



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE LISBOA**

Um jogo a dois:

Interação mãe-bebé e auto-regulação infantil

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para
obtenção de grau de mestre em Ciências da Educação
Especialidade Intervenção Precoce**

Andreia Silva Varão

2012



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE LISBOA**

Um jogo a dois:

Interação mãe-bebé e auto-regulação infantil

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para
obtenção de grau de mestre em Ciências da Educação
Especialidade Intervenção Precoce**

Andreia Silva Varão

Sob a orientação de:

Professora Doutora Marina Gonçalves Fuertes Dionísio

Sob a co-orientação de:

Mestre Miguel Marques da Gama Barbosa

Índice

Agradecimentos	IV
Resumo	V
Abstract	VI
Introdução	1
<u>Parte I – Enquadramento teórico</u>	3
<u>Capítulo I – A Intervenção Precoce</u>	4
1.1. A origem da Intervenção Precoce	4
1.2. Em Portugal	5
<u>Capítulo II : Fatores de risco na qualidade da interação mãe-filho</u>	9
2.1 Modelo Transacional	9
2.2 Fatores de risco ambientais na infância	10
2.3 Práticas de qualidade	11
<u>Capítulo III - A teoria da vinculação e o sistema comportamental</u>	13
3.1 Comportamentos de vinculação	13
3.2 Fases de desenvolvimento da vinculação: primeira e segunda fase	14
3.3 Padrões de vinculação	15
3.4 Qualidade de interação da díade em jogo livre	19
<u>Capítulo IV: Processos de regulação na interação mãe-bebé</u>	22
4.1. Regulação emocional	22
4.2. Auto-regulação infantil e vinculação	22
4.3. Paradigma Still-Face	24
4.4. Modelo Mútuo de Regulação	26

<u>Parte II – Estudo Empírico</u>	29
<u>Capítulo V - Metodologia</u>	30
5.1. Objetivos:	30
5.2 Descrição da amostra:	30
5.3. Condições da recolha do estudo	31
5.4. Cotação de dados:	32
5.5. Instrumentos	32
5.5.1. Care-Index:	32
5.5.2. Still-Face: MRSS e IRSS:	37
6. Apresentação dos resultados	42
6.1 Variação do comportamento infantil ao longo dos episódios da experiência still face	42
6.2. Relação entre os comportamentos infantis no Still-Face	44
6.3. Qualidade da interação mãe-filho(a) em jogo livre	46
6.4. Correlação Still-Face Global Mãe com Care-Index bebé	48
6.5. Associação entre os dados demográficos com globais Care Index e Still Face	49
6.6. Associação entre o género do bebé e o autoconforto	50
6.7. Análise de Cluster para o comportamento positivo, negativo e de autoconforto dos bebés no Still-Face	52
7. Discussão dos resultados	54
<u>Capítulo VI - Considerações finais</u>	58
<u>Referências bibliográficas</u>	60

Índice de quadros

Quadro 1 - Síntese das componentes estruturais dos padrões A, B e C	18
Quadro 2 - Caracterização sumária das escalas maternas do Care Index:	20
Quadro 3 - Caracterização sumária das escalas infantis do Care Index	20
Quadro 4 - Caracterização sumária das escalas maternas do CARE-Index	32
Quadro 5 - Caracterização sumária das escalas da criança do CARE-Index	33
Quadro 6 – Descrição, Frequência e Percentagem dos Comportamentos Maternos	34
Quadro 7 – Descrição, Frequência e Percentagem dos Comportamentos Infantis	36
Quadro 8 - IRSS (Infant Regulatory Scoring System)	37
Quadro 9 - MRSS (Maternal Regulatory Scoring System)	38
Quadro 10 - Comportamentos infantis e critérios de ponderação para a análise da situação Still-Face	40
Quadro 11 - Unidades de Comportamentos maternos para a análise da situação Still-Face	41
Quadro 12 - Média e desvio padrão do comportamento infantil ao longo da experiência Still-Face	42
Quadro 13 - Média e desvio padrão entre os episódios do Still-Face	43
Quadro 14 - Coeficientes de correlação (rho de Spearman) entre os comportamentos e critérios de ponderação de análise do Still-Face	45
Quadro 15 - Médias e Desvio padrão das pontuações nas escalas do CARE Index	46
Quadro 16 - Pontuações nas escalas do CARE-Index	46
Quadro 17 - Coeficientes de correlação (rho de Spearman) entre as escalas do CARE-INDEX	47
Quadro 18 – tabela de correlação (Rho de Spearman) entre comportamento infantil em jogo livre e o comportamento materno no still face	48
Quadro 19 - tabela de correlação (Rho de Spearman) entre o comportamento materno em jogo livre e o comportamento infantil no Still-face	49
Quadro 20 - Coeficientes de correlação (rho de Spearman) entre os dados demográficos e os globais do Care Index e Still Face	50
Quadro 21 - Média e Desvio Padrão dos comportamentos de autoconforto por género ao longo da experiência Still-Face	50
Quadro 22 - Média e desvio padrão entre géneros e autoconforto	51
Quadro 23 – Clusters para o comportamento dos bebés no Still-Face	53

Agradecimentos

Nada do que se refere a este projeto de dois anos seria possível sem o conhecimento e disponibilidade de todos os docentes e colegas do Mestrado em Intervenção Precoce.

