-alvo da escala. Cada participante deverá avaliar de forma dicotômica (se compreendeu ou não) instruções, itens e formatos de resposta da escala. Caso 20% dos respondentes avaliem que algum item não ficou claro, deverá ser feita uma reavaliação desse item. Portanto, o mínimo de 80% de concordância entre os avaliadores é necessário para atestar a clareza do item. Essa etapa é usada para dar suporte à equivalência de conteúdo, conceitual e semântica da versão traduzida e para melhorar a estrutura das sentenças usadas nas instruções e itens da tradução, de modo que sejam facilmente compreendidas pela população-alvo antes da testagem psicométrica em maior escala.

Etapa 6: pré-teste em amostra bilíngue – essa etapa somente é usada quando está envolvida uma população-alvo bilíngue.

Etapa 7: validação psicométrica em larga escala na população-alvo – dependendo dos enfoques psicométrico e estatístico adotados, nessa etapa serão dimensionados, em geral, pelo menos dez sujeitos por item da escala para a validação.

Van Widenfelt et al. (2005), em seu estudo, fizeram uma revisão sobre a tradução e adaptação transcultural de instrumentos de avaliação usados em pesquisas com crianças e famílias e sugeriram como evitar os erros mais comuns de tradução, como a literalidade excessiva e os erros por falta de compreensão do item original em seu significado, bem como analisaram questões relativas a alterações eventualmente necessárias, criação ou exclusão de itens no processo de adaptação transcultural. Os autores também se manifestaram sobre o uso da retrotradução, que deve ser empregada como um método de *feedback* ligado à tradução do conteúdo e de seu intuito no âmbito do processo maior de tradução e adaptação, mas não deve ser o único critério para estabelecer a equivalência entre as versões.

Lisboa e Koller (2007), pesquisadoras da resiliência no Brasil, entendem que, apesar de existirem pesquisas – recentes à época do seu estudo – significativas e em desenvolvimento na área da resiliência, faltam instrumentos específicos para medição da resiliência, e essa falta representa uma preocupação especial para os profissionais brasileiros que ainda estariam buscando caminhos para construir medidas culturalmente sensíveis, que respeitassem as tradições locais e levassem em conta as discussões conceituais sobre o fenômeno. Segundo as autoras, a validação de medidas de outros países e a coleta de dados que enfoca o indivíduo,

a família e as características da comunidade são parte de um processo a ser compreendido e estudado em resiliência. É nesse contexto que se insere e se justifica a opção por traduzir, adaptar e posteriormente validar a escala de avaliação da primeira infância para bebês e crianças DECA I/T para o português e para a população da cidade de São Paulo.

6.3 A escala de avaliação DECA I/T

Como mencionado anteriormente, e de acordo com o Guia do Usuário (MACKRAIN, LEBUFFE & POWELL, 2007a), os esforços dos autores da escala para criar uma escala de avaliação da primeira infância para bebês e crianças começou em 2003 e foram concluídos em 2007. A DECA I/T é uma escala de avaliação da primeira infância padronizada, normatizada, confiável e válida, que acessa os fatores de proteção de bebês e crianças de um a 36 meses de idade. A escala pode ser utilizada para triagem de risco potencial no desenvolvimento social e emocional de bebês e crianças. É completada por membros da família ou profissionais da primeira infância e da educação e avalia a frequência de comportamentos positivos associados aos fatores de proteção sociais e emocionais. Cada item da escala possui cinco opções de resposta no formato Likert (*Likert attitude-scoring technique*) que seriam: nunca, raramente, ocasionalmente, frequentemente e muito frequentemente. A DECA I/T foi estruturada em dois questionários separados, sendo um para os bebês de quatro semanas a 18 meses de idade (DECA I) e o segundo para as crianças de 18 a 36 meses de idade (DECA T).

6.3.1 Escala DECA I

A escala de avaliação DECA I possui 33 itens refletindo comportamentos positivos (forças) tipicamente vistos em bebês resilientes. A análise fatorial realizada pelos autores desse instrumento suscitou uma solução com dois fortes fatores de proteção que foram denominados Iniciativa e Apego/Relacionamento, com base em consultas a entidades envolvidas no desenvolvimento da escala e na revisão de literatura sobre o tema.

O fator de proteção Iniciativa é formado por 18 itens e acessa a habilidade do bebê em usar pensamento independente e ações para alcançar suas necessidades. No quadro a seguir estão os 18 itens relativos à Iniciativa, no idioma original.

Quadro 1 - DECA I: Itens do Fator de Proteção Iniciativa

Try to do new things?	Act happy when praised?	React to another child's cry?
Imitate actions of others?	Explore surroundings?	Act in a way that make others smile or show interest?
Keep trying when unsuccessful?	Express her/his dislikes?	Easily go from one activity to another?
Show interest in what others were doing?	Reach for a familiar adult?	Seek attention when a familiar adult was with another child?
Notice changes in surroundings?	Respond to her/his name?	Look to a familiar adult when exploring her/his surroundings?
Adjust her/his energy level to the type of play?	Keep trying to obtain a toy?	Enjoy being around other children?

O fator de proteção Apego/Relacionamento é formado por 15 itens e acessa o mútuo e forte relacionamento de longa duração entre o bebê e os adultos significativos, como membros da família e professores. No quadro a seguir, estão os 15 itens relativos a Apego/Relacionamento, no idioma original.

Quadro 2 - DECA I: Itens do Fator de Proteção Apego/Relacionamento

Respond when spoken to?	Act in a good mood?	Respond positively to adult attention?
Enjoy interacting with others?	Make eye contact with others?	Act happy?
Enjoy being cuddled?	Calm down with help from a familiar adult?	Show pleasure when interacting with adults?
Show affection for a familiar adult?	Smile back at a familiar adult?	Act happy with familiar adults?
Seek comfort from familiar adults?	Smile at familiar adults?	Accept comfort from a familiar adult?

O Fator de Proteção Total da escala, que é composto por meio dos dois fatores de proteção mencionados anteriormente, propicia a indicação geral de força dos fatores de proteção do bebê.

6.3.2 Escala DECA-T

A escala de avaliação DECA T possui 36 itens refletindo comportamentos positivos (forças) tipicamente vistos em crianças resilientes. A análise fatorial realizada pelos autores da escala suscitou uma solução com três fortes fatores de proteção, que foram denominados Iniciativa, Apego/Relacionamento, e Autorregulação, com base em consultas a entidades envolvidas no desenvolvimento da escala e na revisão de literatura sobre o tema.

O fator de proteção Iniciativa é formado por 11 itens e acessa a habilidade da criança em usar pensamento independente e ações para alcançar suas necessidades. No quadro abaixo estão os 11 itens relativos à Iniciativa, no idioma original.

Quadro 3 - DECA T: Itens do Fator de Proteção Iniciativa

Show concern for other children?	React to another child's cry?	Try to clean up after herself/himself?
Try to comfort others?	Play make-believe?	Play with other children?
Participate in group activities?	Follow simple directions?	Try to do things for herself/himself?
Ask to do new things?	Show preference for a particular mate?	_____

O fator de proteção Apego/Relacionamento é formado por 18 itens e acessa o mútuo e forte relacionamento de longa duração entre o bebê e os adultos significativos como membros da família e professores. No quadro a seguir, estão os 18 itens relativos a Apego/Relacionamento, no idioma original.

Quadro 4 - DECA T: Itens do Fator de Proteção Apego/Relacionamento

Enjoy interacting with others?	Respond when spoken to?	Respond to her/his name?
Show affection for a familiar adult?	Act happy when praised?	Smile at familiar adults?
Seek comfort from familiar adults?	Make eye contact with others?	Show pleasure when interacting with adults?
Makes needs known to a familiar adult?	Enjoy being cuddled?	Makes others aware of her/his needs?
Act happy with familiar adults?	Smile back at a familiar adult?	Accept comfort from a familiar adult?
Show interest in her/his surroundings?	Reach for a familiar adult?	Express a variety of emotions (e.g. happy, sad, mad)?

O fator de proteção Autorregulação é formado por sete itens e acessa a habilidade da criança em administrar e ganhar controle sobre suas emoções, bem como em sustentar o foco e a atenção. No quadro abaixo, estão os sete itens relativos a Autorregulação, no idioma original.

Quadro 5 - DECA T: Itens do Fator de Proteção Autorregulação

Adjust to changes in routine?	Easily follow a daily routine?	Have regular sleeping patterns?
Easily go from one activity to another?	Calm herself/himself?	_____
Handle frustration well?	Accept another choice when the first choice was not available?	_____

O Fator de Proteção Total da escala, que é composto por meio dos três fatores de proteção acima discriminados, propicia a indicação geral de força dos fatores de proteção da criança.

A escala de avaliação da primeira infância DECA I/T se mostra um instrumento valioso na promoção de resiliência em bebês e crianças na medida em que: (a) fornece um perfil dos fatores de proteção sociais e emocionais encontrados nos bebês e crianças avaliados; (b) permite a identificação de bebês e crianças que possam estar correndo risco social e/ou emocional ou experimentando desafios nessas áreas; (c) cria a oportunidade de promover estratégias e intervenções precoces para favorecer o desenvolvimento emocional e social de bebês e crianças, a fim de que estes possam se desenvolver de maneira mais resiliente e disso se beneficiar ao longo de suas vidas. A escala DECA I/T também pode ser usada em programas com requisitos específicos de avaliação de desenvolvimento social e emocional de bebês e crianças, como o programa estadunidense *Early Head Start* e similares, que sejam implantados no Brasil, dado o seu foco nos fatores de proteção sociais e emocionais e, também, em razão do seu formato objetivo, do enfoque orientado para o fortalecimento dos fatores de proteção e da inclusão dos familiares como avaliadores. Essas características fazem com que esse instrumento seja ideal para uso em programas financiados pela federação, estados ou municípios. Temos, ainda, que a escala DECA I/T pode municiar programas de primeira infância com

uma útil medida de resultado ligada à saúde emocional e social de bebês e crianças. Pela comparação de mudanças ao longo do tempo nos escores individuais de cada bebê e criança, a escala permite, também, avaliar a efetividade/eficácia das atividades e operações do programa.

Dentro dessa ampla gama de possibilidades de uso é que a escala DECA I/T foi adotada pelo programa de *home-visiting* denominado *Partners in Family Child Care*. Consta de relatório sobre essa iniciativa, relativo ao período de 2008 a 2011, a conclusão de que, com a incorporação da escala ao programa, foi dado um passo importante para assegurar que bebês e crianças tenham suas necessidades sociais e emocionais atendidas antes de se tornarem problemas comportamentais na pré-escola e posteriormente (PETERSON & WEBER, 2011).

A escala DECA I/T também foi adotada pelo programa *Clayton Educare* e consta do relatório relativo ao período escolar de 2009/2010 como uma das ferramentas de avaliação utilizadas (KLUTE, 2011).

Temos, ainda, que, em 2006, a escala DECA I/T foi avaliada e escolhida pelo *Michigan Interagency Coordinating Council* como o instrumento que permite identificar atrasos no desenvolvimento social e emocional de bebês e crianças, em contraste com o *Infant-Toddler Developmental Assessment* (IDA), que não permitia essa identificação e estava sendo anteriormente usado pelo Estado de Michigan como a ferramenta primária de avaliação (ADDRESSING THE NEEDS OF YOUNG CHILDREN IN CHILD WELFARE: PART C—EARLY INTERVENTION SERVICES, 2013). O IDA é um processo transdisciplinar de avaliação de bebês e crianças centrado na família, com foco no desenvolvimento infantil apenas, elaborado por Sally Provence, Joanna Erikson, Susan Epperson, Kyle Pruett, Jennifer Rosinia and Saro Palmieri, e que mensura oito domínios de desenvolvimento infantil abrangendo o período de zero a três anos de idade (IDA INSTITUTE, 2016).

7 MÉTODO

Tendo em vista que o objetivo deste trabalho foi traduzir para o português e fazer a adaptação transcultural da versão original da escala *Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers* (DECA I/T), desenvolvida e criada por Gregg Powell, Mary Mackrain e Paul LeBuffe, detida pela *The Devereux Foundation*, editada e publicada por *Kaplan Early Learning Corporation* em 2007, o método do trabalho foi quantitativo por se tratar de um estudo na área da psicometria.

Para a tradução para o português, adaptação transcultural e a posterior validação da escala DECA I/T de avaliação da primeira infância para bebês e crianças, foram seguidas, em linhas gerais, as diretrizes e orientações propostas por Hambleton e Patsula (1998) e Sousa e Rojjanasrirat (2010). As diretrizes de Sousa e Rojjanasrirat (2010) indicam que, em razão da complexidade do trabalho de tradução, adaptação e validação, esse processo pode ser conduzido em duas etapas, de modo que optamos por realizar a tradução e a adaptação transcultural, incluindo a aplicação do projeto piloto, nesta dissertação de mestrado. A validação foi postergada para outra fase, em possível doutorado a ser realizado oportunamente.

7.1 Procedimento

A seguir serão descritas as etapas previstas e realizadas no processo de tradução e adaptação da escala DECA I/T:

Etapas 1: Tradução do instrumento original em inglês para o português por até dois tradutores independentes.

A escala DECA I/T foi traduzida por duas tradutoras brasileiras independentes, bilíngues, sendo uma delas juramentada, ambas sem conhecimento em psicologia e bastante familiarizadas com a cultura brasileira e a americana. As tradutoras assinaram a Carta-convite para Tradução (Anexo 3) quando concordaram em participar do projeto como tradutoras.

Etapas 2: Comparação das duas traduções e síntese por um terceiro tradutor, comparação essa que deu origem a uma única versão da escala traduzida para o português.

A pesquisadora, psicóloga brasileira, atuou como a terceira tradutora, sendo também bilíngue e familiarizada com a cultura americana. Nessa etapa, a versão unificada da tradução foi revisada também pela orientadora da dissertação. A orientadora é também psicóloga, brasileira, bilíngue e familiarizada com ambas as culturas.

Etapa 3: Retrotradução da versão unificada em português para o inglês por outro tradutor.

A retrotradução foi realizada por um tradutor independente, bilíngue estadunidense, fluente em português, familiarizado com a cultura brasileira e americana e não atuante na área da psicologia da primeira infância, de modo que sua retrotradução foi isenta de qualquer viés ou influência nesse sentido. O retrotradutor assinou a Carta-convite para Tradução (Anexo 3) quando concordou em participar do projeto como retrotradutor.

A pesquisadora comparou a retrotradução com a escala DECA I/T original e constatou pequenas diferenças que mereciam ser analisadas em conjunto com o retrotradutor. Foi, então, realizada uma reunião entre o retrotradutor e a pesquisadora para aferir os casos em que as diferenças na retrotradução eram decorrentes do uso de sinônimos, de erros de digitação do retrotradutor ou de erros de significado ou compreensão na tradução e retrotradução. O retrotradutor e a pesquisadora chegaram a uma versão final em comum acordo, com exceção de apenas um item que foi objeto de dúvida (item 29 da escala DECA T: *try to clean up after herself/himself?*/tentou arrumar as coisas sozinho(a) após uma atividade?).

A pesquisadora levou a dúvida para a orientadora e ambas decidiram que seria oportuno esclarecer com os criadores da escala, na Fundação Devereux, qual era a atividade/habilidade da criança que estava sendo contemplada pelo item em dúvida. Assim, a pesquisadora redigiu um *e-mail* para Susan Damico, a representante da Fundação Devereux, explicando a fase em que estava o processo de tradução e solicitando esse esclarecimento específico. A resposta de Susan Damico, que foi copiada para uma das pesquisadoras criadoras da escala, Mary Mackrain, esclareceu a dúvida prontamente e foi possível ajustar a tradução de acordo com o que o retrotradutor havia sinalizado como o sentido mais adequado para esse item. Os *e-mails* trocados com Susan Damico estão no Anexo 5.

Caso fosse detectada a necessidade de elaborar uma segunda retrotradução por mais um tradutor, seria também realizada a comparação e síntese das versões retrotraduzidas. Mas, tendo em vista o descrito acima, tal medida não foi necessária.

Após esse procedimento, o resultado obtido foi revisado e aprovado pelo Comitê de Especialistas, constituído a fim de assegurar que a versão traduzida estaria apta a ser usada na aplicação piloto. O Comitê de Especialistas foi composto por três membros, sendo uma psicóloga com ampla experiência na área da primeira infância, em resiliência, e em tradução, adaptação e validação psicométrica em resiliência, Prof^a. Dr^a. Ceres Alves de Araujo; um psiquiatra, mestre e doutor em psicologia, com vasta experiência na área da primeira infância e em traduções, adaptações e validações psicométricas, Prof. Dr. Francisco Assumpção Jr.; e a orientadora da pesquisa, psicóloga com vasta experiência em psicossomática, trauma e primeira infância, entre outras especialidades, Prof^a. Dr^a. Denise G. Ramos, sendo todos brasileiros e bilíngues. As alterações sugeridas, aceitas e implantadas pelo Comitê de Especialistas estão discriminadas no capítulo seguinte, que detalha como foi o processo de tradução.