À Professora Doutora Marina Fuertes pelo apoio e disponibilidade, pelo crédito e confiança. Pela partilha de conhecimento e experiência fundamentais ao longo destes dois anos, na elaboração e concretização da tese. Pela oportunidade de trabalhar com a sua Equipa de Investigação, possibilitando a abertura de novos caminhos.

Ao Miguel Barbosa por me acolher no seu projeto e pela disponibilidade e ajuda que sempre me ofereceu.

À Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que me permitiu realizar o meu Estudo de Caso num dos seus Estabelecimentos de Infância e me permitiu colocar em prática, no meu trabalho diário, os conhecimentos que fui adquirindo e consolidando ao longo destes dois anos.

Aos meus colegas pelas horas em que estive ausente; por me apoiarem e valorizarem todo o esforço.

A ti Marta por me desafiares a fazer o Mestrado...

Aos amigos que souberam esperar pelos meus tempos...

A ti mãe e a ti mana por acreditarem sempre!

A ti... por seres o primeiro a incentivar, por me ajudares a lidar com os imprevistos e momentos mais difíceis, por me dares força sempre e por seres uma fonte única de conhecimento e partilha...

Resumo

O objetivo do presente estudo exploratório é estudar a relação entre a qualidade da relação mãe-bebê e o comportamento regulatório do bebê aos 3 meses de vida. Adicionalmente, é propósito do presente trabalho averiguar a influência dos fatores demográficos nesta relação mãe-filho(a), na auto-regulação e na interações destes dois fatores. Para o efeito, foi selecionada aleatoriamente uma sub-amostra de 13 casos (de uma amostra de 90 casos), sem fatores assinaláveis de risco. A seleção da amostra tal como a posterior recolha de dados foram realizadas no Hospital de Santa Maria. A relação mãe-bebê foi estudada e filmada em situação de jogo livre e os filmes cotados com a escala CARE-Index. A capacidade de auto-regulação do bebê foi estudada e filmada na situação experimental Face to Face Still-Face e os filmes foram cotados segundo a segundo, utilizando as escalas IRSS e MRSS.

Quando avaliámos a qualidade diádica, sendo esta uma amostra sem fatores assinaláveis de risco, encontramos 7 díades em risco moderado, sendo este um resultado inesperado e que independentemente do tamanho da amostra poderá ser um alerta. Nesta pequena amostra foi possível encontrar associações entre os comportamentos infantis e maternos e os indicadores demográficos. Com efeito, a idade materna esteve positivamente correlacionada com o comportamento defensivo do bebê. Do lado dos pais, a idade paterna esteve positivamente correlacionada com a cooperação infantil e com a qualidade diádica (pais mais velhos serão mais pacientes?). A passividade infantil esteve negativamente correlacionada com a escolaridade materna ou com a sensibilidade materna. Por fim, os dados indicam diferenças entre géneros (coincidentemente com investigações anteriores), i.e., os rapazes apresentam mais comportamentos negativos no episódio de Still-Face e as raparigas exibem mais comportamentos de autoconforto sugerindo maior resiliência comparativamente aos rapazes.

Relativamente à auto-regulação infanti, o efeito Still-Face foi verificado através do aumento significativo dos comportamentos negativos e de autoconforto por parte dos bebês aquando da inexpressividade da mãe (segundo episódio). O resultado mais interessante deste trabalho, foi a distinção de três tipos de auto-regulação: i) Instável ansioso ou negativo sem recuperação, ii) negativo com recuperação e iii) positivo. Este resultado associado a recentes pesquisas abre a discussão sobre a formação de padrões de comportamento em idades tão precoces.

PALAVRAS-CHAVE: Interação, díade, auto-regulação infantil

Abstract

The main goal of the present investigation is to study the relation between the quality of the dyad and the regulatory behavior of the infant at 3 months old. In addition is purpose of the present study to check the influence of the demographic factors in this relation mother-baby and the interaction between both. For this purpose, it has been selected randomly a subsample of 13 cases (of one sample of 90 cases), with no risk factors in the selection criterions of the sample. The sample selection as the later data collection, were made in the Santa Maria's Hospital, being present the author of the study. The mother-infant relationship was studied and filmed in free play situations and movies quoted by the scale CARE-Index. The self-regulation behavior of the baby was studied and filmed in interaction and moderate stress situation (Still-Face) and the movies were rated second by second, using scales IRSS and MRSS.

When we evaluate the quality of the dyad, since this is a sample at the outset that there are no risk factors, we found 7 dyads of average risk, being this an unexpected result and, regardless of the sample size, may be a warning. In this small sample it was possible to find associations between infant and maternal behaviors and demographic indicators. Indeed, maternal age was positively correlated with the defensive behavior of the baby. On the side of the parents, paternal age was positively correlated with children's cooperation and the dyadic quality (older fathers are more patients?). Passivity child was negatively correlated with maternal education or maternal sensitivity. The differences between genres also indicate coincident results with preview investigations: boys show more negative behavior in the Still-face episode and girls exhibit more self-comfort behavior, showing perhaps more resilience compared to the boys.

Regarding the infant self-regulation, the Still-face effect was verified by significantly increasing of the negative behavior and self-comfort by the Infant when there is an inexpressiveness mother (second episode). The most interesting result of this study was to distinguish three types of self-regulation: i) Unstable anxious or negative without recovery, ii) negative with recovery and iii) positive. This result combined with recent research opens the discussion on the formation of patterns of behavior in such an early age.

KEYWORDS: Interaction, dyad, infant self-regulation

Introdução

O estudo a seguir apresentado insere-se, numa dimensão mais reduzida, no Projeto de Investigação em Auto-regulação Infantil, Interação mãe-filho e vinculação do consórcio da Escola Superior de Educação de Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa e da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

A vinculação e auto-regulação infantil estão no coração da intervenção precoce dado que são dois aspetos centrais do desenvolvimento infantil, a sua perturbação pode ser um importante obstáculo na construção da personalidade e na socialização. Por esta razão, recentemente estes aspetos foram incluídos nos fatores de risco a intervir no quadro da legislação atual da Intervenção Precoce (Decreto-lei nº281/2009).

No primeiro capítulo, é dada relevância à evolução do conceito de Intervenção Precoce. Dos anos 60 até aos dias de hoje com todos os condicionalismos que ainda se verificam principalmente em Portugal. As práticas de qualidade ficam assim nas mãos de variados técnicos que, num agregado de fatores de risco procuram, através de um conhecimento mais real e concreto das necessidades da criança e da família, obterem resultados otimizados.

A avaliação da qualidade da interação, terá que ter em conta os contextos de vida do bebé e da família, tal como potenciais fatores de risco que aos mesmos possam estar agregados. Neste sentido, tendo como ponto de partida o modelo transacional de Sameroff (2000), no segundo capítulo é aprofundado o conceito de risco e os vários fatores que podem condicionar a qualidade da interação.

A observação da interação da díade e posterior avaliação permite um despiste de alguns fatores de risco e uma intervenção mais otimizada. Desta forma, a vinculação surge como elemento fulcral para a concretização de uma intervenção precoce de qualidade.

Tendo como base os estudos de Bowlby (1969/1982), no terceiro capítulo é apresentada a teoria evolucionista da vinculação. Os comportamentos observados na interação das díades permitiram a Ainsworth (1978) a criação de padrões de vinculação que são também referidos e desenvolvidos ao longo deste capítulo.

Neste âmbito, e no sentido de se poder avaliar a qualidade da interação das díades, Crittenden (1988) define e descreve os comportamentos infantis e maternos, criando a Escala Care-Index que será também referida e analisada neste capítulo.

A mãe e o bebé, serão assim os elementos constituintes da díade e o foco de observação. A capacidade de resposta do bebé e da mãe é, também avaliada através do paradigma de Still-Face (Tronick, 1989). No quarto capítulo é descrito o paradigma referido anteriormente que origina, em determinado momento da interação, um stress moderado ao bebé, relevando a sua capacidade de auto-regulação (ou não) perante uma ausência de expressão e comunicação da mãe. Neste mesmo capítulo, a revisão de literatura, tem como base o conceito de auto-regulação infantil, sendo descrito a evolução do bebé desde o nascimento até aos 6 meses (nível etário que abrange a amostra em estudo).

Numa segunda fase deste trabalho, é apresentado o estudo empírico realizado numa amostra de 13 bebés, com 3 meses de idade, avaliámos a interação das díades, tendo como referencia as escalas do Care-index e do Still-face.

Parte I- Enquadramento Teórico

Capítulo I: A intervenção Precoce

1.1 A origem da Intervenção Precoce

A intervenção Precoce tem origem nos Estados Unidos da América, nos anos 60, como uma necessidade de intervir precocemente em crianças em risco de desenvolvimento e em situação de precaridade socioeconómica, levando à criação do programa HEAD-START com uma vertente compensatória (Pimentel, 1999).

Esta vertente compensatória do programa preconizava o objetivo de compensar com serviços adicionais de educação e saúde os défices de desenvolvimento e afetivos das crianças (Fernandes, 2008).

A família assume durante o programa um papel fundamental na dinâmica do mesmo surgindo, no início dos anos 70, a componente domiciliaria com o programa Home Start. A valorização das competências maternas é a principal característica do programa, tal como o trabalho maioritariamente com populações em risco por fatores socio económicos (Pimentel, 1999).

Após a implementação do programa HOME-START assiste-se a um desenvolvimento paralelo da Educação Especial e a Educação de Infância, tal como a uma crescente tendência (e já posteriormente a estar contemplado na lei a “obrigatoriedade” da sua participação) para se olhar para as famílias com papéis ativos em todos os níveis da educação dos seus filhos (Pimentel, 1999).

No início dos anos 70 surgem nos EUA os primeiros programas de Intervenção Precoce para crianças com incapacidades e em risco biológico e a legislação americana (Lei Publica 92-424 e Lei Pública 93-644) prevê o reconhecimento de que as crianças em risco devem ter iguais direitos e oportunidades para desenvolver o seu potencial (McCollum & Maude, 2002).

A convergência de modelos de Educação Especial com os modelos de Educação de Infância (inicialmente compensatórios) torna-se crucial para o aparecimento e crescimento da Intervenção Precoce (Pimentel, 1999).

À medida que os dados empíricos e modelos teóricos preconizam que o desenvolvimento resulta da interação não linear entre a biologia e o ambiente, a IP responde a todas as condições que afetam o desenvolvimento (McCollum & Maude, 2002)

A interligação entre Educação Especial e a Educação de Infância, saúde e família fomenta também a necessidade de uma crescente organização entre os diferentes organismos, nomeadamente no atendimento a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade (McCollum & Maude, 2002).