A versão final, após a revisão e aprovação do Comitê de Especialistas é aquela que consta do Anexo 6 e que foi utilizada na aplicação piloto da escala.

Etapas 4: Aplicação da primeira versão da tradução para o português da escala em projeto piloto envolvendo coleta de dados relativos a 12 bebês e 19 crianças, a fim de verificar a consistência da primeira versão da tradução.

A escala DECA I traduzida foi aplicada e respondida por seis mães, cinco berçaristas, uma avó e um pai de bebês, somando 13 avaliadores no total. A Escala DECA T foi aplicada e respondida por seis mães, uma avó, duas assistentes de sala, duas educadoras e duas professoras de crianças, somando 13 avaliadores no total.

A coleta de dados para o projeto piloto da pesquisa, na cidade de São Paulo, poderia ser realizada em creches, berçários e escolas particulares ou públicas, dependendo da disponibilidade de cada escola, seus cuidadores, professores e pais dos bebês e crianças matriculados em referidas instituições da primeira infância, bem como poderia ser aplicada por pais, cuidadores e educadores que viessem a ter conhecimento da pesquisa e se interessassem em participar, mesmo não estando vinculados a uma das instituições da primeira infância acima mencionadas, pois também poderiam ser coletados dados pela metodologia bola de neve, inclusive mediante o uso da internet.

Seguindo esses critérios, a coleta de dados para a aplicação do projeto piloto foi realizada em uma única instituição particular da área da educação infantil, que possui berçário e escola infantil, de acordo com a disponibilidade do berçário e da escola, de suas berçaristas, educadoras, professoras e pais dos bebês e crianças matriculados na referida instituição, bem como foi aplicada por pais e cuidadores que vieram a ter conhecimento da pesquisa pelo contato social com a pesquisadora e se interessaram em participar, mesmo não estando vinculados à instituição acima mencionada.

Para tanto, foi enviada à instituição participante, aos cuidadores, professores e pais uma Carta-convite para DECA I/T (Anexo 4), visando convidá-los a participar da pesquisa, bem como apresentar a pesquisa e a escala em si. Foi feita uma reunião com uma das sócias da instituição participante e uma reunião com a coordenadora da instituição. Uma semana depois dessas reuniões, foi realizada a visita à escola para apresentar a pesquisa para as educadoras, professoras, assistentes de sala e berçaristas e entregar os questionários. Foi também elaborada pela instituição uma comunicação aos pais sobre a realização da pesquisa, convidando-os a participarem como voluntários e a responderem os questionários a respeito de seus filhos. Um pai, seis mães, uma avó, duas educadoras, duas professoras, duas assistentes de sala e cinco berçaristas participaram da pesquisa por intermédio dessa instituição.

Em 27 de março de 2017, foram enviados *e-mails* para sete pessoas (seis mães e uma avó) do relacionamento da pesquisadora, explicando a pesquisa e convidando-as a participar. Essas sete pessoas responderam a esses *e-mails* encaminhando seus questionários devidamente respondidos.

Todos os pais, cuidadores e educadores que optaram por participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 8). Cada participante da pesquisa preencheu, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o respectivo questionário da escala que foi acompanhado por: (a) Formulário de Avaliação da Escala, que visou coletar informações que permitisse avaliar a legibilidade e compreensão da escala traduzida; (b) Formulário de Informações Gerais, que incluía questões sociodemográficas e tinha por objetivo verificar se os critérios de inclusão estavam atendidos e possibilitar a identificação

da classe socioeconômica do participante. Esses documentos estão apresentados no Anexo 6, com o Anexo 7 apresentando, em destaque, o Formulário de Avaliação da Escala.

A partir dos resultados da aplicação piloto, a tradução, sendo considerada culturalmente adaptada, será utilizada na futura etapa de validação que envolverá a aplicação em amostra maior. Para tanto, o número de sujeitos será de, no mínimo, 10 sujeitos por item da escala traduzida e adaptada ($n=330$ para a escala DECA I e $n=360$ para Deca T).

7.2 Critério de inclusão

De acordo com o Guia do Usuário da escala DECA I/T, o critério de inclusão ou qualificação para pais, cuidadores e educadores poderem responder aos questionários da escala como avaliadores limita-se a ter exposição suficiente ao bebê ou criança durante as quatro semanas anteriores. Em virtude dos escores da escala serem uma função do número de vezes que comportamentos específicos são notados ou percebidos, o fato de essas pessoas não terem tido oportunidade suficiente de observação do bebê ou criança poderia levar a uma baixa avaliação, que seria também errônea. Assim, pais, cuidadores e educadores devem ter contato com o bebê ou criança por duas ou mais horas por dia, por pelo menos dois dias da semana e por, no mínimo, quatro semanas, antes de preencher os questionários da respectiva escala.

Atendendo a essa orientação, o critério de inclusão dos pais, cuidadores e educadores para serem avaliadores na presente pesquisa foi o de ter tido contato com o bebê ou criança por pelo menos duas horas por dia, por pelo menos dois dias da semana, em um período mínimo de quatro semanas, antes do preenchimento dos questionários traduzidos da escala. Para aferir se os avaliadores atendiam ao critério de inclusão foi criado o Formulário de Informações Gerais, que foi respondido em conjunto com o questionário da escala DECA I/T (Anexo 6). Todos os avaliadores atenderam ao critério de inclusão.

7.3 Procedimento ético

Por se tratar de uma pesquisa que necessitou da participação voluntária de seres humanos (pais, mães, cuidadores e professores) para preenchimento dos questionários da escala por meio da observação de bebês e crianças na etapa 4, mencionada no item 7.1 Procedimento, esse projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, tendo recebido na Plataforma Brasil o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 59940516.8.0005482.

Conforme explanado anteriormente, a fim de verificar a consistência da primeira versão da tradução para o português, a etapa 4 consistiu na aplicação da escala traduzida em um projeto piloto que envolveu 12 bebês e 19 crianças. Para avaliar se o instrumento traduzido foi integralmente compreendido e se foi de fácil preenchimento e legibilidade, foi solicitado aos pais, cuidadores e educadores que respondessem como foi preencher o questionário da escala traduzido, por meio de formulário de avaliação específico (Anexo 7) que foi enviado junto com a tradução. A partir dos resultados da aplicação piloto, a tradução foi finalizada para aplicação em amostra maior, em futura validação.

8 RESULTADOS DE TRADUÇÃO

Para fins de compreensão e visualização de todo o processo de tradução foram montadas quatro tabelas.

As duas primeira tabelas, uma para a escala DECA I e outra para a escala DECA T, identificam em suas colunas os itens da:

- a) escala DECA I/T original;
- b) a escala traduzida pela primeira tradutora;
- c) a escala traduzida pela segunda tradutora;
- d) a escala traduzida unificada pela pesquisadora e revisada pela orientadora.

As duas últimas tabelas, uma para a escala DECA I e outra para a escala DECA T identificam em suas colunas os itens da:

- a) escala DECA I/T original;
- b) a escala traduzida unificada pela pesquisadora e revisada pela orientadora;
- c) a retrotradução original;
- d) a retrotradução ajustada pela pesquisadora em conjunto com o retrotradutor;
- e) a versão final contendo ajustes na tradução decorrente da troca de e-mails com Susan Damico e sugestões feitas pelo Comitê de Especialistas.

Tabela 1 - DECA I: comparação entre a versão original, a primeira e segunda traduções e a tradução unificada

ESCALA DECA I					
	Original em inglês	Tradução 1	Tradução 2	Tradução unificada	Comentários
	During the past 4 weeks, how often did the infant...	Durante as últimas 4 semanas, com que frequência o bebê....	Durante as 4 últimas semanas, quantas vezes o bebê.....	Durante as últimas 4 semanas, com que frequência o bebê...	
Item #	Original em inglês	Tradução 1	Tradução 2	Tradução unificada	Comentários
1	try to do new things?	tentou novas coisas?	tentou fazer coisas novas ?	tentou fazer coisas novas?	
2	respond when spoken to?	respondeu quando se falou com ele?	respondeu quando se falou com ele/ela?	respondeu quando falaram com ele/ela?	A pesquisadora ajustou a tradução para a linguagem ficar mais sintética e fiel ao original, facilitando a compreensão.

3	imitate actions of others?	imitou a ação de outros?	imitou as ações das outras pessoas ?	imitou as ações dos outros?	
4	enjoy interacting with others?	gostou de interagir com outros?	gostou de interagir com outras pessoas?	gostou de interagir com outros?	
5	keep trying when unsuccessful?	continuou tentando após um fracasso?	continuou tentando quando não conseguiu fazer alguma coisa?	continuou tentando quando não foi bem sucedido (a)?	A pesquisadora ajustou a tradução para ficar mais próxima do original e adequada ao conteúdo do item.
6	enjoy being cuddled?	gostou de ser abraçado?	gostou de receber carinho?	gostou de ser aconchegado(a)?	Não há tradução literal para a palavra “cuddled”, mas a pesquisadora optou pelo termo aconchegado em entendimentos com a orientadora.
7	show interest in what others were doing?	mostrou interesse no que os outros estavam fazendo?	demonstrou interesse pelo que outras pessoas estavam fazendo?	demonstrou interesse no que outros estavam fazendo?	

8	show affection for a familiar adult?	mostrou afeição por um adulto familiar?	demonstrou afeto por um adulto conhecido?	demonstrou afeto por um adulto familiar?	A expressão “familiar adult” denota tanto membros da família quanto pessoas com as quais o bebê está familiarizado, mas não são integrantes da família. A tradução pode ficar literal “adulto familiar” por ter os mesmos sentidos e alcance do termo em inglês.
9	notice changes in surroundings?	percebeu mudanças no seu entorno?	notou mudanças a sua volta?	notou mudanças a sua volta?	
10	seek comfort from familiar adults?	procurou conforto em adultos familiares?	procurou conforto em adultos conhecidos?	procurou conforto de adultos familiares?	
11	adjust her/his energy level to the type of play?	ajustou o nível de energia dele ao tipo de brincadeira?	ajustou seu nível de energia ao tipo de brincadeira?	ajustou seu nível de energia ao tipo de brincadeira?	
12	act in a good mood?	agiu de forma bem-humorada?	agiu com bom humor?	agiu com bom humor?	

13	act happy when praised?	agiu de forma feliz quando agradado?	demonstrou alegria ao ser elogiado/a	ficou feliz quando elogiado(a)?	A pesquisadora optou por traduzir “act happy” ao longo da escala DECA I/T como “ficou feliz” ou “agiu feliz” conforme o caso e pautando-se pela sonoridade e intencionalidade de cada item em que o termo aparece.
14	make eye contact with others?	olhou nos olhos dos outros?	fez contato visual com outras pessoas?	fez contato visual com outros?	
15	explore surroundings?	explorou o entorno?	explorou seu entorno?	explorou à sua volta?	A pesquisadora optou por “a sua volta” ao invés de “entorno” para uniformizar a linguagem, conforme já adotada, já que os termos se equivalem para não gerar confusão.

16	calm down with help from a familiar adult?	acalmou-se com a ajuda de um adulto familiar?	acalmou-se com a ajuda de um adulto conhecido?	acalmou-se com a ajuda de um adulto familiar?	
17	express her/his dislikes?	expressou seus descontentamentos?	expressou descontentamento?	expressou descontentamentos?	
18	smile back at a familiar adult?	sorriu para um adulto familiar?	sorriu em resposta ao sorriso de um adulto conhecido?	sorriu em resposta ao sorriso de um adulto familiar?	
19	reach for a familiar adult?	dirigiu-se a um adulto familiar?	procurou um adulto conhecido?	procurou um adulto familiar?	
20	respond to her/his name?	respondeu quando chamado pelo nome?	respondeu quando chamado/a pelo nome?	respondeu quando chamado(a) pelo seu nome?	
21	keep trying to obtain a toy?	continuou tentando pegar um brinquedo?	continuou tentando até conseguir um brinquedo?	continuou tentando até pegar um brinquedo?	
22	react to another child's cry?	reagiu ao choro de outra criança?	reagiu ao choro de outra criança?	reagiu ao choro de outra criança?	

23	smile at familiar adults?	sorriu para adultos familiares?	sorriu para um adulto conhecido?	sorriu para adultos familiares?	
24	respond positively to adult attention?	respondeu positivamente à atenção de um adulto?	respondeu de forma positiva à atenção de um adulto?	respondeu positivamente à atenção de um adulto?	
25	act happy?	agiu de forma feliz?	agiu com alegria?	agiu feliz?	
26	act in a way that make others smile or show interest?	agiu de forma a fazer os outros sorrirem ou mostrarem interesse?	agiu de forma a fazer com que outras pessoas sorriam ou mostrem interesse?	agiu de modo que fez os outros sorrirem ou demonstrarem interesse?	
27	easily go from one activity to another?	mudou facilmente de uma atividade para outra?	vai com facilidade de uma atividade para outra?	foi facilmente de uma atividade para a outra?	A pesquisadora optou por uma tradução mais sintética e fiel ao original.
28	seek attention when a familiar adult was with another child?	procurou obter atenção quando um adulto familiar estava com outra criança?	reclamou atenção quando um adulto conhecido está com outra criança?	procurou chamar a atenção quando um adulto familiar estava com outra criança?	A pesquisadora optou por uma linguagem mais coloquial e fiel ao original.

29	look to a familiar adult when exploring her/his surroundings?	olhou para um adulto familiar quando estava explorando o seu entorno?	olhou para um adulto conhecido quando explorava seu entorno?	olhou para um adulto familiar quando explorava a sua volta?	
30	enjoy being around other children?	gostou de estar com outras crianças?	gostou do convívio com outras crianças?	gostou de estar com outras crianças?	
31	show pleasure when interacting with adults?	demonstrou prazer ao interagir com adultos?	demonstrou prazer quando interage com adultos?	demonstrou prazer quando interagiu com adultos?	
32	act happy with familiar adults?	agiu de forma feliz com adultos familiares?	demonstrou alegria quando com um adulto conhecido?	ficou feliz com adultos familiares?	
33	accept comfort from a familiar adult?	aceitou conforto de um adulto familiar?	aceitou conforto de um adulto conhecido	aceitou conforto de um adulto familiar?	

Tabela 2 - DECA T: comparação entre a versão original, a primeira e segunda traduções e a tradução unificada

ESCALA DECA T					
	Original em inglês	Tradução 1	Tradução 2	Tradução unificada	Comentários
	During the past 4 weeks, how often did the toddler...	Durante as últimas 4 semanas, com que frequência a criança...	Durante as 4 últimas semanas, quantas vezes o bebê...	Durante as últimas 4 semanas, com que frequência a criança...	
Item #	Original em inglês	Tradução 1	Tradução 2	Tradução unificada	Comentários
1	enjoy interacting with others?	gostou de interagir com outros	tentou interagir com outras pessoas?	gostou de interagir com outros?	
2	show affection for a familiar adult?	demonstrou afeição por um adulto familiar	demonstrou afeição a um adulto conhecido?	demonstrou afeto por um adulto familiar?	Usa-se mais “afeto” do que “afeição”, assim a pesquisadora optou por atender ao que é mais coloquial em português.

3	adjust to changes in routine?	ajustou-se a mudanças na rotina	ajustou-se às mudanças de rotina?	ajustou-se às mudanças na rotina?	
4	seek comfort from familiar adults?	procurou conforto em adultos familiares?	buscou conforto em adultos conhecidos?	procurou conforto de adultos familiares?	A expressão “familiar adult” denota tanto membros da família quanto pessoas com as quais a criança está familiarizada, mas não são integrantes da família. A tradução pode ficar literal “adulto familiar” por ter os mesmos sentidos e alcance do termo em inglês.
5	makes needs known to a familiar adult?	fez adultos familiares saberem de suas necessidades?	mostrou a adultos conhecidos que precisava de ajuda?	expressou suas necessidades a um adulto familiar?	A pesquisadora optou por uma linguagem mais próxima do original e adequada a faixa etária avaliada.

6	act happy with familiar adults?	agiu de forma feliz com adultos familiares?	interagiu com alegria com adultos conhecidos	ficou feliz com adultos familiares?	
7	show interest in her/his surroundings?	demonstrou interesse em seu entorno?	mostrou interesse pelo que outras pessoas estavam fazendo?	demonstrou interesse pelo que está a sua volta?	
8	respond when spoken to?	respondeu quando se falou com ela?	mostrou afeto por um adulto conhecido?	respondeu quando falaram com ele(a)?	
9	show concern for other children?	demonstrou preocupação por outras crianças?	demonstrou preocupação com relação a outras crianças?	demonstrou preocupação por outras crianças?	
10	try to comfort others?	tentou confortar outros?	tentou confortar outras pessoas?	tentou confortar outros?	
11	act happy when praised?	agiu de forma feliz quando agradada?	interagiu com alegria ao ser elogiado?	ficou feliz quando elogiado?	

12	participate in group activities?	participou em atividades de grupo?	participou de atividades em grupo?	participou de atividades em grupo?	
13	make eye contact with others?	olhou nos olhos dos outros?	fez contato visual com outras pessoas?	fez contato visual com outros?	
14	enjoy being cuddled?	gostou de ser abraçada?	gosta de ser acariciado?	gostou de ser aconchegado?	Não há tradução literal para a palavra "cuddled", mas a pesquisadora optou pelo termo aconchegado em entendimentos com a orientadora
15	smile back at a familiar adult?	sorriu de volta para um adulto familiar?	retribuiu sorrisos de adultos conhecidos?	sorriu em resposta ao sorriso de um adulto familiar?	A pesquisadora optou por padronizar a tradução de itens semelhantes (vide item 18 DECA I)
16	ask to do new things?	pediu para fazer novas coisas?	pediu para fazer coisas novas?	pediu para fazer coisas novas?	

17	reach for a familiar adult?	dirigiu-se a um adulto familiar?	procurou um adulto conhecido?	procurou um adulto familiar?	
18	respond to her/his name?	respondeu quando chamada pelo nome?	respondeu ao ser chamado pelo nome?	respondeu quando chamado(a) pelo seu nome?	
19	react to another child's cry?	reagiu ao choro de outra criança?	reagiu ao choro de outra criança?	reagiu ao choro de outra criança?	
20	smile at familiar adults?	sorriu para adultos familiares?	sorri para adultos conhecidos?	sorriu para adultos familiares?	
21	easily go from one activity to another?	facilmente mudou de uma atividade para outra?	movimentou-se com facilidade de uma atividade a outra?	foi facilmente de uma atividade para a outra?	A pesquisadora optou pela tradução mais simples e fiel ao original.
22	show pleasure when interacting with adults?	demonstrou prazer ao interagir com adultos?	demonstrou prazer quando interagiu com adultos?	demonstrou prazer quando interagiu com adultos?	
23	handle frustration well?	lidou bem com uma frustração?	Lidou bem com a frustração?	lidou bem com a frustração?	

24	makes others aware of her/his needs?	fez com que os outros ficassem cientes de suas necessidades?	fez com que outras pessoas percebessem suas necessidades?	fez com que outros percebessem suas necessidades?	
25	accept comfort from a familiar adult?	aceitou conforto de um adulto familiar?	aceitou conforto de adultos conhecidos?	aceitou conforto de um adulto familiar?	
26	play make-believe?	brincou de faz de conta?	brincou de faz-de-conta?	brincou de faz de conta?	
27	follow simple directions?	seguir orientações simples?	seguir instruções simples?	seguir instruções simples?	
28	show preference for a particular playmate?	demonstrou preferência por determinados parceiros de brincadeira?	demonstrou preferência por um colega especial?	demonstrou preferência por um colega em particular?	A pesquisadora optou pela expressão “particular” por sua equivalência literal.

29	try to clean up after herself/himself?	tentou se limpar sozinha?	tentou limpar-se sozinho?	tentou se limpar sozinho(a)?	Tradução intuída, mas imprecisa, uma vez que não há tradução específica para a expressão “clean up after herself/himself”
30	easily follow a daily routine?	seguir facilmente a rotina diária?	seguir com facilidade a rotina diária?	seguir facilmente a rotina diária?	
31	play with other children?	brincar com outra criança?	brincar com outras crianças?	brincar com outras crianças?	
32	try to do things for herself/himself?	tentou fazer coisas sozinha?	tentou fazer coisas sozinho/a	tentou fazer coisas por si mesmo(a)?	A pesquisadora optou por “por si mesmo(a)” pois o sentido é diferente de fazer as coisas só ou isolado, afinal crianças de até três anos não ficam desacompanhadas.
33	calm herself/himself?	se acalmou?	acalmou-se?	acalmou a si mesmo(a)?	

34	accept another choice when the first choice was not available?	aceitou uma segunda opção, quando a primeira opção não estava disponível?	aceitou outra opção quando a primeira não foi possível?	aceitou outra opção quando a primeira opção não estava disponível?	
35	have regular sleeping patterns?	teve padrões de sono regulares?	teve padrão de sono regular?	teve padrões regulares de sono?	
36	express a variety of emotions (e.g. happy, sad, mad)?	expressou emoções variadas (ex. alegria, tristeza, fúria)?	expressou várias emoções?	expressou uma variedade de emoções (feliz, triste, bravo)?	

Tabela 3 - DECA I: comparação entre a versão original, a versão unificada para retrotradução, a retrotradução, a retrotradução ajustada e a versão final aprovada pelo Comitê de Especialistas

DECA I						
Original em Inglês		Versão Unificada para Retrotradução	Retrotradução	Retrotradução ajustada pela pesquisadora com o retrotradutor	Versão final aprovada pelo Comitê de Especialistas	Comentários
During the past 4 weeks, how often did the infant...		Durante as últimas 4 semanas, com que frequência o bebê....	During the last 4 weeks with what frequency has the baby...	During the past 4 weeks how often did the infant...	Durante as últimas 4 semanas, com que frequência o bebê....	
Item #	Original em Inglês	Versão Unificada para Retrotradução	Retrotradução	Retrotradução ajustada pela pesquisadora com o retrotradutor	Versão final aprovada pelo Comitê de Especialistas	Comentários
1	try to do new things?	tentou fazer coisas novas?	tried to do something new?	try to do new things?	tentou fazer coisas novas?	O retrotradutor não havia notado que a frase "Durante.." já estava fazendo a interrogação no passado, de modo

						que em cada item o verbo deveria ficar no infinitivo, sem a partícula “ed” ao final do verbo. Ao se dar conta, autorizou a correção de cada um dos itens de acordo com esse aspecto.
2	respond when spoken to?	respondedeu quando falaram com ele/ela?	responded when he/she is spoken to?	respond when spoken to?	reagiu quando falaram com ele/ela?	Por sugestão do Comitê de Especialista, foi alterada a palavra “respondeu” para “reagiu”, pois trata-se de um bebê que ainda não pode falar para de fato responder, mas que pode reagir quando falou com ele(a).

3	imitate actions of others?	imitou as ações dos outros?	imitated the actions of others?	imitate actions of others?	imitou as ações dos outros?	
4	enjoy interacting with others?	gostou de interagir com outros?	enjoyed interacting with other?	enjoy interacting with others?	gostou de interagir com outros?	
5	keep trying when unsuccessful?	continuou tentando quando não foi bem sucedido(a)?	kept trying when not successful?	keep trying when unsuccessful?	continuou tentando quando não foi bem sucedido(a)?	
6	enjoy being cuddled?	gostou de ser aconchegado(a)?	liked being hugged?	enjoy/Liked being cuddled?	gostou de ser aconchegado(a)?	O retrotradutor sugeriu que fosse usado o termo “abraçado aconchegantemente”, mas a pesquisadora e o Comitê de Especialistas chegaram ao consenso de que “cuddled” não significa “abraçado aconchegantemente”, mas apenas aconchegado.

7	show interest in what others were doing?	demonstrou interesse no que outros estavam fazendo?	showed interest in what others are doing?	show interest in what others were doing?	demonstrou interesse no que outros estavam fazendo?	
8	show affection for a familiar adult?	demonstrou afeto por um adulto familiar?	showed affection for an adult family member?	show affection for a familiar adult?	demonstrou afeto por um adulto familiar?	O retrotradutor presumiu automaticamente que adulto familiar seria um membro da família. Ao notar que poderia ser um adulto com quem a criança está familiarizada, mas que não necessariamente é da família, confirmou que o termo “familiar adult” estava correto para os dois casos.

9	notice changes in surroundings?	notou mudanças a sua volta?	noticed changes in its surroundings?	notice changes in surroundings?	notou mudanças a sua volta?	
10	seek comfort from familiar adults?	procurou conforto de adultos familiares?	sought comfort from adult family members?	seek comfort from familiar adult?	procurou conforto de adultos familiares?	
11	adjust her/his energy level to the type of play?	ajustou seu nível de energia ao tipo de brincadeira?	adjusted its energy level to the type of game?	adjust her/his energy level to the type of play?	ajustou seu nível de energia ao tipo de brincadeira?	
12	act in a good mood?	agiu com bom humor?	acted in a good mood?	act in a good mood?	agiu com bom humor?	
13	act happy when praised?	ficou feliz quando elogiado(a)?	been happy when praised?	act happy when praised?	ficou feliz quando elogiado(a)?	

14	make eye contact with others?	fez contato visual com outros?	made visual contact with others?	make eye contact with others?	fez contato olho no olho com outros?	O retrotradutor observou que “contato olho no olho” seria mais fidedigno, pois contato visual poderia não ser direcionado ao olho diretamente e unicamente.
15	explore surroundings?	explorou a sua volta?	explored its surroundings?	explore its surroundings?	explorou a sua volta?	
16	calm down with help from a familiar adult?	acalmou-se com a ajuda de um adulto familiar?	been calmed down with the help of an adult family member?	calm down with help from a familiar adult?	acalmou-se com a ajuda de um adulto familiar?	
17	express her/his dislikes?	expressou seus descontentamentos?	expressed unhappiness?	express her/his dislikes?	expressou seus descontentamentos?	Para o retrotradutor, unhappiness seria sinônimo de dislikes, concordando com a substituição.

18	smile back at a familiar adult?	sorriu em resposta ao sorriso de um adulto familiar?	smiled in response to the smile of an adult family member?	smile back at a familiar adult?	sorriu em resposta ao sorriso de um adulto familiar?	Para o retrotradutor “smile in response to” é equivalente a “smile back”, portanto, concordou com a substituição.
19	reach for a familiar adult?	procurou um adulto familiar?	looked for an adult family member?	reach for a familiar adult?	procurou um adulto familiar?	“reach for” e “look for” são sinônimos.
20	respond to her/his name?	respondeu quando chamado(a) pelo seu nome?	responded when called by his/her name?	respond to her/his name?	respondeu quando chamado(a) pelo seu nome?	O retrotradutor entendeu serem equivalentes as traduções e concordou com a substituição.
21	keep trying to obtain a toy?	continuou tentando até pegar um brinquedo?	kept trying till reaching a toy?	keep trying to obtain a toy?	continuou tentando até pegar um brinquedo?	O retrotradutor entendeu serem equivalentes as traduções e concordou com a substituição.

22	react to another child's cry?	reagiu ao choro de outra criança?	reacted to the crying of another baby?	react to another child's cry?	reagiu ao choro de outra criança?	
23	smile at familiar adults?	sorriu para adultos familiares?	smiled at adult family members?	smile at familiar adults?	sorriu para adultos familiares?	
24	respond positively to adult attention?	respondeu positivamente à atenção de um adulto?	responded positively to the attention of an adult?	respond positively to adult attention ?	respondeu positivamente à atenção de um adulto?	O retrotradutor entendeu serem equivalentes as traduções e concordou com a substituição.
25	act happy?	agiu feliz?	acted happy?	act happy?	agiu feliz?	
26	act in a way that make others smile or show interest?	agiu de modo que fez os outros sorrirem ou demonstrarem interesse?	acted in a way that makes others smile or show interest?	act in a way that make others smile or show interest?	agiu de modo que fez os outros sorrirem ou demonstrarem interesse?	
27	easily go from one activity to another?	foi facilmente de uma atividade para a outra?	gone easily from one activity to another?	easily go from one activity to another?	foi facilmente de uma atividade para a outra?	

28	seek attention when a familiar adult was with another child?	procurou chamar a atenção quando um adulto familiar estava com outra criança?	tried to call attention when an adult family member was with another child?	seek attention when a familiar adult was with another child?	procurou chamar a atenção quando um adulto familiar estava com outra criança?	O retrotradutor entendeu serem equivalentes as traduções e concordou com a substituição.
29	look to a familiar adult when exploring her/his surroundings?	olhou para um adulto familiar quando explorava a sua volta?	looked at an adult family member while exploring its surroundings?	look to a familiar adult when exploring her/his surroundings?	olhou para um adulto familiar quando explorava a sua volta?	O retrotradutor entendeu serem equivalentes as traduções e concordou com a substituição.
30	enjoy being around other children?	gostou de estar com outras crianças?	liked to be with other children?	like to being around other children?	gostou de estar com outras crianças?	O retrotradutor entendeu serem equivalentes as traduções e concordou com a substituição.
31	show pleasure when interacting with adults?	demonstrou prazer quando interagiu com adultos?	showed pleasure when interacting with adults?	show pleasure when interacting with adults?	demonstrou prazer quando interagiu com adultos?	

32	act happy with familiar adults?	ficou feliz com adultos familiares?	been happy with adults from the family?	act happy with familiar adults?	ficou feliz com adultos familiares?	
33	accept comfort from a familiar adult?	aceitou conforto de um adulto familiar?	accepted comfort from an adult family member?	accept comfort from a familiar adult?	aceitou conforto de um adulto familiar?	

Tabela 4 - DECA T: comparação entre a versão original, a versão unificada para retrotradução, a retrotradução, a retrotradução ajustada e a versão final aprovada pelo Comitê de Especialistas

DECA T						
Original em Inglês		Versão Unificada para Retrotradução	Retrotradução	Retrotradução ajustada pela pesquisadora com o retrotradutor	Versão final aprovada pelo Comitê de Especialistas	Comentários
During the past 4 weeks, how often did the toddler...		Durante as últimas 4 semanas, com que frequência a criança....	During the last 4 weeks with what frequency has the toddler...	During the past 4 weeks how often did the toddler...	Durante as últimas 4 semanas, com que frequência a criança....	
Item #	Original em Inglês	Versão Unificada para Retrotradução	Retrotradução	Retrotradução ajustada pela pesquisadora com o retrotradutor	Versão final aprovada pelo Comitê de Especialistas	Comentários
1	enjoy interacting with others?	gostou de interagir com outros?	enjoyed interacting with other?	enjoy interacting with others?	gostou de interagir com outros?	O retrotradutor não havia notado que a frase "Durante..." já estava fazendo a interrogação no passado, de modo que em cada item o verbo deveria

						ficar no infinitivo, sem a partícula “ed” ao final do verbo. Ao se dar conta, autorizou a correção de cada um dos itens de acordo com esse aspecto
2	show affection for a familiar adult?	demonstrou afeto por um adulto familiar?	showed affection for an adult family member?	show affection for a familiar adult?	demonstrou afeto por um adulto familiar?	O retrotradutor presumiu automaticamente que adulto familiar seria um membro da família. Ao notar que poderia ser um adulto com quem a criança está familiarizada, mas que não necessariamente é da família, confirmou que o termo “familiar adult” estava correto para os dois casos.
3	adjust to changes in routine?	ajustou-se às mudanças na rotina?	adjusted to the changes in routine?	adjust to changes in routine?	ajustou-se às mudanças na rotina?	
4	seek comfort from familiar adults?	procurou conforto de adultos familiares?	sought comfort from adult family members?	seek comfort from familiar adult?	procurou conforto adultos familiares?	

5	makes needs known to a familiar adult?	expressou suas necessidades a um adulto familiar?	expressed needs to an adult family member?	makes needs known to a familiar?	expressou suas necessidades a um adulto familiar?	
6	act happy with familiar adults?	ficou feliz com adultos familiares?	been happy with adult family members?	act happy with familiar adult?	ficou feliz com adultos familiares?	
7	show interest in her/his surroundings?	demonstrou interesse pelo que está a sua volta?	showed interest in what is in its surroundings?	show interest in her/his surroundings?	demonstrou interesse pelo que está a sua volta?	
8	respond when spoken to?	respondeu quando falaram com ele(a)?	responded when he/she is spoken to?	respond when spoken to?	respondeu quando falaram com ele(a)?	
9	show concern for other children?	demonstrou preocupação por outras crianças?	showed concern for other children?	show concern for other children?	demonstrou preocupação por outras crianças?	
10	try to comfort others?	tentou confortar outros?	tried to comfort others?	try to comfort others?	tentou confortar outros?	