Durante este período até ao início dos anos 80, o conceito de Intervenção Precoce marca-se pela evolução, definição e solidificação enquanto área de investigação e faz surgir a necessidade de criação de nova legislação referente à Intervenção Precoce: 1) mais adaptada ao entendimento do desenvolvimento precoce; 2) dos sistemas familiares e 3) práticas de intervenção específicas.

Em 1986, a lei pública 99-475 nos Estados Unidos define os princípios orientadores das práticas de Intervenção Precoce. É também no final desta década que se verifica uma viragem fundamental nos programas de Intervenção Precoce patente em três vertentes (Powel 1988):

1. Individualização dos programas face às necessidades específicas e únicas de cada família;
2. Equilíbrio entre o papel dos pais e dos técnicos sendo estes facilitadores e colaboradores nas decisões tomadas pelos pais que melhor se adequam às suas necessidades e características (empowerment);
3. Reforço de ligação com o contexto social da criança e da família, capacitando esta última para que consiga utilizar adequadamente as redes formais e informais de serviços sociais.

A evolução da legislação norte americana permite a reconceptualização do conceito de Intervenção Precoce. As alterações ao nível das práticas, dos modelos, dos objetivos, dos beneficiários, das equipas, das famílias ou da avaliação preconizaram as leis atuais.

1.2 Em Portugal

No início dos anos 60, verifica-se o aparecimento da Intervenção Precoce em Portugal, num registo domiciliário com os Serviços de Orientação Domiciliário do Ministério da Saúde e Assistência (Santos, 2004). Este serviço estabelece como objetivo o apoio a crianças com incapacidade visual e as suas famílias (Fernandes, 2008).

Nos anos 80, e após a extinção do serviço anterior nos anos 70, os apoios ficam assegurados pelo Ministério dos Assuntos Sociais. A intervenção direta com a criança surge como a grande prioridade, assumindo a família um papel de cooperação para com as decisões dos técnicos (Fernandes, 2008).

O aparecimento das Equipas de Educação Especial em 1983, pertencentes ao Ministério da Educação e compostas por docentes de todas as áreas e de todos os níveis de ensino, trouxeram um cariz mais educativo à Intervenção Precoce (Ruivo & Almeida, 2002).

Em 1989, surge em Coimbra um projeto que resultaria da articulação de variadas entidades e serviços, o PIIP (Projeto Integrado de Intervenção Precoce). Preconizava a organização de uma equipa e de uma dinâmica que permitisse uma deteção precoce das situações de risco e conseqüente intervenção (Ruivo & Almeida, 2002). Tal objetivo torna-se cada vez mais relevante uma vez que como indicado em alguns estudos, em Portugal a sinalização é ainda tardia, sendo este um dos pontos que nos distancia de países como os Estados Unidos ou o Reino Unido (Fuentes, 2010).

Posteriormente a este Projeto, começam a surgir outros idênticos na procura, por parte dos técnicos, de responder localmente às necessidades de crianças e famílias (Ruivo & Almeida, 2002).

Em 1999, inspirando-se no relatado movimento americano de *Early Intervention*, as equipas portuguesas e a legislação portuguesa promulgam o despacho conjunto preconizado pelos Ministério da Educação, Saúde e Trabalho e Segurança Social (Ruivo & Almeida, 2002).

Neste despacho (Despacho conjunto N°891/99 de 13 de Agosto) fica estipulado uma intervenção antes dos 6 anos e preferencialmente antes dos 3. O principal objetivo deste despacho é garantir a intervenção das crianças dos 0 aos 6 anos em risco de desenvolvimento, e das suas famílias.

Surge também no despacho conjunto a definição de Intervenção Precoce: “ *Conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social.*”. Fica previsto também a existência de equipas multidisciplinares e a cooperação entre as três áreas referidas anteriormente. (Despacho conjunto N°891/99)

Assiste-se a uma evolução na lei mas que nem sempre foi correspondendo à prática (Ruivo & Almeida, 2002). As avaliações realizadas às práticas identificaram incumprimentos nomeadamente a falta de formação dos técnicos, a falta de comunicação entre os técnicos e a família e uma intervenção ainda muito focalizada na criança (Pimentel, 2004).

Após identificados os incumprimentos, surge em 2009, a nova legislação referente à Intervenção Precoce (Decreto-lei nº281/2009), que cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). No decreto a Intervenção Precoce *“consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar; com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estrutura no corpo que limitam o crescimento pessoal, social e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento.”* (Decreto-lei nº281/2009),

O decreto-lei referido anteriormente contempla também a existência de critérios de elegibilidade, algo inexistente no despacho conjunto nº891/99. Até 2009 cada equipa definia os seus critérios. A inexistência de critérios de elegibilidade criou dilemas às equipas que nem sempre conseguiam definir a que casos dar prioridade na sua intervenção (Fuertes, 2010). Os critérios de elegibilidade definidos permitiram criar coerência na escolha dos casos prioritários em termo da Intervenção. Contemplam também o efeito cumulativo do risco (Sameroff, 2000), uma vez que as crianças e famílias têm de ter 4 ou mais fatores de risco biológico ou ambiental como definido no próprio decreto:

“De acordo com o Decreto-lei 281/09, de 6 de Outubro, são elegíveis, para apoio no âmbito do SNIPI, as crianças entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos:

1 - «Alterações nas funções ou estruturas do corpo» que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social.

2 - «Risco grave de atraso de desenvolvimento» pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

São elegíveis, para acesso ao SNIPI, todas as crianças do 1º grupo e as crianças do 2º que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental. Tal como foi

empiricamente demonstrado, este número constitui o ponto de charneira para um aumento substancial do efeito do risco (efeito cumulativo do risco).”