11	act happy when praised?	ficou feliz quando elogiado?	been happy when praised?	act happy when praised?	ficou feliz quando elogiado?	
12	participate in group activities?	participou de atividades em grupo?	participated in group activities?	participate in group activities?	participou de atividades em grupo?	
13	make eye contact with others?	fez contato visual com outros?	made visual contact with others?	make eye contact with others?	fez contato olho no olho com outros?	O retrotradutor observou que “contato olho no olho” seria mais fidedigno, pois contato visual poderia não ser direcionado ao olho diretamente e unicamente.
14	enjoy being cuddled?	gostou de ser aconchegado?	liked being hugged?	enjoy being cuddled?	gostou de ser aconchegado?	O retrotradutor sugeriu que fosse usado o termo “abraçado aconchegantemente”, mas a pesquisadora e o Comitê de Especialistas chegaram ao consenso de que “cuddled” não significa “abraçado aconchegantemente”, mas apenas aconchegado.

15	smile back at a familiar adult?	sorriu em resposta ao sorriso de um adulto familiar?	smiled in response to the smile of an adult family member?	smile back to a familiar adult?	sorriu em resposta ao sorriso de um adulto familiar?	Para o retrotradutor "smile in response to" é equivalente a "smile back", portanto concordou com a substituição.
16	ask to do new things?	pediu para fazer coisas novas?	asked to do something new?	ask to do new things?	pediu para fazer coisas novas?	
17	reach for a familiar adult?	procurou um adulto familiar?	Looked for an adult family member?	reach for a familiar adult?	procurou um adulto familiar?	"reach for" e "look for" são sinônimos.
18	respond to her/his name?	respondeu quando chamado(a) pelo seu nome?	responded when called by his/her name?	respond to his/her name?	respondeu quando chamado(a) pelo seu nome?	O retrotradutor entendeu serem equivalentes as traduções e concordou com a substituição.
19	react to another child's cry?	reagiu ao choro de outra criança?	reacted to the crying of another child?	react to another child's cry?	reagiu ao choro de outra criança?	
20	smile at familiar adults?	sorriu para adultos familiares?	smiled at adult family members?	smile at familiar adults?	sorriu para adultos familiares?	

21	easily go from one activity to another?	foi facilmente de uma atividade para a outra?	gone easily from one activity to another?	easily go from one activity to another?	foi facilmente de uma atividade para a outra?
22	show pleasure when interacting with adults?	demonstrou prazer quando interagiu com adultos?	showed pleasure when interacting with adults?	show pleasure when interacting with adults?	demonstrou prazer quando interagiu com adultos?
23	handle frustration well?	lidou bem com a frustração?	dealt well with frustration?	handle frustration well?	lidou bem com a frustração?
24	makes others aware of her/his needs?	fez com que outros percebessem suas necessidades?	made others aware of its needs?	make others aware of her/his needs?	fez com que outros percebessem suas necessidades?
25	accept comfort from a familiar adult?	aceitou conforto de um adulto familiar?	accepted comfort from an adult family member?	accept comfort from a familiar adult ?	aceitou conforto de um adulto familiar?
26	play make-believe?	brincou de faz de conta?	played make believe?	play make believe?	brincou de faz de conta?

27	follow simple directions?	seguir instruções simples?	followed simple instructions?	follows simple directions?	seguir instruções simples?	
28	show preference for a particular playmate?	demonstrou preferência por um colega em particular?	showed preference for a certain friend?	show preference for a particular playmate?	demonstrou preferência por um colega em particular?	
29	try to clean up after herself/himself?	tentou se limpar sozinho(a)?	tried to wash himself/herself?	try to clean up after herself/himself?	tentou arrumar as coisas sozinho(a) após uma atividade?	Este item necessitou auxílio dos criadores da escala, pois os tradutores 1 e 2 e a pesquisadora, bem como a orientadora imaginavam que a tradução correta seria “tentou limpar-se sozinho”. O retrotradutor esclareceu que o significado de “clean up after” não seria “limpar-se”, mas “arrumar ou limpar alguma coisa, bagunça ou sujeira no ambiente”. O e-mail dos criadores da escala no Anexo 5) esclareceu a dúvida e norteou a redação adotada na versão final.

30	easily follow a daily routine?	seguir facilmente a rotina diária?	followed a simple daily routine?	follow a daily routine?	seguir facilmente a rotina diária?	
31	play with other children?	brincou com outras crianças?	played with other children?	play with other children?	brincou com outras crianças?	
32	try to do things for herself/himself?	tentou fazer coisas por si mesmo(a)?	tried to do things by himself/herself?	try to do things for herself/himself?	tentou fazer coisas por si mesmo(a)?	
33	calm herself/himself?	acalmou a si mesmo(a)?	calmed himself/herself down?	calm himself/herself?	acalmou a si mesmo(a)?	
34	accept another choice when the first choice was not available?	aceitou outra opção quando a primeira opção não estava disponível?	accepted something else when a first option was not available?	accept another choice when the first choice was not available?	aceitou outra opção quando a primeira opção não estava disponível?	
35	have regular sleeping patterns?	teve padrões regulares de sono?	had regular sleep patterns?	have regular sleeping patterns?	teve padrões regulares de sono?	

36	express a variety of emotions (e.g. happy, sad, mad)?	expressou uma variedade de emoções (feliz, triste, bravo)?	expressed a variety of emotions (happy, sad, angry)?	express a variety of emotions (happy, sad, mad)?	expressou uma variedade de emoções (feliz, triste, bravo)?
----	---	--	--	--	--

9 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS NA APLICAÇÃO-PILOTO

Os dados coletados na etapa 4 (vide item 7.1 Procedimento) foram analisados pela pesquisadora para aferir a adaptação transcultural, que envolve a legibilidade e compreensão da escala pelos respondentes participantes, visando conceber a versão final que será aplicada na amostra maior da futura validação. No futuro, os dados coletados na amostra maior serão objeto de análise por um estatístico que trabalhará em conjunto com a pesquisadora na análise desses dados.

No total, 13 avaliadores responderam à escala Deca I com relação a apenas 12 bebês, pois um dos bebês foi avaliado pelo pai e pela berçarista. Responderam à escala Deca T 13 avaliadores, com relação a 19 crianças, pois as duas assistentes de sala avaliaram duas crianças cada uma, as duas educadoras avaliaram três crianças cada uma e as professoras também avaliaram três crianças cada uma. Nesse grupo de 19 crianças, uma criança foi avaliada por sua mãe e pela assistente de sala, uma foi avaliada pela mãe e pela educadora, uma pela mãe e pela professora. O tipo de avaliador foi indicado em cada escala, conforme tabela a seguir:

Tabela 5 - Tipo e número de avaliadores e número de questionários por escala

Avaliadores	Deca I número de avaliadores	Deca I número de questionários	Deca T número de avaliadores	Deca T número de questionários
Mãe	6	6	6	6
Pai	1	1		
Avós	1	1 (é uma das berçaristas abaixo)	1	1
Educadoras/ Professoras			2 educadoras 2 professoras	12
Assistentes de Sala			2 assistentes	4
Berçaristas	5	5 (uma das berçaristas avaliou o mesmo bebê que o pai)		
Total	13	13 questionários relativos a 12 bebês	13	23 questionários relativos a 19 crianças

A tabela a seguir apresenta a tabulação das respostas relativas ao formulário de avaliação que visava avaliar a legibilidade e compreensão da escala traduzida.

Tabela 6 - Tabulação das respostas do formulário de avaliação

Critérios de Avaliação da Legibilidade e Compreensão da Escala	Deca I		Deca T	
	Fácil	Difícil	Fácil	Difícil
Preenchimento da escala	12	1	13	
	Sim	Não	Sim	Não
Compreensão total da linguagem	11	2	13	
	Sim	Não	Sim	Não
Incompreensão de itens	3	10	2	11
Total de avaliadores	13		13	

A tabela a seguir indica o tempo de preenchimento da escala pelos avaliadores.

Tabela 7 - Tempo de preenchimento da escala DECA I/T pelo número de avaliadores

Tempo de Preenchimento	Deca I (número de avaliadores)	Deca T (número de avaliadores)
< 15 min.	10	7
15 min.		4
> 15 min.		
< 30 min.		1
30 min.	1	1
> 30 min.	1	
< 1 h	1	
1 h		
> 1h		
Total de avaliadores	13	13

Na escala DECA I foram encontrados os seguintes erros de preenchimento:

- a) um pai, duas mães e uma berçarista marcaram todas as opções da escala com um X, em vez de um tique, indicando que ou não leram ou não compreenderam as instruções ou, ainda, tenham automatizado o procedimento de marcar X em questionários de avaliação;
- b) uma berçarista usou corretivo e marcou todas as opções com um tique, indicando que ou não leu as instruções ou não compreendeu como marcar X e tique nas respostas. Uma avó também usou corretivo em um item apenas, indicando que ou não leu as instruções ou não compreendeu como marcar X e tique nas respostas;

- c) uma berçarista marcou em um item um X sem ter marcado um tique.

Na escala Deca I foram indicadas as seguintes dúvidas ou dificuldades:

- a) uma berçarista ficou com dúvida na expressão “adulto familiar”, ou seja, se o adulto familiar seria apenas um membro da família ou poderia ser a educadora. Apesar da dúvida, a berçarista respondeu todos os itens da escala. Essa berçarista é a avaliadora avó de outro bebê e, no questionário do neto, não indicou qualquer dúvida quanto a esse aspecto. Outra berçarista também não compreendeu a expressão “adulto familiar” que teria aparecido muitas vezes no questionário. No entanto, respondeu a todos os itens da escala;
- b) uma mãe não compreendeu totalmente os itens 9 (notou mudanças a sua volta?) e 11 (ajustou seu nível de energia ao tipo de brincadeira?);
- c) uma mãe achou difícil o preenchimento da escala, pois algumas questões eram difíceis de avaliar em um bebê de apenas dois meses de idade, como era o caso do seu filho.

Na escala Deca T foram encontrados os seguintes erros de preenchimento:

- a) uma avó e uma mãe marcaram todas as opções da escala com um X, em vez de um tique, indicando que ou não leram ou não compreenderam as instruções ou, ainda, tenham automatizado o procedimento de marcar X em questionários de avaliação;
- b) uma professora usou corretivo e marcou todas as opções com um tique, indicando que ou não leu as instruções ou não compreendeu como marcar X e tique nas respostas;

- c) cinco avaliadoras preencheram o cabeçalho do questionário de modo incompleto, sem indicar a idade em meses da criança ou sem indicar a data completa de nascimento da criança.

Na escala Deca T foram indicadas as seguintes dúvidas ou dificuldades:

- a) uma mãe não compreendeu totalmente o item 3 (ajustou-se às mudanças na rotina?), pois achou que “confunde se a pergunta é sobre quão frequente é a mudança de rotina”;
- b) uma mãe não compreendeu totalmente o item 9 (demonstrou preocupação por outras crianças?), pois achou difícil dizer que sua filha apresenta qualquer tipo de “preocupação”, e, em vez disso, ela diria, talvez, “curiosidade” ou “incômodo”.

De acordo com a tabulação dos questionários sociodemográficos, os avaliadores se distribuem nos estratos socioeconômicos de acordo com a tabela a seguir:

Tabela 8 - Número de avaliadores por estrato socioeconômico por escala

Classe	Deca I	Deca T	Total
A	4	5 avaliadores 6 questionários	9
B1	4	3 avaliadores 5 questionários	7
B2	1	4 avaliadores 9 questionários	5
C1	2	1 avaliador 3 questionários	3
C2	2	0	2
D-E	0	0	0
Total	13 avaliadores, 13 questionários	13 avaliadores, 23 questionários	26 avaliadores, 36 questionários

10 CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados coletados na aplicação piloto, foi possível perceber que:

- a) a maioria dos avaliadores (21 em um total de 26, equivalentes a 80,76% dos avaliadores) respondeu à escala DECA I/T traduzida e adaptada em quinze minutos ou menos, o que indica que a maioria respondeu dentro do prazo considerado pelos autores da escala como o tempo adequado de preenchimento;
- b) a maioria dos avaliadores (25 em um total de 26, equivalentes a 96,15% dos avaliadores) achou fácil o preenchimento da escala traduzida e adaptada. Na escala DECA I traduzida e adaptada, 12 dos 13 avaliadores acharam fácil o preenchimento da escala, sendo que a mãe que achou difícil o preenchimento apresentou como justificativa o fato de achar difícil avaliar um bebê de apenas dois meses de idade. Na escala DECA T traduzida e adaptada, os 13 avaliadores acharam fácil o preenchimento da escala;
- c) a maioria dos avaliadores (24 em um total de 26, equivalentes a 92,30% dos avaliadores) compreendeu totalmente a linguagem da escala DECA I/T traduzida e adaptada. Na escala DECA I traduzida e adaptada, 11 dos 13 avaliadores compreenderam totalmente a linguagem e, na escala DECA T traduzida e adaptada, os 13 avaliadores compreenderam totalmente a linguagem;
- d) apenas três avaliadoras da escala DECA I traduzida e adaptada e duas avaliadoras da escala DECA T traduzida e adaptada indicaram incompreensão de itens. Na escala DECA I, uma mãe indicou não compreender dois itens da escala (9 e 11), mas não apresentou o motivo, e duas berçaristas não indicaram um item, mas sim uma expressão incompreendida – “adulto familiar” –, apenas uma delas tendo indicado que a dúvida ocorria por não ter certeza se incluía só a família ou também

a própria educadora. Na escala DECA T, uma mãe não compreendeu o item 9 e se justificou esclarecendo que achava difícil sua criança demonstrar preocupação, considerando que talvez demonstrasse apenas curiosidade ou incômodo; e uma mãe não compreendeu o item 3, justificando que “confunde se a pergunta é sobre quão frequente é a mudança de rotina”.

Os itens não compreendidos foram transcritos na tabela a seguir:

Tabela 9 - Itens não compreendidos por escala e número de avaliadores

DECA I	Avaliadores	DECA T	Avaliadores
Item 9 – notou mudanças a sua volta?	1 mãe	Item 3 – ajustou-se às mudanças na rotina?	1 mãe
Item 11 – ajustou seu nível de energia ao tipo de brincadeira?		Item 9 – demonstrou preocupação por outras crianças?	1 mãe

Como apenas duas avaliadoras, berçaristas, dentre o total de 26 avaliadores, questionaram a expressão “adulto familiar”, referida expressão foi considerada válida como tradução adaptada, pois não foi significativo/expressivo o percentual (7,69%) de respondentes que apresentaram essa dúvida.

Como apenas uma mãe não compreendeu os itens 9 e 11 da escala DECA I, uma mãe não compreendeu o item 3 e uma mãe não compreendeu o item 9 da DECA T, os referidos itens foram considerados válidos como tradução adaptada, pois não foi significativo/expressivo o percentual (7,69%) de avaliadores, em cada caso, que não compreenderam algum item.

- e) a maioria dos avaliadores se distribui nos estratos socioeconômicos A e B1. A compreensão e o preenchimento da escala se deram de maneira homogênea nos avaliadores de todos os estratos sociodemográficos participantes da pesquisa;
- f) no que diz respeito ao uso de x ou tique para marcação das respostas nos questionários de avaliação, a maioria dos avaliadores usou o tique. Apenas cinco avaliadores da escala DECA I e dois avaliadores da escala DECA T usaram x em vez de tique para responder a todas as questões. Assim, tendo em vista que a maioria dos avaliadores (73,07%) usou o tique corretamente, é possível manter essa estruturação de formato de marcação de respostas da escala original, mesmo não sendo o mais usual nas escalas de avaliação brasileiras. Essa dificuldade pode ser contornada eventualmente, com maiores esclarecimentos sobre o preenchimento das respostas, no momento de apresentação da escala aos avaliadores, ou na aplicação da escala por meio eletrônico, caso se desenvolva um aplicativo específico para a fase de validação, no qual a primeira marcação seja automaticamente um tique e, se o avaliador quiser alterar sua resposta, possa sobrepor um x na resposta dada inicialmente e, em seguida, marcar automaticamente com um tique a nova opção de resposta do mesmo item;
- g) apenas três avaliadores usaram corretivo em vez de sobrepor o x no tique dado inicialmente a uma resposta e marcar com um novo tique a opção final desejada de resposta. Novamente, como não foi expressivo o número ou percentual (11,53%) de avaliadores que se utilizaram desse recurso, e considerando que, mesmo nesse caso, é possível realizar a interpretação correta das respostas dadas, essa forma de responder ao questionário proposto na escala original pode ser mantida, mesmo não sendo a mais usual no Brasil.

A aplicação do piloto foi, portanto, essencial para a tradução e adaptação da escala DECA I/T, e a versão aplicada foi considerada apta a ser usada para a futura validação da escala, com base na análise dos dados da coleta da aplicação piloto.

Com a futura validação da escala para a cidade de São Paulo, e de acordo com o Guia do Usuário (MACKRAIN, LEBUFFE & POWELL, 2007a) da escala, será possível:

- a) interpretar os resultados, ou seja, a partir das respostas marcadas, obter os escores brutos para o bebê ou a criança, com base na pontuação da escala likert (Nunca=0, Raramente=1, Ocasionalmente=2, Frequentemente=3 e Muito Frequentemente=4). Há um formulário específico da escala para essa pontuação dos escores brutos, bem como para serem identificados e marcados os escores-T e percentis. No entanto, para identificar esses últimos valores, é necessária a aplicação do instrumento a um maior número de bebês/crianças em São Paulo. Desse modo, poder-se-á viabilizar, inclusive, a construção de tabelas contendo o perfil individual de cada criança por idade, bem como por tipo de avaliador (pais ou professores), com a identificação dos escores-T e percentis para cada tipo, o que faz parte da etapa de validação da escala. Na escala original, existem tabelas de um a três meses, de três a seis meses, de seis a nove meses e de nove a dezoito meses de idade, para a escala DECA I, e de dezoito a trinta e seis meses de idade para a escala DECA T. A partir do cálculo do fator de proteção total, na forma prevista no Guia do Usuário, será possível determinar se o bebê ou a criança estão na faixa típica (*typical*), na faixa inferior, denominada área de necessidade (*area of need*), ou na faixa superior, denominada área de força (*strength*);
- b) realizar duas técnicas de interpretação dos resultados, para os escores auferidos tanto na aplicação da escala DECA I, quanto na aplicação da escala DECA T. A primeira técnica irá comparar os escores obtidos por meio de dois avaliadores (mãe e professora por exemplo), para determinar se a criança mostra os mesmos ou diferentes padrões de comportamento com esses adultos ou em ambientes distintos. A segunda técnica comparará as avaliações da mesma criança obtidas em épocas

diferentes, para determinar se houve mudanças de comportamento ao longo do tempo. Cada uma dessas técnicas envolverá o mesmo procedimento básico previsto no Guia do Usuário, que deve ser seguido para determinar se a diferença entre os escores comparados pode ser considerada significativa ou não, ou seja, se reflete uma diferença real que tem importância para a criança.

Durante a aplicação do piloto e análise de seus dados, foi possível, ainda, refletir sobre o fato de que a escala DECA I/T realmente atinge o seu objetivo. É, verdadeiramente, uma escala de avaliação da primeira infância ligada à resiliência, pois permite aferir, por meio da observação do comportamento dos bebês e crianças pelos adultos, refletida nas respostas aos itens dos questionários de avaliação, como estão se manifestando, naquele momento, os fatores de proteção sociais e emocionais relacionados à resiliência (apego/relacionamento, iniciativa e autorregulação) do bebê ou da criança, levando em conta, adequadamente, as etapas do desenvolvimento físico e psicológico infantil. Nesse sentido, é a única escala para essa faixa etária que mensura comportamentos associados aos comportamentos já identificados pela ciência como comportamentos tipicamente resilientes, ou existentes em crianças identificadas como resilientes.

Por todo o exposto anteriormente nesta dissertação, concluímos, ainda, que a escala DECA I/T, ora traduzida e adaptada, poderá ser, após sua validação, um instrumento apto para o uso em programas públicos e privados ligados ao desenvolvimento da primeira infância.

REFERÊNCIAS

ABED, N. et al. Developing Psychological Well-Being Scale for Preschool Children. **Global journal of health science**, v. 8, n. 11, p. 104, 2016.

ADDRESSING THE NEEDS OF YOUNG CHILDREN IN CHILD WELFARE: PART C—EARLY INTERVENTION SERVICES. Washington, DC: Child Welfare Information Gateway, 2013. Disponível em: <<https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/partc.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

ANTHONY, E. James The syndrome of the psychologically invulnerable child. In: ANTHONY, E. J.; KOUPERNIK, C. (Ed.) **The child in his family: Children at psychiatric risk**. New York: Wiley, 1974. p. 201 – 230.

ANTHONY, E. J.; COHLER, B. J. (Ed.). The invulnerable child. New York: Guilford Press, 1987. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=tp4NKEfh5pcC&pg=PA46&dq=anthony+e+james+the+syndrome+of+the+psychologically+invulnerable+child&hl=en&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=anthony%20e%20james%20the%20syndrome%20of%20the%20psychologically%20invulnerable%20child&f=false>. Acesso em: 25 mar. 2017.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) **Resilience Guide for Parents and Teachers**. 2011. Disponível em: <www.apa.org/helpcenter/resilience.aspx>. Acesso em: 24 nov. 2015.

ARAUJO, C. A.; RIOS, A. M. G.; MELLO, M. A. (Org.) **Teoria e práticas de pesquisa em psicologia**. São Paulo: Ithaka Books, 2011.

ARAUJO, C. A.; SAUAIA, N. M. L. Resiliência e Psicologia Analítica. **Rev. Jung e Corpo**. São Paulo: JK Gráfica e Editora, n. 4, p. 37-44, 2004.

BARBOSA, G. S. **Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª série: validação e aplicação do “Questionário do Índice de Resiliência: Adultos – REIVICH – SHATTÉ/BARBOSA”**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARBOSA, R. J. **Tradução e Validação da Escala de Resiliência para crianças e adolescentes de Sandra Prince-Embury**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

BOYD, D.; BEE, H. **A criança em crescimento**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Apego, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Criança Feliz**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://mds.gov.br/crianca-feliz/entenda-o-programa/entenda-o-programa>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

BRIGGS GOWAN, M. J.; CARTER, A. S. **ITSEA/BITSEA: Infant-Toddler and Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment**. [S.l.] The Psychological Corporation, 2006. Disponível em: <<https://www.pearsonclinical.ca/en/products/product-master/item-74.html>> e <<https://www.pearsonclinical.ca/en/products/product-master/item-78.html>>. Acesso em 25 mar. 2017.

CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY. **Building the Brain's "Air Traffic Control" System: How Early Experiences Shape the Development of Executive Function: Working Paper No. 11**, 2011. Disponível em: <<http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2011/05/How-Early-Experiences-Shape-the-Development-of-Executive-Function.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

_____. **The Science of Neglect: The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain: Working Paper No. 12**, 2012. Disponível em: <<http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2012/05/The-Science-of-Neglect-The-Persistent-Absence-of-Responsive-Care-Disrupts-the-Developing-Brain.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

_____. **Supportive Relationships and Active Skill-Building Strengthen the Foundations of Resilience Working Paper No. 13**, 2015. Disponível em: <<http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/05/The-Science-of-Resilience2.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

CIESPI – CENTRO INTERNACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE A INFÂNCIA. **A criança na primeira infância em foco nas pesquisas brasileiras**. [2014] Disponível em: <http://www.ciespi.org.br/primeira_infancia/pesquisas/pesquisas-nacionais>. Acesso em: 17 maio 2017.

COHEN, R. J.; SWERDLIK, M. E.; STURMAN, E. D. **Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas**. 8ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). **Depression and anxiety**, v. 18, n. 2, p. 76-82, 2003.

CYRULNIK, B. **Os patinhos feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **Resilience: How your inner strength can set you free from the past**. New York: Tarcher/Penguin, 2011.

CUNHA, F.; HECKMAN, J. J. **Investing in our young people**. National Bureau of Economic Research, 2010.

DEVEREUX ADVANCED BEHAVIORAL HEALTH. **About us**. [201-?] Disponível em: <<http://www.devereux.org/site/PageServer?pagename=about>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

DEVEREUX CENTER FOR RESILIENT CHILDREN. **About us**. 2012. Disponível em: <<http://www.centerforresilientchildren.org/home/about-us/>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

DR. ALLAN SCHORE ON RESILIENCE AND THE BALANCE OF RUPTURE AND REPAIR. Produção de PsychAlive. [S.l.] [201-?] Vídeo com excerto de entrevista. Disponível em: < <https://www.psychalive.org/video-dr-allan-schore-resilience-balance-rupture-repair/>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

FEDER, A.; NESTLER, E. J.; CHARNEY, D. S. Psychobiology and molecular genetics of resilience. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 10, n. 6, p. 446-457, 2009.

FERGUS, S.; ZIMMERMAN, M. A. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. **Annual Rev. Public Health**, v. 26, p. 399-419, 2005.

FORDHAM, M. **A criança como indivíduo**. 10ª ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2006.

GARMEZY, N. Process and reactive schizophrenia: Some conceptions and issues. **Schizophrenia Bulletin**, v. 1, n. 2, p. 30, 1970.

_____. The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In: ANTHONY, E. J.; KOUPEERNIK, C. (Ed.) **The child in his family: Children at psychiatric risk**. New York: Wiley, 1974. p. 77-97.

_____. Stress-resistant children: The search for protective factors. In: STEVENSON, J. E. (Ed.) **Recent Research in Developmental Psychology**. Oxford: Pergamon Press, 1985. p. 213-233.

_____. Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In: HAGGERTY, R. J.; SHERROD, L. R.; GARMEZY, N.; RUTTER, M. (Eds.) **Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1996. p. 1-15.

GARMEZY, N.; MASTEN, A. S.; TELLEGEN, A. The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. **Child development**, p. 97-111, 1984.

GORDON-ROUSE, K. A. Infant and Toddler Resilience. **Early Childhood Education Journal**, v. 26, n. 1, p. 47-52. New York: Human Science Press, 1998.

HAMBLETON, R. K. ; PATSULA, L. Adapting tests for use in multiple languages and cultures. **Social Indicators Research**, n. 45, p. 153-171. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1998.

HECKMAN, J. J. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. **Science**, v. 312, n. 5782, p. 1900-1902, 2006.

HECKMAN, J. J. The economics, technology, and neuroscience of human capability formation. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 104, n. 33, p. 13250-13255, 2007.

_____. **Giving kids a fair chance**. Cambridge, USA: MIT Press, 2013.

HJEMDAL, O. Measuring Protective Factors: The Development of Two Resilience Scales in Norway. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, n. 16(2), p. 303-321. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2007.

IDA INSTITUTE. **Homepage**. [S.l.] 2016. Disponível em: < <http://www.ida-institute.org>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON BUILDING RESILIENCE. **Homepage**. [S.l.] 2017. Disponível em: < <http://www.buildresilience.org/2017/index.php>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

JACOBY, M. **Psicoterapia junguiana e a pesquisa contemporânea com crianças**: padrões básicos de intercambio emocional. São Paulo: Paulus, 2010.

KAPLAN, H. B. Toward an understanding of resilience: A Critical Review of Definitions and Models. In: GLANTZ, M. D.; JOHNSON, J. L. (Eds.) **Resilience and development: Positive life adaptations**. Boston: Springer US, 2002. p. 17-83.

KARATSOREOS, I. N.; MCEWEN, B. S. Psychobiological allostasis: resistance, resilience and vulnerability. **Trends in cognitive sciences**, v. 15, n. 12, p. 576-584, 2011.

KIM-COHEN, J. Resilience and Developmental Psychopathology. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, n. 16(2), p. 271-283. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2007.

KLUTE, M. M. **Annual Evaluation Report Clayton Educare: 2009-10 School Year**. [S.l.]: Clayton Early Learning Institute. Disponível em: < <http://www.centerforresilientchildren.org/wp-content/uploads/clayton-educare-report-0910-final.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

KNOX, J. **Archetype, attachment, analysis**: Jungian psychology and the emergent mind. New York: Brunner-Routledge, 2003.

_____. **Self-Agency in Psychotherapy Attachment, Autonomy and Intimacy**. New York: W.W. Norton & Company, 2011.

LIEBENBERG, L.; UNGAR, M.; CAMERON, C. A. Cultural Understandings of Resilience: Roots for Wings in the Development of Affective Resources for Resilience. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, n. 16(2), p. 285-301. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2007.

LISBOA, C.; KOLLER, S. H. Brazilian approaches to understanding and building resilience in at-risk populations. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, n. 16(2), p. 341-356. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2007.

LONGSTAFF, P. Managing surprises in complex systems: multidisciplinary perspectives on resilience. **Ecology and Society**, v. 14, n. 1, 2009.

LUTHAR, S. S.; CICHETTI, D.; BECKER, B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. **Child development**, v. 71, n. 3, p. 543-562, 2000.

MACKRAIN, M.; LEBUFFE, P.; POWELL, G. **Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers User's Guide**. Lewisville, USA: Kaplan Press, 2007a.

_____. **Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers Technical Manual**. Lewisville, USA: Kaplan Early Learning Corporation, 2007b.

MASTEN, A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development. **American psychologist**, v. 56, n. 3, p. 227, 2001.

_____. Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. **Development and psychopathology**, v. 19, n. 03, p. 921-930, 2007.

_____. Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. **Development and Psychopathology**, v. 23, n. 02, p. 493-506, 2011.

MASTEN, A. S.; COATSWORTH, J. D. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. **American psychologist**, v. 53, n. 2, p. 205, 1998.

MASTEN, A. S.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, B. B.; KAZDIN, A. E. (Eds) **Advances in clinical child psychology**. Boston: Springer US, 1985. v. 8, p. 1-52.

MASTEN, A. S.; GEWIRTZ, A. H.; SAPIENZA, J. K. Resilience in development: The importance of early childhood. In: TREMBLAY, R. E.; BOIVIN, M.; PETERS, R. de V. (Eds) **Encyclopedia on Early Childhood Development**, nov. 2013, p. 1-6. Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development. Disponível em: <<http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-Gewirtz-SapienzaANGxp2.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

MAYES, L. C.; LECKMAN, J. F. Nurturing Resilient Children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, n. 48 (3/4), p. 221-223, 2007.

MURPHY, L. B.; MORIARTY, A. E. **Vulnerability, coping and growth**: from infancy to adolescence. New Haven, CT, USA: Yale University Press, 1976. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=OuOPBAAAQBAJ&pg=PA9&dq=murphy+%26moriarty+vulnerability+1976&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwitsLWx6obVAhUJx5AKHS3ECd0Q6AEIKjAA#v=onepage&q=murphy%20%26moriarty%20vulnerability%201976&f=false>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

NAGLIERI, J. A.; LEBUFFE, P. A.; ROSS, K. M. Measuring resilience in children: from theory to practice. In: GOLDSTEIN, S.; BROOKS, R. B. (Eds) **Handbook of resilience in children**. Boston: Springer US, 2013. p. 241-259.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. **Young Children Develop in an Environment of Relationships**: Working Paper No. 1. 2004a. Disponível em: <<http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2004/04/Young-Children-Develop-in-an-Environment-of-Relationships.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

_____. **Children's Emotional Development Is Built into the Architecture of Their Brains: Working Paper No. 2**, 2004b. Disponível em: <<http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2004/04/Childrens-Emotional-Development-Is-Built-into-the-Architecture-of-Their-Brains.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

_____. **Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3**. Updated Edition, (2005/2014). Disponível em: <http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2005/05/Stress_Disrupts_Architecture_Developing_Brain-1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

_____. **The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture: Working Paper No. 5**, 2007. Disponível em: <http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2007/05/Timing_Quality_Early_Experiences-1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.

_____. **Establishing a Level Foundation for Life: Mental Health Begins in Early Childhood: Working Paper No. 6**. Updated Edition, 2008/2012. Disponível em: <<http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2008/05/Establishing-a-Level-Foundation-for-Life-Mental-Health-Begins-in-Early-Childhood.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

_____. **Persistent Fear and Anxiety Can Affect Young Children's Learning and Development: Working Paper No. 9**, 2010a. Disponível em: <<http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2010/05/Persistent-Fear-and-Anxiety-Can-Affect-Young-Childrens-Learning-and-Development.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. **Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development: Working Paper No. 10**, 2010b. Disponível em: <<http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2010/05/Early-Experiences-Can-Alter-Gene-Expression-and-Affect-Long-Term-Development.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

OSHIO, A.; NAKA, M.; KANEKO, H.. Development and Validation of an Adolescent Resilience Scale. **Japanese Journal of Counseling Science**, v. 35, p. 57-65, 2002.

OSHIO, A. et al. Construct validity of the adolescent resilience scale. **Psychological Reports**, v. 93, n. 3_suppl, p. 1217-1222, 2003.