No primeiro critério de elegibilidade são definidas e descritas condições específicas relativamente ao mesmo. Surge pela primeira vez a perturbação grave da vinculação e outras perturbações emocionais como fator de atraso de desenvolvimento e possibilidade de apoio por parte dos serviços de Intervenção Precoce.

Esta alteração resulta grandemente do avanço da literatura e da investigação científica nas áreas do desenvolvimento e da saúde mental infantil. Verifica-se, com esta mudança, uma consciencialização maior acerca da importância dos aspetos socioemocionais como fatores condicionantes do desenvolvimento (Fuentes, Lopes dos Santos, Beegly & Tronick, 2006).

Capítulo II : Fatores de risco na qualidade da interação mãe-filho

Atualmente o desenvolvimento da criança é visto como o resultado da interação da criança com o meio, ou seja os diferentes contextos em que está inserida, incluindo primeiramente a família. Desta forma, o desenvolvimento resulta de “processos contínuos e recíprocos de interação pessoa-contexto” (Aguiar, 2009, pp. 15). Tal perspectiva é defendida pelos variados modelos de análise teórica do desenvolvimento: modelo de contextualismo do desenvolvimento (Ford e Lenner), interaccionismo holístico (Magnusson), teoria bioecológica do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner) e no modelo transacional (Sameroff).

A ênfase deste capítulo partirá do modelo transacional de Sameroff e Fiese relativamente à bidireccionalidade entre o indivíduo em desenvolvimento e os contextos familiares e sociais em que se insere, relevando-se a potencialidade e da acumulação dos fatores de risco no desenvolvimento da criança.

2.1 Modelo Transacional

Para o modelo transacional de Sameroff o desenvolvimento é entendido como um *processo que se vai construindo através das interações contínuas, dinâmicas e bidirecionais entre a criança e as experiências que lhe são proporcionadas pela família e pelo seu contexto social.* (Tegethof, 2007, pp 37)

Sameroff e Fiese (2000) reforçam o papel das miniregulações e das microregulações no desenvolvimento da criança, enfatizando-se a prestação de cuidados (a sua qualidade ou não) tal como os padrões de interação entre a criança a família e os variados contextos.

Desta forma, o desenvolvimento é o resultado do tipo de interações entre a criança e o seu contexto familiar e social. Serão os cuidados prestados por esses mesmos contextos que influenciarão o desenvolvimento da criança, podendo a qualidade dessas interações inibi-lo ou promovê-lo. Sameroff e Chandler (1975) apresentam assim o conceito de *continuum* de morbilidade de prestação de cuidados (continuum of caretaking casualty).

O desenvolvimento é um processo que se vai construindo através das interações bidirecionais (igualdade de influência do contexto para a criança e da criança para o contexto) entre o indivíduo (criança) e o meio com todas as experiências que este lhe proporciona (contexto familiar e social). As condições de risco biológico ou social, que podem afetar o desenvolvimento durante os primeiros anos de vida, podem ser

atenuadas ou potencializadas consoante as condições do meio: favoráveis ou desfavoráveis (Sameroff, 2000).

Existe neste modelo uma equidade de importância relativamente aos efeitos da criança e do meio no processo de desenvolvimento, sendo este um processo interativo. Para Sameroff (2000) as características individuais da criança serão tão importantes como as dos seus prestadores de cuidados, nomeadamente os pais, sendo dada uma significativa relevância à interação da criança com os mesmos.

A criança em desenvolvimento participa, interage e reestrutura o contexto onde está inserida. Ao tornar-se parte ativa deste processo bidirecional o meio terá de ser, um sistema aberto e regulador que vise constantes sugestões, acomodações e alterações (Sameroff, 2000).

2.2 Fatores de risco ambientais na infância

A atenção deve estar centrada nos múltiplos contextos que contribuem para o desenvolvimento na família, escola e comunidade desde a infância até à adolescência (Martins, 2010).

Existem alguns estudos (Rochester Longitudinal Study – RLS, Sameroff, 1987) que indicam diretamente a premissa que é a continuidade da adversidade do ambiente que condiciona o desenvolvimento. Existem também variados estudos que fornecem indicadores relativamente à estabilidade das características infantis mas poucos estudaram a continuidade do risco nos diversos contextos de vida da criança e da família (Sameroff, 2000)

Brooks-Gunn (1993) indicou que o maior contributo para a aquisição de competências durante a primeira infância não é a atual situação económica da família mas há quanto tempo está nessa mesma situação, como seja a situação de pobreza.

No estudo longitudinal RLS, (*op.cit.*) foi colocada a hipótese de que as diferenças do estatuto socioeconómico da família iriam produzir diferenças no comportamento infantil (Sameroff et al, 1987). Estes efeitos foram encontrados nos primeiros quatro anos de vida. As crianças de famílias mais pobres mostravam um nível de desenvolvimento mais baixo. No final dos quatro anos de vida teria-se percebido os efeitos múltiplos dos fatores de risco (Sameroff et al, 1987). Os fatores de risco para que se verifiquem têm de ser cumulativos no sentido de que um fator de risco isolado pode não ser motivo de condicionante do desenvolvimento da criança (Sameroff, 2000).