PESCE, R. P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21 (2), p. 436-448, mar-abr 2005.

PETERSON, S. M.; WEBER, M. **Partners in Family Child Care: 2008-2011 Summary Report**. Rochester, USA: Children's Institute, 2011. Disponível em: <<http://www.centerforresilientchildren.org/wp-content/uploads/Childrens-institute.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de psicologia**, v. 25, n. 3, p. 405-416, 2008.

PRINCE-EMBURY, S. Resiliency scales for children and adolescents: Theory, research, and clinical application. . In: PRINCE-EMBURY, S.; SAKLOFSKE, D. H (Eds) **Resilience in Children, Adolescents, and Adults: Translating Research into Practice**. New York: Springer Verlag-New York, 2013. p. 19-44.

PRINCE-EMBURY, S.; SAKLOFSKE, D. H. Translating resilience theory for application: Introduction. In: PRINCE-EMBURY, S.; SAKLOFSKE, D. H (Eds) **Resilience in Children, Adolescents, and Adults: Translating Research into Practice**. New York: Springer Verlag-New York, 2013. p. 3-7.

REPPOLD, C. T. et al. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 25, n. 2, p. 248-255, 2012.

RESILIENCE ALLIANCE. **Background**. [2017] Disponível em: <<https://www.resalliance.org/background>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

ROSSIN-SLATER, M. Promoting health in early childhood. **The Future of Children**, v. 25, n. 1, p. 35-64, 2015.

RUTTER, M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. **Annals of the Academy of Medicine**, v. 8, n. 3, p. 324-338. Singapore, 1979.

_____. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resilience to psychiatric disorder. **British Journal of Psychiatry**, 147, 598-611, 1985.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **Journal of Adolescence Health**, n. 14, p. 626-631. New York: Elsevier Science Publishing, 1993.

_____. Implications of resilience concepts for scientific understanding. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1094, n. 1, p. 1-12, 2006.

_____. Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications In: SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. (Eds) **Handbook of early childhood intervention/edited**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. p. 651-682.

_____. Resilience as a dynamic concept. **Development and psychopathology**, v. 24, n. 2, p. 335-344, 2012.

_____. Annual research review: resilience—clinical implications. **Journal of child psychology and psychiatry**, v. 54, n. 4, p. 474-487, 2013.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em estudo**, 2005.

SCHORE, A. N. **Affect Dysregulation and Disorders of the Self**. New York: W.W. Norton & Company, 2003.

_____. **The Science of the Art of Psychotherapy**. New York: W.W. Norton & Company, 2012.

_____. **Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development**. London: Routledge, 2016.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, n. 7, p. 268-274, 2011. New Jersey: Blackwell Publishing.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. 4ª. Ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.

SQUIRES, J. K. et al. A Psychometric Study of the Infant and Toddler Intervals of the Social Emotional Assessment Measure. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 33, n. 2, p. 78-90, 2013.

SQUIRES, J.; BRICKER, D. D. **An activity-based approach to developing young children's social emotional competence**. Baltimore: PH Brookes Publishing Company, 2007.

STERN, D. N. **The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy**. London: Karnac, 1995.

STOCKHOLM RESILIENCE CENTRE. **Annual Report 2016**. Disponível em: <<https://stockholmuniversit.app.box.com/s/9lobzohdtn8kp4o4epz6f0rb2mq6sdsd>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

TARTER, R. E.; VANYUKOV, M. Re-visiting the validity of the construct of resilience. In: GLANTZ, M. D.; JOHNSON, J. L. (Eds.) **Resilience and development: Positive life adaptations**. Boston: Springer US, 2002. p. 85-100.

TUBACH, F. et al. A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 648, 2012.

UNGAR, M. Practitioner review: diagnosing childhood resilience – a systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 56, n. 1, p. 4-17, 2015.

WERNER, E. E. Protective factors and individual resilience. **Handbook of early childhood intervention**, v. 2, p. 115-132, 2000.

VAN WIDENFELT, B. M. et al. Translation and Cross Cultural Adaptation of Assessment Instruments Used in Psychological Research with Children and Families. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 8, n. 2, p. 135-147, 2005.

WILKINSON, M. **Coming into mind: The mind-brain relationship** – A Jungian clinical perspective. London: Routledge, 2009.

WINDLE, G.; BENNETT, K. M.; NOYES, J. A methodological review of resilience measurement scales. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 9:8, 2011. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-9-8>>. Acesso em: 5 jul. 2017.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ANEXO 1 – Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers – Record Form



**Devereux Early Childhood Assessment for Infants
Record Form
(1 month up to 18 months)**

Mary Mackrain, Paul LeBuffe and Gregg Powell

Infant's Name _____ Gender _____ DOB _____ Age _____
 Person Completing this Form _____ Relationship to Infant _____ (In Months)
 Date of Rating _____ Site/Program _____ Room _____

This form describes a number of behaviors seen in some infants. Read the statements that follow the phrase: *During the past 4 weeks, how often did the infant...* and place a check mark in the box underneath the word that tells how often you saw the behavior. Answer each question carefully. There are no right or wrong answers. Please answer every item. If you wish to change your answer, put an X through it and fill in your new choice as shown to the right.

Item #	During the past 4 weeks, how often did the infant...	Never	Rarely	Occasionally	Frequently	Very Frequently
1	try to do new things?	☒	☐	☐	☐	☐
2	respond when spoken to?	☐	☐	☐	☐	☐
3	imitate actions of others?	☐	☐	☐	☐	☐
4	enjoy interacting with others?	☐	☐	☐	☐	☐
5	keep trying when unsuccessful?	☐	☐	☐	☐	☐
6	enjoy being cuddled?	☐	☐	☐	☐	☐
7	show interest in what others were doing?	☐	☐	☐	☐	☐
8	show affection for a familiar adult?	☐	☐	☐	☐	☐
9	notice changes in surroundings?	☐	☐	☐	☐	☐
10	seek comfort from familiar adults?	☐	☐	☐	☐	☐
11	adjust her/his energy level to the type of play?	☐	☐	☐	☐	☐
12	act in a good mood?	☐	☐	☐	☐	☐
13	act happy when praised?	☐	☐	☐	☐	☐
14	make eye contact with others?	☐	☐	☐	☐	☐
15	explore surroundings?	☐	☐	☐	☐	☐
16	calm down with help from a familiar adult?	☐	☐	☐	☐	☐
17	express her/his dislikes?	☐	☐	☐	☐	☐
18	smile back at a familiar adult?	☐	☐	☐	☐	☐
19	reach for a familiar adult?	☐	☐	☐	☐	☐
20	respond to her/his name?	☐	☐	☐	☐	☐
21	keep trying to obtain a toy?	☐	☐	☐	☐	☐
22	react to another child's cry?	☐	☐	☐	☐	☐
23	smile at familiar adults?	☐	☐	☐	☐	☐
24	respond positively to adult attention?	☐	☐	☐	☐	☐
25	act happy?	☐	☐	☐	☐	☐
26	act in a way that make others smile or show interest?	☐	☐	☐	☐	☐
27	easily go from one activity to another?	☐	☐	☐	☐	☐
28	seek attention when a familiar adult was with another child?	☐	☐	☐	☐	☐
29	look to a familiar adult when exploring her/his surroundings?	☐	☐	☐	☐	☐
30	enjoy being around other children?	☐	☐	☐	☐	☐
31	show pleasure when interacting with adults?	☐	☐	☐	☐	☐
32	act happy with familiar adults?	☐	☐	☐	☐	☐
33	accept comfort from a familiar adult?	☐	☐	☐	☐	☐

Copyright © 2007 by The Devereux Foundation.
 All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or stored in any form by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher.

Anexo 1 – Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers – Record Form

- Cont. -

53875_DECA2prtall 12/28/06 9:21 AM Page 3



Devereux Early Childhood Assessment for Infants Record Form (1 month up to 18 months)

Mary Mackrain, Paul LeBuffe and Gregg Powell

Infant's Name _____ Gender _____ DOB _____ Age _____
 Person Completing this Form _____ Relationship to Infant _____ (In Months)
 Date of Rating _____ Site/Program _____ Room _____

Scale Raw Score	Initiative (IN)	Attachment/Relationships (A/R)	Total Protective Factors (TPF)
T Score			Sum
Percentile			T Score
Description			Percentile
			Description

Item # During the past 4 weeks, how often did the infant...	Never	Rarely	Occasionally	Frequently	Very Frequently	IN	A/R
1 try to do new things?	0	1	2	3	4		
2 respond when spoken to?	0	1	2	3	4		
3 imitate actions of others?	0	1	2	3	4		
4 enjoy interacting with others?	0	1	2	3	4		
5 keep trying when unsuccessful?	0	1	2	3	4		
6 enjoy being cuddled?	0	1	2	3	4		
7 show interest in what others were doing?	0	1	2	3	4		
8 show affection for a familiar adult?	0	1	2	3	4		
9 notice changes in surroundings?	0	1	2	3	4		
10 seek comfort from familiar adults?	0	1	2	3	4		
11 adjust her/his energy level to the type of play?	0	1	2	3	4		
12 act in a good mood?	0	1	2	3	4		
13 act happy when praised?	0	1	2	3	4		
14 make eye contact with others?	0	1	2	3	4		
15 explore surroundings?	0	1	2	3	4		
16 calm down with help from a familiar adult?	0	1	2	3	4		
17 express her/his dislikes?	0	1	2	3	4		
18 smile back at a familiar adult?	0	1	2	3	4		
19 reach for a familiar adult?	0	1	2	3	4		
20 respond to her/his name?	0	1	2	3	4		
21 keep trying to obtain a toy?	0	1	2	3	4		
22 react to another child's cry?	0	1	2	3	4		
23 smile at familiar adults?	0	1	2	3	4		
24 respond positively to adult attention?	0	1	2	3	4		
25 act happy?	0	1	2	3	4		
26 act in a way that make others smile or show interest?	0	1	2	3	4		
27 easily go from one activity to another?	0	1	2	3	4		
28 seek attention when a familiar adult was with another child?	0	1	2	3	4		
29 look to a familiar adult when exploring her/his surroundings?	0	1	2	3	4		
30 enjoy being around other children?	0	1	2	3	4		
31 show pleasure when interacting with adults?	0	1	2	3	4		
32 act happy with familiar adults?	0	1	2	3	4		
33 accept comfort from a familiar adult?	0	1	2	3	4		

Scale Raw Scores →

Copyright © 2007 by The Chronicle's Foundation
 All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or stored in a retrieval system, without permission in writing from the publisher.

Anexo 1 – Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers – Record Form

- Cont. -

53875_Guidexx4 12/28/06 9:17 AM Page 2

Guidelines for Scoring the Devereux Early Childhood Assessment for Infants

1. On page 3 copy the number (0-4) for each item from the box that was checked to the empty box on the same line.
2. Add the numbers in each column under IN and A/R to compute the scale raw scores, and enter the sums in the spaces provided at the bottom right corner of page 3.
3. Write those sums in the appropriate Scale Raw Score boxes across the top of page 3 (IN=Initiative; A/R=Attachment/Relationships).
4. Obtain the DECA-I Individual Profile. In step 5, make sure that you use the correct profile depending on 1) child's age and 2) who is the rater, the child's parent (or other family member) or teacher (or other professional such as child care providers or home visitors).
5. On the DECA-I Individual Profile, circle the appropriate Scale Raw Score on the vertical line underneath each of the two scales (Initiative and Attachment/Relationships).
6. Connect the scores for the two Protective Factor Scales (Initiative and Attachment/Relationships) to create the child's Protective Factor Profile. Do NOT connect these scores to Total Protective Factors.
7. Using either the Individual Profile, or the tables in the User's Guide, determine the T score and percentile associated with the Initiative and Attachment/Relationships Scale Raw Scores and record these in the boxes at the top of page 3.
8. Add the Initiative and Attachment/Relationships T scores together to get a sum. Record this number in the box labeled Sum under the Total Protective Factors box on page 3.
9. Using either the Individual Profile, or the tables in the User's Guide, determine the T score and percentile associated with the Total Protective Factors sum (IN and A/R added together) and record in the boxes at the top of page 3.
10. Determine the description (i.e., strength, typical, area of need) for each scale using the following guide:
 Strength is equal to a T score of 60 or above
 Typical is equal to a T score of 41 to 59
 Area of Need is equal to a T score of 40 or below.

Anexo 1 – Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers – Record Form

- Cont. -

53 875_DBCA2prt.x8 12/28/06 9:21 AM Page 4



Devereux Early Childhood Assessment for Toddlers
Record Form
(18 months up to 36 months)

Mary Mackrain, Paul LeBuffe and Gregg Powell

Toddler's Name _____ Gender _____ DOB _____ Age _____
 Person Completing this Form _____ Relationship to Toddler _____ (In Months)
 Date of Rating _____ Site/Program _____ Room _____

Scale Raw Score	Attachment/Relationship (A/R)	Initiative (IN)	Self-Regulation (SR)		Total Protective Factors (TPF)
T Score	+			=	Sum
Percentile					T Score
Description					Percentile
					Description

Item #	During the past 4 weeks, how often did the toddler...	Never	Rarely	Occasionally	Frequently	Very Frequently	A/R	IN	SR
1	enjoy interacting with others?	0	1	2	3	4			
2	show affection for a familiar adult?	0	1	2	3	4			
3	adjust to changes in routine?	0	1	2	3	4			
4	seek comfort from familiar adults?	0	1	2	3	4			
5	makes needs known to a familiar adult?	0	1	2	3	4			
6	act happy with familiar adults?	0	1	2	3	4			
7	show interest in her/his surroundings?	0	1	2	3	4			
8	respond when spoken to?	0	1	2	3	4			
9	show concern for other children?	0	1	2	3	4			
10	try to comfort others?	0	1	2	3	4			
11	act happy when praised?	0	1	2	3	4			
12	participate in group activities?	0	1	2	3	4			
13	make eye contact with others?	0	1	2	3	4			
14	enjoy being cuddled?	0	1	2	3	4			
15	smile back at a familiar adult?	0	1	2	3	4			
16	ask to do new things?	0	1	2	3	4			
17	reach for a familiar adult?	0	1	2	3	4			
18	respond to her/his name?	0	1	2	3	4			
19	react to another child's cry?	0	1	2	3	4			
20	smile at familiar adults?	0	1	2	3	4			
21	easily go from one activity to another?	0	1	2	3	4			
22	show pleasure when interacting with adults?	0	1	2	3	4			
23	handle frustration well?	0	1	2	3	4			
24	makes others aware of her/his needs?	0	1	2	3	4			
25	accept comfort from a familiar adult?	0	1	2	3	4			
26	play make-believe?	0	1	2	3	4			
27	follow simple directions?	0	1	2	3	4			
28	show preference for a particular playmate?	0	1	2	3	4			
29	try to clean up after herself/himself?	0	1	2	3	4			
30	easily follow a daily routine?	0	1	2	3	4			
31	play with other children?	0	1	2	3	4			
32	try to do things for herself/himself?	0	1	2	3	4			
33	calm herself/himself?	0	1	2	3	4			
34	accept another choice when the first choice was not available?	0	1	2	3	4			
35	have regular sleeping patterns?	0	1	2	3	4			
36	express a variety of emotions (e.g. happy, sad, mad)?	0	1	2	3	4			

Copyright © 2007 by The Devereux Foundation.
 All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher.

Scale Raw Scores →

Anexo 1 – Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers – Record Form

- Cont. -

53875_DECA2prt.x8 12/28/06 9:21 AM Page 2



Devereux Early Childhood Assessment for Toddlers Record Form (18 months up to 36 months)

Mary Mackrain, Paul LeBuffe and Gregg Powell

Toddler's Name _____ Gender _____ DOB _____ Age _____
 Person Completing this Form _____ Relationship to Toddler _____ (In Months)
 Date of Rating _____ Site/Program _____ Room _____

This form describes a number of behaviors seen in some toddlers. Read the statements that follow the phrase: *During the past 4 weeks, how often did the toddler...* and place a check mark in the box underneath the word that tells how often you saw the behavior. Answer each question carefully. There are no right or wrong answers. Please answer every item. If you wish to change your answer, put an X through it and fill in your new choice as shown to the right.