Este estudo indica que se a criança tinha uma mãe com problemas emocionais ou falta de suporte familiar ou baixo nível educacional as crianças revelavam um desenvolvimento adequado. Porém, se a criança tinha uma mãe com problemas mentais, pobre, sem formação e sem rede de suporte familiar, esta teria um atraso ao nível do desenvolvimento. (Sameroff, 1998)

Desta forma, é relevante a importância que deverá ser dada à combinação das adversidades ambientais no contexto social da criança para se poder enquadrar da melhor forma o seu nível de desenvolvimento (Sameroff, 1998).

2.3 Práticas de qualidade

Atualmente, as práticas de Intervenção Precoce consideram que as experiências precoces são fundamentais no desenvolvimento de cada ser humano. A existência de problemas genéticos, biológicos e/ou ambientais podem ser amenizados através de uma intervenção precoce de qualidade (Pimentel, 2004).

O Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner e o Modelo Transaccional de Sameroff têm tido uma importância fundamental no que diz respeito ao enquadramento conceptual da Intervenção Precoce (Pimentel, 2004). Nesta perspetiva, o desenvolvimento resulta das interações entre a pessoa e o contexto - a pessoa é influenciada pelo contexto onde está inserida, tal como as características da pessoa influenciam o meio (McCollum & Maude, 2002).

As características individuais da criança e os seus contextos familiares e sociais serão determinantes na adequabilidade do seu desenvolvimento. (McCollum e Maude, 2002)

Uma prática de intervenção de qualidade será aquela em que existe uma individualização de cada caso, um enfoque familiar, um currículo desenvolvimental e funcional, um trabalho transdisciplinar e a colaboração entre as partes responsáveis (Almeida, 2007).

O ambiente familiar assume-se como o contexto mais importante para a Intervenção Precoce. É a família que determinará o que é importante e quais as características da intervenção mais adequadas para a crianças e para a sua família (Almeida, 2007).

A preocupação de enfatizar as forças da família terá de se assumir como uma realidade, sendo o grande objetivo a capacitação e a autonomização da família, o

que lhe permitirá gerir por si só os problemas que poderão surgir. Este tipo de intervenção requer também uma necessidade de mudança na organização dos serviços prestados, nos valores, conhecimentos e competências dos profissionais. Uma vez em pé de igualdade com a família, terão de ser facilitadores, inserindo-se numa compreensão bioecológica e sistémica do desenvolvimento em que são valorizados os diferentes agentes e contextos ecológicos que contêm a criança. (Almeida, 2007)

Desta forma, é fundamental que a intervenção esteja inserida nos contextos naturais da vida criança, da família e da comunidade envolvendo todos os parceiros interativos, funcionando como cenários significativos, facilitando o seu funcionamento diário. (Almeida, 2007).

A criança e a família têm necessidades variadas que implicam uma resposta abrangente que inclui a educação, a saúde e a segurança social, (contemplado inicialmente, como referido anteriormente, na legislação norte americana.) e outros apoios e recursos mais informais como os existentes na comunidade. (Almeida, 2007).

Toda esta intervenção abrangente e ao mesmo tempo específica em variadas áreas exigem assim uma equipa transdisciplinar, com técnicos formados e lideranças que fomentem a cooperação e a colaboração entre todos (Almeida, 2007).

Em conclusão, atualmente, porém de uma forma muitas vezes ainda muito teórica (pelo menos em Portugal) a Intervenção Precoce é uma rede integrada de serviços, apoios e recursos que darão resposta às necessidades da família e da criança seguindo um modelo bioecológico valorizando a importância dos contextos no desenvolvimento da criança e das suas relações (família como principal contexto de desenvolvimento) (Almeida, 2007).

A família trabalha em parceria com a equipa havendo um relação de colaboração entre ambas as partes na procura de se conseguir uma meta-autonomização da família nas melhores respostas às necessidades da criança (Almeida, 2007).

Capítulo III : A teoria da vinculação e o sistema comportamental

John Bowlby, “pai” da teoria da vinculação definiu-a como sendo um comportamento instintivo que tem como objetivo a proximidade do bebê com a figura de vinculação na procura de proteção (Bowlby, 1969/1982; Cassidy, 1999). Esta natureza instintiva da vinculação confirma a base biológica da necessidade de um indivíduo se ligar a outro. (Bowlby, 1969/1982)

Seguindo uma perspectiva evolucionista, a função biológica da vinculação justifica a importância da mesma para a sobrevivência do ser humano e conseqüentemente para a proteção do mesmo (Bowlby 1969/1982). A manutenção da proximidade física com a figura de vinculação procura atingir estes mesmos objetivos (sobrevivência e proteção).

O avanço das teorias evolucionistas no domínio da vinculação demonstra que a função do sistema comportamental da vinculação vai para além da sobrevivência ou da proteção, uma vez que o objetivo maior da seleção natural é a reprodução (Belsky, 1999).

Bowlby em 1982 indica que a qualidade da relação estabelecida numa fase precoce de desenvolvimento tem impacto no desenvolvimento global da criança (Bowlby 1969/1982), na qualidade da relação mãe-filho e o nível de parentalidade no futuro (George & Solomon, 1999), tal como a relação entre pares (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005) e entre o casal (Crowel & Waters, 2005).

3.1 Comportamentos de vinculação

A definição de vinculação tem uma elevada dimensão comportamental sistematizada por Bowlby através do sistema comportamental de vinculação. Os comportamentos de vinculação são um conjunto de comportamentos variados como o balbuciar, chorar, gatinhar que garantam ou que permitam ao bebê a proximidade com o adulto (Bowlby, 1969/1982) Tais comportamentos poderão ser ativados ou inibidos dependendo das condições que se verificarem em termos ambientais e biológicos (Bowlby, 1969/1982; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Os estímulos ativadores são aqueles que vão permitir à criança regular a sua proximidade com a figura de vinculação, ou seja são os comportamentos que vão ativar a organização comportamental do bebê (Bowlby, 1969/1982). Manifestam-se de variadas formas e podem ter diversas fontes, tal como a criança (e.g., cansaço, dor,

doença, frio, fome...), o meio (e.g., pessoas estranhas) ou a mãe (e.g., ausência da mãe, a partida da mãe, indisponibilidade ou recusa de contacto físico com o bebé).

Por sua vez os estímulos inibidores serão aqueles que farão diminuir a ativação do sistema comportamental de vinculação. Tal situação verifica-se por exemplo aquando de uma disponibilidade significativa por parte da mãe, não justificando assim a necessidade de ativação deste sistema para obter o contacto físico, o qual o bebé já tem garantido (Bowlby, 1969/1982).

Apesar de a vinculação ser um comportamento instintivo varia de indivíduo para indivíduo mantendo-se somente as suas funções e objetivos (proteção, reprodução e proximidade com a figura de vinculação. Desta forma, varia também consoante o contexto sendo influenciado pelo ambiente em que ocorre. As influencias ambientais vividas ao longo do desenvolvimento vão originar organizações comportamentais variadas como por exemplo padrões seguros ou inseguros de vinculação (Bowlby, 1969/1982; Sroufe & Waters, 1977).

Os comportamentos de aproximação à figura de vinculação variam também consoante o nível de desenvolvimento do bebé e as suas características. Além disso fora do contexto proximal de vida do bebé existem fatores que poderão influenciar este sistema de comportamental de vinculação, e conseqüentemente a qualidade da relação da díade, tais como situações causadoras de stress (Sroufe et al, 2005): rede de suporte familiar, a relação conjugal, o nível socioeconómico da família entre outros (Belsky, 2005), fatores esses que foram abordados de forma mais aprofundada no Capítulo II.

Tal como indicado por Bowlby em 1969/1982, o sistema comportamental do medo e o sistema comportamental exploratório são os mais observados como sistemas comportamentais de vinculação, sendo complementares (Cassidy, 1999) e interdependentes. Estes comportamentos permitem à criança participar e explorar situações que promovem o seu desenvolvimento sem colocar a sua vida em risco. Esta é a base do sistema de vinculação: permitir que a criança explore afastando-se em segurança da figura de vinculação, podendo experimentar sem colocar a sua vida em risco, uma vez que quando necessário a figura de vinculação será também o ponto de refugio ou seja a base segura (Ainsworth & Bell, 1970).

3.2 Fases de desenvolvimento da vinculação: primeira e segunda fase

Segundo Bowlby (1969/1982), existem quatro fases de desenvolvimento do sistema comportamental da vinculação durante a infância. A nossa incidência será a primeira e

a segunda fase uma vez que o nosso estudo tem como base uma amostra constituída por bebês de 3 meses.

Desta forma, a primeira fase entre os 0 e os 3 meses é marcada pelos precursores dos comportamentos de vinculação (Ainsworth, Bell & Stayton, 1972) ou seja pelo chorar, rir, agarrar, olhar. Apesar de o bebê já manifestar estes comportamentos de vinculação, nesta fase estes ainda não poderão ser considerados como tal. Entre os 0 e os 3 meses o bebê assume estes comportamentos de uma forma um tanto ou quanto automática para além de não diferenciar claramente as figuras que tratam de si não reconhecendo na totalidade a sua figura de vinculação. Neste sentido esta é uma fase em que os comportamentos do bebê não poderão ainda ser considerados de vinculação. Porém esta é uma fase crucial de modo a facilitar a passagem para a fase seguinte (Martins, 2010).

A partir dos 3 meses de idade, em condições favoráveis como sendo uma figura de vinculação presente e cuidadora, o bebê inicia uma segunda fase de desenvolvimento do sistema comportamental de vinculação a qual Soares (1996) identifica como orientação e sinais de dirigidos para uma ou mais figuras discriminadas. Dos 3 aos 6 meses o bebê começa gradualmente a manifestar reais comportamentos de vinculação mostrando preferência pelos cuidadores principais dirigindo os comportamentos para essas mesmas figuras. Verifica-se nesta fase, uma especificidade dos comportamentos que deixam de ser automáticos uma vez que o bebê vai reagir consoante experiências já vividas como seja a calma proporcionada pelo colo da mãe ou de outra figura de vinculação Soares (1996). O bebê exerce agora uma diferenciação e controlo comportamental (Marvin & Britner, 1999). Inicia-se assim a interação progressiva com a figura de vinculação e o estabelecimento de uma relação privilegiada, havendo já um procura da manutenção e da proximidade com essa mesma figura (Martins, 2010).

3.3 Padrões de vinculação

Durante o primeiro ano de vida o bebê manifesta a capacidade de organizar os seus comportamentos de vinculação de forma a adaptar-se às condições que lhe são fornecidas, dentro de certos padrões consoante as condições para que lhe seja assegurada a sua sobrevivência (Martins, 2010).