Item #	During the past 4 weeks, how often did the toddler...	Never	Rarely	Occasionally	Frequently	Very Frequently
1	enjoy interacting with others?	☐	☐	☐	☐	☐
2	show affection for a familiar adult?	☐	☐	☐	☐	☐
3	adjust to changes in routine?	☐	☐	☐	☐	☐
4	seek comfort from familiar adults?	☐	☐	☐	☐	☐
5	makes needs known to a familiar adult?	☐	☐	☐	☐	☐
6	act happy with familiar adults?	☐	☐	☐	☐	☐
7	show interest in her/his surroundings?	☐	☐	☐	☐	☐
8	respond when spoken to?	☐	☐	☐	☐	☐
9	show concern for other children?	☐	☐	☐	☐	☐
10	try to comfort others?	☐	☐	☐	☐	☐
11	act happy when praised?	☐	☐	☐	☐	☐
12	participate in group activities?	☐	☐	☐	☐	☐
13	make eye contact with others?	☐	☐	☐	☐	☐
14	enjoy being cuddled?	☐	☐	☐	☐	☐
15	smile back at a familiar adult?	☐	☐	☐	☐	☐
16	ask to do new things?	☐	☐	☐	☐	☐
17	reach for a familiar adult?	☐	☐	☐	☐	☐
18	respond to her/his name?	☐	☐	☐	☐	☐
19	react to another child's cry?	☐	☐	☐	☐	☐
20	smile at familiar adults?	☐	☐	☐	☐	☐
21	easily go from one activity to another?	☐	☐	☐	☐	☐
22	show pleasure when interacting with adults?	☐	☐	☐	☐	☐
23	handle frustration well?	☐	☐	☐	☐	☐
24	makes others aware of her/his needs?	☐	☐	☐	☐	☐
25	accept comfort from a familiar adult?	☐	☐	☐	☐	☐
26	play make-believe?	☐	☐	☐	☐	☐
27	follow simple directions?	☐	☐	☐	☐	☐
28	show preference for a particular playmate?	☐	☐	☐	☐	☐
29	try to clean up after herself/himself?	☐	☐	☐	☐	☐
30	easily follow a daily routine?	☐	☐	☐	☐	☐
31	play with other children?	☐	☐	☐	☐	☐
32	try to do things for herself/himself?	☐	☐	☐	☐	☐
33	calm herself/himself?	☐	☐	☐	☐	☐
34	accept another choice when the first choice was not available?	☐	☐	☐	☐	☐
35	have regular sleeping patterns?	☐	☐	☐	☐	☐
36	express a variety of emotions (e.g. happy, sad, mad)?	☐	☐	☐	☐	☐

Copyright ©2007 by The Devereux Foundation.
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publisher.

Anexo 1 – Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers – Record Form

- Cont. -

53875_Guidex4 12/28/06 9:17 AM Page 1

Guidelines for Scoring the Devereux Early Childhood Assessment for Toddlers

1. On page 3 copy the number (0-4) for each item from the box that was checked to the empty box on the same line.
2. Add the numbers in each column under A/R, IN and SR to compute the scale raw scores, and enter the sums in the spaces provided at the bottom right corner of page 3.
3. Write those sums in the appropriate Scale Raw Score boxes across the top of page 3 (A/R=Attachment/Relationships; IN=Initiative; SR=Self-Regulation).
4. Obtain the DECA-T Individual Profile. In step 5, make sure that the correct profile is used depending on 1) child's age and 2) who is the rater, the child's parent (or other family member) or teacher (or other professional such as child care providers, or home visitors).
5. On the DECA-T individual profile, circle the appropriate Scale Raw Score on the vertical line underneath each of the three scales (Attachment/Relationships, Initiative and Self-Regulation).
6. Connect the scores for the three Protective Factor Scales (Attachment/Relationships, Initiative and Self-Regulation) to create the child's Protective Factor Profile. Do NOT connect these scores to Total Protective Factors.
7. Using either the Individual Profile, or the tables in the User's Guide, determine the T score and percentile associated with the Attachment/Relationships, Initiative and Self-Regulation Scale Raw Scores and record these in the boxes at the top of page 3.
8. Add the Attachment/Relationships, Initiative and Self-Regulation T scores together to get a sum. Record this number in the box labeled Sum under the Total Protective Factors box on page 3.
9. Using either the Individual Profile, or the tables in the User's Guide, determine the T score and the percentile associated with the Total Protective Factors Sum (A/R, IN and SR added together) and record in the boxes at the top of page 3.
10. Determine the description (i.e., strength, typical, area of need) for each scale and record using the following guide:
 Strength is equal to a T score of 60 or above
 Typical is equal to a T score of 41 to 59
 Area of Need is equal to a T score of 40 or below.

ANEXO 2 – Devereux Early Childhood Assessment Student Translation License Agreement

DEVEREUX EARLY CHILDHOOD ASSESSMENT STUDENT TRANSLATION LICENSE AGREEMENT

Licensor: The Devereux Foundation
444 Devereux Drive
Villanova, PA 19085
Attn: Susan Damico, Assistant Director, Devereux Center for Resilient Children

Licensee: Catholic University of São Paulo
(Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – “PUC-SP”)

Professor's Name: Denise Gimenez Ramos

Students' Name: Mônica Andrégo Moreira de Ulhoa Coelho

Address: Rua Pará, 76, cjto. 54, Consolação, 01243-020, São Paulo, SP, Brazil
Email: deniseramos@uol.com.br, consultoriomac@gmail.com

This Devereux Early Childhood Assessment Student Translation License Agreement (“Agreement”) is entered into as of the 25th day of September, 2015, between The Devereux Foundation (“Licensor”) and the professor and student whose name are set forth above (“Licensee”).

Recitals:

A. Licensor, The Devereux Foundation (“Devereux”) owns all right, title and interest in, and publishes and distributes a collection of materials titled “The Devereux Early Childhood Assessment”, including specifically the following materials: DECA (Devereux Early Childhood Assessment) (the “Assessment”).

B. Licensee is a Professor at Catholic University of São Paulo (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – “PUC-SP”) and has requested permission to translate the Assessment into the Portuguese language in connection with Licensee's research and studies (the “Permitted Translation”).

NOW, THEREFORE, in consideration of the foregoing premises and other good and valuable consideration, the parties agree as follows:

1. Translation of the Assessment. Licensor grants to Licensee the right and permission to translate the Assessment, at Licensee's expense, into the Permitted Translation. Licensee shall translate the Permitted Translation from the existing published English language version, faithfully and accurately to the best of Licensee's ability. Licensee will be solely responsible for the quality of the translation and use of appropriate norms, for Licensee's educational use.

ANEXO 2 – Devereux Early Childhood Assessment Student Translation License Agreement

- Cont -

2. Delivery of Permitted Translations. Licensee shall deliver to Licensor one (1) complete and final version (electronically, in Microsoft Word file format) of each Permitted Translation within five (5) business days of completion of the Permitted Translation.

3. Retention of Rights. Devereux shall retain the copyright and all other rights in the Assessment and all content thereof, including without limitation the Permitted Translation, in all revisions throughout the world, and in all forms of copyright whether now in existence or hereafter created. Licensee acknowledges that Licensee is preparing the Permitted Translation on behalf of Licensor and Devereux as a "work for hire", and hereby assigns to Devereux, and its successors and assigns, all copyright and other rights that Licensee might otherwise have in the Permitted Translation. If Licensee contracts with a third party to prepare the Permitted Translation or any part thereof, Licensee shall ensure that the rights of Devereux in the Assessment and the Permitted Translation are protected contractually, in form satisfactory to and approved by Licensor and Devereux.

4. Grant of Rights. Licensee shall have the right to use the Permitted Translation solely for research and educational purposes (the "Approved Use"). Licensee agrees that the Permitted Translation will be used solely by Licensee for the Approved Use, and that Licensee will make no other use or distribution of the Permitted Translation. Licensee is specifically prohibited from making any commercial use or distribution of the Permitted Translation. Other than as provided in this Agreement related to the development and use of the Permitted Translation, Licensee further acknowledges that Licensee will have no right to modify any of the content of the Assessment, or to prepare translations of other products published by Licensor, without the prior consent of Licensor, or to sell, grant the right to use, distribute, or grant any other right in the Assessment or the Permitted Translation.

5. Intellectual Property. Licensee acknowledges the exclusive intellectual property rights of Devereux in the Assessment and the Permitted Translation. Licensee shall not, at any time during or after the term of this Agreement, dispute or contest such exclusive right and title. It is understood and agreed that Licensee's license for the Permitted Translation is solely for the purpose of allowing Licensee to translate the Assessment into the aforementioned language and to use the Permitted Translation for the Approved Use, and for no other purpose.

6. Confidentiality. Licensee agrees that it will maintain the confidentiality of, and will not disclose to any third party, the terms of this Agreement, including the existence of this Agreement.

7. Term. This Agreement shall be effective as of the date it is fully executed and shall continue for a period of ~~twelve (12)~~ ^{24 months} months (the "Term"). Notwithstanding the foregoing, Licensee may continue use of the Permitted Translation beyond the Term, solely for the Approved Use, so long as Licensee remains in compliance with the terms of this Agreement. Licensor may terminate this Agreement effective immediately at any time if Licensee is in default of the terms of this Agreement. Upon the termination of this Agreement, Licensee shall cease any further use of the Assessment or the Permitted Translation.

8. Jurisdiction; Venue. The parties agree that any dispute arising out of this Agreement shall be subject to the jurisdiction of both the state and federal courts in North Carolina. For that purpose, the parties submit to the jurisdiction of the state and federal courts of Montgomery County, 3

ANEXO 2 – Devereux Early Childhood Assessment Student Translation License Agreement

- Cont -

Pennsylvania, and each of the parties agrees to accept service of process out of any such courts in any such dispute by registered or certified mail addressed to such party.

9. Assignment. Licensee shall not assign Licensee's rights under this Agreement without the prior written consent of Licensor.

10. Counterparts. This Agreement may be executed in multiple counterparts, each of which shall be an original and may be introduced into evidence as conclusive proof of the content hereof, and together which shall constitute a single agreement.

11. Binding Effect. This Agreement shall be binding upon the parties and their respective successors, permitted assigns and legal representatives.

12. Entire Agreement. This Agreement shall constitute the entire agreement between the parties with respect to its content.

IN WITNESS WHEREOF, an authorized representative of each of the parties has executed this Agreement with effect as of the date set forth at the beginning of this Agreement.

LICENSOR:

The Devereux Foundation

By: Paul A. LeBlond

Name:

Title: Director, DCR

The Devereux Foundation

By: Susan Damico

Name:

Title: Assistant Director

LICENSEE:

Signed: Denise Gimenez Ramos

Print Name: Denise Gimenez Ramos

Signed: Mônica Andréia Moreira de Ulhoa Coelho

Print Name: Mônica Andréia Moreira de Ulhoa Coelho

ANEXO 3 – Carta-convite para tradução

Eu, Mônica Andrigo Moreira de Ulhoa Coelho, convido-o(a) a participar da pesquisa de campo referente à dissertação de mestrado intitulada “Tradução, adaptação e validação da escala de avaliação da primeira infância para bebês e crianças DECA I/T (*Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers*), por mim desenvolvida junto ao Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Denise G. Ramos.

Para tanto, será necessário realizar a tradução ou retrotradução da escala DECA I/T no prazo combinado. O(a) tradutor(a) fica por meio desta carta convite ciente do fato de que tanto a tradução ou retrotradução, como a versão original da escala são confidenciais, não devendo ser divulgadas ou compartilhadas por nenhum meio com ninguém, exceto a pesquisadora e sua orientadora.

A pesquisadora coloca-se a disposição para qualquer esclarecimento necessário à realização da tradução ou retrotradução pelo telefone (11 98111-5301) e/ou e-mail (moandrigocoelho@hotmail.com), para que o acesso seja possível a qualquer momento. O(a) tradutor(a) poderá entrar em contato com a orientadora a qualquer tempo pelo telefone (11 3670-8521)

A pesquisa a que se refere essa carta convite foi subordinada às normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A colaboração do(a) tradutor(a) se fará anônima, sendo autorizada a utilização dos questionários da escala por ele(a) traduzidos ou retrotraduzidos pela pesquisadora para a finalidade da sua pesquisa.

O(a) tradutor(a) poderá a qualquer tempo desistir de realizar a tradução ou retrotradução a seu exclusivo critério, e sem qualquer prejuízo, apenas devendo comunicar à pesquisadora sua desistência.

São Paulo, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) tradutor(a): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura da orientadora: _____

ANEXO 4 – Carta-convite

Eu, Mônica Andrigo Moreira de Ulhoa Coelho, convido-o (a) a participar da pesquisa de campo referente à dissertação de mestrado intitulada “Tradução, adaptação e validação da escala de avaliação da primeira infância para bebês e crianças DECA I/T (“Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers”), por mim desenvolvida junto ao Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof^a. Dra. Denise G. Ramos.

Para tanto, será necessário realizar um encontro para apresentação e esclarecimentos a respeito da escala (sua origem e finalidade) e orientações relativas ao preenchimento dos questionários da escala, bem como do Formulário de Avaliação da Escala, do Questionário Sociodemográfico e Questionário de Informações Gerais. Após a aplicação da escala relativamente a um bebê ou criança que esteja sob seus cuidados, será realizado um encontro final para coleta dos dados da aplicação da escala e entrega dos questionários e formulários acima mencionados devidamente preenchidos. O(a) participante fica por meio desta carta-convite ciente do fato de que tanto a escala traduzida, como a versão original da escala em inglês, bem como os dados coletados na aplicação da escala e demais formulários e questionários são confidenciais, não devendo ser divulgados ou compartilhados por nenhum meio com ninguém, exceto a pesquisadora e sua orientadora.

A pesquisadora coloca-se à disposição para qualquer esclarecimento necessário a respeito da escala e o preenchimento de seus questionários, bem como a respeito de qualquer outro assunto que possa surgir não necessariamente vinculado à pesquisa, pelo telefone (11 98111-5301) e/ou e-mail (moandrigocoelho@hotmail.com), para que o acesso seja possível a qualquer momento. O(a) participante poderá entrar em contato com a orientadora a qualquer tempo pelo telefone (11 3670-8521)

A pesquisa a que se refere esta carta convite foi subordinada às normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A colaboração do(a) participante se fará anônima, sendo autorizada a utilização dos questionários da escala por ele(a) preenchidos pela pesquisadora para a finalidade da sua pesquisa.

O(a) participante poderá a qualquer tempo desistir de realizar a tradução ou retrotradução a seu exclusivo critério e sem qualquer prejuízo, apenas devendo comunicar à pesquisadora sua desistência.

São Paulo, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura da orientadora: _____

ANEXO 5 – Esclarecimentos sobre o item 29 (*Toddlers*) da Escala *Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers*



Monica Andriago Coelho <consultoriomac@gmail.com>

DECA I/T Translation into Portuguese - Item 29 of Toddlers Record Form

Monica Andriago Coelho <consultoriomac@gmail.com>

Mon, Dec 12, 2016 at 3:55 PM

To: Susan Damico <sdamico@devereux.org>

Cc: "moandrigocoelho@hotmail.com" <moandrigocoelho@hotmail.com>, Richard Rinaldi <rinaldi@devereux.org>

Dear Susan and Richard,

I hope all is well with you! As promised, I am giving you an update on the work I am developing here in Brazil.

After approval of my project by the University's Ethics Committee, I have been working on the academic translation and back translation of DECA I/T during this semester. For your information in this translation process the original version in English was translated into Portuguese by me and another two translators (all translators are duly aware of the confidentiality of this study). Then I compared the three translated versions and made a single translation that was reviewed by my supervisor, Denise G. Ramos. This single version was then sent to a native English speaker who also speaks Portuguese, and he back translated it into English. I compared his back translation with the original version in English and after that I had a meeting with the back translator to clarify a few doubts. The majority of the doubts were clarified, but there is a controversy in only one item of the toddlers record form (item 29) that needs clarification from you in order for us to define how it should be better translated into Portuguese.

Item 29 of the toddlers record form states: **"try to clean up after herself/himself?"**. I understand that this is an item related to the protective factor Initiative, but what exactly is meant by this item/question? What were you trying to evaluate with this Initiative item? What was in mind of the creators/developers of the scale in this item, or in other words which skill/positive behavior of the toddlers were they intending to verify?

Our difficulty here is due to the fact that "clean", "clean up" and "clean up after oneself" have very different meanings in Portuguese, so I really need your input in this regard to finalize the translation.

ANEXO 5 – Esclarecimentos sobre o item 29 (Toddlers) da Escala Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers

- Cont. -



Monica Andriago Coelho <consultoriomac@gmail.com>

DECA I/T Translation into Portuguese - Item 29 of Toddlers Record Form

Susan Damico <sdamico@devereux.org>

Mon, Dec 12, 2016 at 8:30 PM

To: Monica Andriago Coelho <consultoriomac@gmail.com>

Cc: "moandrigocoelho@hotmail.com" <moandrigocoelho@hotmail.com>; Richard Rinaldi <rrinaldi@devereux.org>; Mary Mackrain <mackrain@aol.com>

Hello Monica and thank you for your update. I am including the author of the DECA Toddler form to confirm whether she can provide additional information to my response to your question. Item #29 **"try to clean up after herself/himself?"** is intended to gather information about both a child's interest and ability in attempting to help clean up from an activity that he/she is involved with either alone, with other children or with an adult.

I hope this helps to clarify--- If you need further clarification, please reply all so that Mary Mackrain, the author, can help with a more thorough response.

Susan

From: Monica Andriago Coelho [mailto:consultoriomac@gmail.com]

Sent: Monday, December 12, 2016 12:56 PM

To: Susan Damico <sdamico@devereux.org>

Cc: moandrigocoelho@hotmail.com; Richard Rinaldi <rrinaldi@devereux.org>

Subject: DECA I/T Translation into Portuguese - Item 29 of Toddlers Record Form

[Quoted text hidden]

Devereux Advanced Behavioral Health – Unlocking Human Potential.

Please consider the environment before printing this e-mail.

This email (including any attached files) may contain confidential information and/or protected health information (PHI) intended solely for the use of Devereux Advanced Behavioral Health and the recipients named above. If you are not the intended recipient or the employee or agent responsible for delivering this message to the intended recipient, you are hereby notified that any review, transmission, distribution, printing or copying of this email and/or any attachments is strictly prohibited. If you have received this transmission in error, please immediately notify us by leaving a voice mail at 800-385-6353 and permanently delete this email and any attachments. Unless specifically attributed, the opinions expressed within this email do not necessarily represent the official position of Devereux Advanced Behavioral Health.

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

Pesquisa: Escala de Avaliação da Primeira Infância para Bebês				
1. Escala de Avaliação da Primeira Infância para Bebês				
Formulário de Registro				
(1 mês a 18 meses)				
Nome do(a) bebê _____		Gênero _____		
DN (data de nascimento) _____		Idade (em meses) _____		
Pessoa que completou esse formulário _____				
Relação com o(a) bebê _____				
Data da avaliação _____		Local/Programa _____		Sala _____
Este formulário descreve uma série de comportamentos observados em alguns bebês.				
Leia as declarações que seguem a frase: "Durante as últimas 4 semanas, com que frequência o bebê" e coloque um tique ✓ (na caixa que se encontra embaixo da palavra que exprime com que frequência você viu esse comportamento). Responda a cada pergunta com atenção. Não há respostas certas ou erradas. Responda cada item por favor. Se você quiser mudar a sua resposta, coloque um "X" nela e complete sua nova escolha conforme indicado abaixo.				
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente
☒	☒	☐	☐	☐

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

- Cont. -

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência o bebê....					
	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente
1. tentou fazer coisas novas?	☐	☐	☐	☐	☐
2. reagiu quando falaram com ele/ela?	☐	☐	☐	☐	☐
3. imitou as ações dos outros?	☐	☐	☐	☐	☐
4. gostou de interagir com outros?	☐	☐	☐	☐	☐
5. continuou tentando quando não foi bem sucedido?	☐	☐	☐	☐	☐
6. gostou de ser aconchegado(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
7. demonstrou interesse no que outros estavam fazendo?	☐	☐	☐	☐	☐
8. demonstrou afeto por um adulto familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
9. notou mudanças a sua volta?	☐	☐	☐	☐	☐
10. procurou conforto de adultos familiares?	☐	☐	☐	☐	☐
11. ajustou seu nível de energia ao tipo de brincadeira?	☐	☐	☐	☐	☐
12. agiu com bom humor?	☐	☐	☐	☐	☐
13. ficou feliz quando elogiado(a)?	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

- Cont. -

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente
14. fez contato olho no olho com outros?	☐	☐	☐	☐	☐
15. explorou a sua volta?	☐	☐	☐	☐	☐
16. acalmou-se com a ajuda de um adulto familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
17. expressou seus descontentamentos?	☐	☐	☐	☐	☐
18. sorriu em resposta ao sorriso de um adulto familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
19. procurou um adulto familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
20. respondeu quando chamado(a) pelo seu nome?	☐	☐	☐	☐	☐
21. continuou tentando até pegar um brinquedo?	☐	☐	☐	☐	☐
22. reagiu ao choro de outra criança?	☐	☐	☐	☐	☐
23. sorriu para adultos familiares?	☐	☐	☐	☐	☐
24. respondeu positivamente à atenção de um adulto?	☐	☐	☐	☐	☐
25. agiu feliz?	☐	☐	☐	☐	☐
26. agiu de modo que fez os outros sorrirem ou demonstrarem interesse?	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

- Cont. -

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente
27. foi facilmente de uma atividade para a outra?	☐	☐	☐	☐	☐
28. procurou chamar a atenção quando um adulto familiar estava com outra criança?	☐	☐	☐	☐	☐
29. olhou para um adulto familiar quando explorava a sua volta?	☐	☐	☐	☐	☐
30. gostou de estar com outras crianças?	☐	☐	☐	☐	☐
31. demonstrou prazer quando interagiu com adultos?	☐	☐	☐	☐	☐
32. ficou feliz com adultos familiares?	☐	☐	☐	☐	☐
33. aceitou conforto de um adulto familiar?	☐	☐	☐	☐	☐

2. Formulário de Avaliação da Escala

Nas questões abaixo, marque apenas um "X" na opção desejada.

O preenchimento da escala foi:

☐ fácil

☐ difícil

Comentários:

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida**- Cont. -**

A linguagem da escala foi totalmente compreendida?

☐ Sim

☐ Não. Porque? _____

Houve algum item da escala que não foi totalmente compreendido?

☐ Sim. Qual? _____

☐ Não

Quanto tempo você levou para preencher toda a escala?

☐ menos de quinze minutos

☐ quinze minutos

☐ mais de quinze minutos

☐ menos de meia hora

☐ meia hora

☐ mais de meia hora

☐ menos de uma hora

☐ uma hora

☐ mais de uma hora

3. Formulário de Informações Gerais

Nas questões abaixo, marque um "X" nas opções desejadas.

Você tem mantido contato/observado/convivido com o bebê por quanto tempo?

☐ menos de quatro semanas

☐ quatro semanas

☐ mais de quatro semanas

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

- Cont. -

Marque os dias da semana nos quais você usualmente tem contato com o bebê.

☐ segunda-feira
☐ terça-feira
☐ quarta-feira
☐ quinta-feira
☐ sexta-feira
☐ sábado
☐ domingo

Por quantas horas por dia você tem contato com o bebê?

☐ menos de uma hora
☐ uma hora
☐ mais de uma hora
☐ menos de duas horas
☐ duas horas
☐ mais de duas horas

No domicílio tem:

	Não Possui	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de empregados mensaisistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de banheiros	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

- Cont. -

	Não Possui	1	2	3	4+
Quantidade de DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de geladeiras	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de lavadora de louças	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de fornos de micro-ondas	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	☐	☐	☐	☐	☐
A água utilizada neste domicílio é proveniente de?					
☐ Rede geral de distribuição					
☐ Poço ou nascente					
☐ Outro meio					
Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:					
☐ Asfaltada/Pavimentada					
☐ Terra/Cascalho					

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida**- Cont. -**

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

- ☐ Analfabeto / Fundamental I incompleto
- ☐ Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
- ☐ Fundamental II completo / Médio incompleto
- ☐ Médio completo / Superior incompleto
- ☐ Superior completo

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

- Cont. -

Cópia de Pesquisa: Escala de Avaliação da Primeira Infância para Crianças				
1. Escala de Avaliação da Primeira Infância para Crianças				
Formulário de Registro				
(18 meses a 36 meses)				
Nome da criança _____		Gênero _____		
DN (data de nascimento) _____		Idade (em meses) _____		
Pessoa que completou esse formulário _____				
Relação com a criança _____				
Data da avaliação _____		Local/Programa _____		Sala _____
Este formulário descreve uma série de comportamentos observados em algumas crianças.				
Leia as declarações que seguem a frase: "Durante as últimas 4 semanas, com que frequência a criança" e coloque um tique ✓ (na caixa que se encontra abaixo da palavra que exprime com que frequência você viu esse comportamento). Responda a cada pergunta com atenção. Não há respostas certas ou erradas. Responda cada item por favor. Se você quiser mudar a sua resposta, coloque um "X" nela e complete sua nova escolha conforme indicado abaixo.				
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente
☒	☒	☐	☐	☐

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

- Cont. -

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência a criança....					
	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente
1. gostou de interagir com outros?	☐	☐	☐	☐	☐
2. demonstrou afeto por um adulto familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
3. ajustou-se às mudanças na rotina?	☐	☐	☐	☐	☐
4. procurou conforto de adultos familiares?	☐	☐	☐	☐	☐
5. expressou suas necessidades a um adulto familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
6. ficou feliz com adultos familiares?	☐	☐	☐	☐	☐
7. demonstrou interesse pelo que está a sua volta?	☐	☐	☐	☐	☐
8. respondeu quando falaram com ele(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
9. demonstrou preocupação por outras crianças?	☐	☐	☐	☐	☐
10. tentou confortar outros?	☐	☐	☐	☐	☐
11. ficou feliz quando elogiado(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
12. participou de atividades em grupo?	☐	☐	☐	☐	☐
13. fez contato olho no olho com outros?	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

- Cont. -

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente
14. gostou de ser aconchegado(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
15. sorriu em resposta ao sorriso de um adulto familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
16. pediu para fazer coisas novas?	☐	☐	☐	☐	☐
17. procurou um adulto familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
18. respondeu quando chamado(a) pelo seu nome?	☐	☐	☐	☐	☐
19. reagiu ao choro de outra criança?	☐	☐	☐	☐	☐
20. sorriu para adultos familiares?	☐	☐	☐	☐	☐
21. foi facilmente de uma atividade para a outra?	☐	☐	☐	☐	☐
22. demonstrou prazer quando interagiu com adultos?	☐	☐	☐	☐	☐
23. lidou bem com a frustração?	☐	☐	☐	☐	☐
24. fez com que outros percebessem suas necessidades?	☐	☐	☐	☐	☐
25. aceitou conforto de um adulto familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
26. brincou de faz de conta?	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

- Cont. -

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Muito Frequentemente
27. seguiu instruções simples?	☐	☐	☐	☐	☐
28. demonstrou preferência por um colega em particular?	☐	☐	☐	☐	☐
29. tentou arrumar as coisas sozinho(a) após uma atividade?	☐	☐	☐	☐	☐
30. seguiu facilmente a rotina diária?	☐	☐	☐	☐	☐
31. brincou com outras crianças?	☐	☐	☐	☐	☐
32. tentou fazer coisas por si mesmo(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
33. acalmou a si mesmo(a)?	☐	☐	☐	☐	☐
34. aceitou outra opção quando a primeira opção não estava disponível?	☐	☐	☐	☐	☐
35. teve padrões regulares de sono?	☐	☐	☐	☐	☐
36. expressou uma variedade de emoções (feliz, triste, bravo)?	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida**- Cont. -****2. Formulário de Avaliação da Escala**

Nas questões abaixo, marque apenas um "X" na opção desejada.

O preenchimento da escala foi:

☐ fácil

☐ difícil

Comentários:

A linguagem da escala foi totalmente compreendida?

☐ Sim

☐ Não. Porque? _____

Houve algum item da escala que não foi totalmente compreendido?

☐ Sim. Qual? _____

☐ Não

Quanto tempo você levou para preencher toda a escala?

☐ menos de quinze minutos

☐ quinze minutos

☐ mais de quinze minutos

☐ menos de meia hora

☐ meia hora

☐ mais de meia hora

☐ menos de uma hora

☐ uma hora

☐ mais de uma hora

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

- Cont. -

3. Formulário de Informações Gerais

Nas questões abaixo, marque um "X" nas opções desejadas.

Você tem mantido contato/observado/convivido com a criança por quanto tempo?

☐ menos de quatro semanas

☐ quatro semanas

☐ mais de quatro semanas

Marque os dias da semana nos quais você usualmente tem contato com a criança.

☐ segunda-feira

☐ terça-feira

☐ quarta-feira

☐ quinta-feira

☐ sexta-feira

☐ sábado

☐ domingo

Por quantas horas por dia você tem contato com a criança?

☐ menos de uma hora

☐ uma hora

☐ mais de uma hora

☐ menos de duas horas

☐ duas horas

☐ mais de duas horas

No domicílio tem:

	Não Possui	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida

- Cont. -

	Não Possui	1	2	3	4+
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de banheiros	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de geladeiras	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de lavadora de louças	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de fornos de micro-ondas	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	☐	☐	☐	☐	☐
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 6 – Escala DECA I/T traduzida**- Cont. -**

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

- ☐ Rede geral de distribuição
- ☐ Poço ou nascente
- ☐ Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

- ☐ Asfaltada/Pavimentada
- ☐ Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

- ☐ Analfabeto / Fundamental I incompleto
- ☐ Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
- ☐ Fundamental II completo / Médio incompleto
- ☐ Médio completo / Superior incompleto
- ☐ Superior completo

ANEXO 7 – Formulário de avaliação da Escala

1. O preenchimento da escala foi:

- ☐ fácil
- ☐ difícil

Comentários:_____.

2. A linguagem da escala foi totalmente compreendida?

- ☐ Sim
- ☐ Não. Por quê? _____.

3 Houve algum item da escala que não foi totalmente compreendido?

- ☐ Sim. Qual? _____.
- ☐ Não

4. Quanto tempo você levou para preencher toda a escala?

- ☐ menos de quinze minutos
- ☐ quinze minutos
- ☐ mais de quinze minutos
- ☐ menos de meia hora
- ☐ meia hora
- ☐ mais de meia hora
- ☐ menos de uma hora
- ☐ uma hora
- ☐ mais de uma hora

ANEXO 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, RG _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo referente à dissertação de mestrado intitulada “Tradução, adaptação e validação da escala de avaliação da primeira infância para bebês e crianças DECA I/T (“Devereux Early Childhood Assessment for Infants and Toddlers”), desenvolvida pela pesquisadora Mônica Andrigo Moreira de Ulhoa Coelho do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Estou ciente de que a dissertação de mestrado é orientada pela Profa. Dra. Denise G. Ramos, a quem poderei contatar, se julgar necessário, através do telefone (11) 3670-8521, da PUC-SP.

Afirmo que aceitei participar por minha vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com o único objetivo de colaborar com o sucesso da pesquisa. Fui informada (o) do objetivo estritamente acadêmico do estudo, que é traduzir, adaptar e se possível validar a escala de avaliação da primeira infância para bebês e crianças DECA I/T para a população da cidade de São Paulo. No entanto, estou ciente, também, que posso interromper a realização da pesquisa caso não me sinta confortável em algum momento. A realizadora do trabalho colocou à minha disposição formas de como encontrá-la por telefone (11 98111-5301) e/ou e-mail (moandrigocoelho@hotmail.com), para que o acesso seja possível a qualquer momento. Estou ciente de que a comunicação pode se referir às dúvidas concernentes à realização da pesquisa, ou ao agendamento de outros encontros, com o propósito de discutir conteúdos emocionais não relacionados e nem utilizados na pesquisa.

Fui também esclarecida (o) de que o uso das informações que ofereci está subordinado às normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Minha colaboração se fará anônima, sendo autorizada a utilização dos questionários da escala por mim preenchidos a respeito do bebê ou criança, dos dados revelados no Formulário de Avaliação da Escala, no Questionário Sócio-demográfico e no Questionário de Informações Gerais, bem como dos dados obtidos nos eventuais encontros (i) para apresentação da escala (sua origem e finalidade) e instruções sobre a aplicação da escala, e (ii) para coleta dos questionários e formulários preenchidos com o fim especial do estudo em apreço. Terei também acesso aos questionários e formulários preenchidos e às eventuais transcrições e gravações dos referidos encontros.

Estou ciente de que o questionário traduzido da escala de avaliação DECA I/T não pode ser reproduzido, copiado, retransmitido, reenviado ou reutilizado por mim, uma vez que se trata de uma tradução ainda não validada para uso no Brasil. Caso tenha dúvida ou me sinta prejudicada(o), poderei contatar a pesquisadora e sua orientadora ou, ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP. A pesquisadora do estudo me ofereceu cópia assinada deste Termo de Consentimento, conforme recomendações da CONEP. Fui avisado que posso me retirar deste estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

São Paulo, ____ de _____ de 2017.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura da orientadora: _____