Em 1978 Ainsworth inicia um estudo naturalista no Uganda deslocando-se a casa das famílias, realizando mais tarde um estudo idêntico na realidade Norte Americana. Baseando-se nas suas observações Ainsworth definiu a qualidade da vinculação em

três pontos: 1 – segurança; 2 – Insegurança/evitamento e insegurança/ambivalência (Martins, 2010)

No padrão de vinculação seguro (B), Ainsworth (1978) descreve crianças que procuram ativamente a proximidade com a figura de vinculação interagindo muito com a mesma. Verifica-se numa relação de vinculação segura a manutenção do contacto físico, sendo a mãe ou a figura de vinculação um refúgio seguro. O bebé num padrão de vinculação seguro e na presença da figura de vinculação, explora o meio em segurança mantendo o contacto e o afeto mesmo a alguma distância. Na ausência da mãe o bebé chora ou chama pela mãe (Ainsworth 1978).

A figura de vinculação, na grande maioria das situações a mãe do bebé será capaz de proporcionar uma base de segurança quando o bebé revela algum tipo de desconforto nomeadamente mal-estar ou medo (Martins, 2010). Depreende-se desta forma que a relação de vinculação poderá ser compreendida na medida em que o adulto seja capaz de garantir um ambiente seguro ao bebé que procura proteção e que a percebe no outro que considera mais forte e mais apto (Bowlby, 1969/1982). Numa fase precoce a relação desenvolve-se de uma forma assimétrica. Ainsworth (1985) clarificou este conceito com base nos seguintes critérios:

- 1) É persistente e não transitória;
- 2) Envolve uma figura específica e reflete uma atracção que um indivíduo tem por outro indivíduo;
- 3) Trata-se de uma relação emocionalmente significativa;
- 4) O indivíduo deseja manter a proximidade ou contacto com essa figura, ainda que tal possa variar em função de vários fatores, como a idade, o estado do indivíduo ou as condições do meio;
- 5) O indivíduo experiencia uma certa perturbação face a uma situação de separação involuntária e, sobretudo, quando deseja a proximidade e tal não lhe é possível.

Analisando a relação mãe-bebé, é perceptível a importância dos primeiros vínculos no desenvolvimento fisiológico e psicológico do bebé. O envolvimento físico e emocional que se estabelece permite que a criança cresça equilibradamente para fazer face às suas necessidades e também aos desafios (Martins, 2010). A mãe, ao interpretar e ao responder satisfatoriamente às necessidades orgânicas e aos estados emocionais do bebé, não só disponibiliza prazer e satisfação no momento, como influencia muitos aspetos da sua constituição psicológica. Desta forma, o bebé poderá recorrer a

diferentes estratégias de vinculação, recorrendo normalmente a estratégias “organizadas para manter o prestador de cuidados alerta e responsivo (Fuertes, 2011) através do choro, do balbuciar, do olhar ou do sorriso. Esta relação vai projetar-se no futuro em termos do desenvolvimento da criança e das suas competências, emocionais, sociais (relacionais), psicológicas, físicas e morais (Martins, 2010).

A organização dos padrões de vinculação depende das relações que se estabelecem entre as principais figuras cuidadoras e a criança, através da rotina e das interações entre ambas e da forma como estes adultos conseguem, ou não, funcionar quer como base segura, da qual a criança pode partir para explorar o meio, quer como porto de abrigo, ao qual pode voltar sempre que as suas incursões se tornarem assustadoras (Martins, 2010). Desta forma, o desenvolvimento dos padrões de vinculação não poderá ser percebido fora do contexto da continuidade dos cuidados e da previsibilidade da sensibilidade e responsividade das figuras de vinculação (Martins, 2010).

Será com base nas experiências que vivencia com os prestadores de cuidados que a criança espera a resposta que lhe é dada às suas necessidades criando a partir daqui a sua estratégia de vinculação (Soares, 1996).

Quando tal situação (a resposta por parte do adulto às necessidades do bebê) não se verifica e a criança experiencia situações de imprevisibilidade ou inacessibilidade por parte do adulto às suas necessidades ou mesmo em situações de alarme a criança torna-se ansiosa, reproduzindo-se no tipo de vinculação estabelecido (Martins, 2010) A criança permanece em constante estado de ansiedade procurando muitas vezes o adulto mesmo em situações que não são de perigo, diminuindo ao mesmo tempo a exploração do meio mesmo quando todas as condições estão reunidas para que o possa fazer. A procura da proximidade da figura de vinculação é uma constante na tentativa de obter uma resposta, uma vez que este tipo de vinculação é marcado pela inacessibilidade da figura de vinculação, nomeadamente a mãe (Sroufe, 1996)

Ainsworth (1978), através da experiência da Situação Estranha (a criança sujeita-se a duas separações da mãe e a duas reuniões ficando com uma figura desconhecida) verificou que tal situação provocará um stress moderado à criança permitindo, através do comportamento da mesma, no momento da separação e da reunião, perceber o tipo de vinculação estabelecido), demonstrando que existe mais do que um padrão de vinculação ansiosa: 1) Evitante; 2) Resistente/ambivalente.

Ainsworth (1978) definiu assim três padrões de vinculação: A – Insegura/evitante; B – Segura; C – Insegura resistente/ambivalente. O estudo da autora indica ainda que, mesmo havendo uma variância na incidência destes padrões nas diferentes culturas, se verificam a existência dos mesmos em todas elas. Porém são redutores na descrição de todo o tipo de comportamento observado na Situação Estranha e na interação mãe-bebê (Martins, 2010) (ver quadro 1):

Quadro 1 - Síntese das componentes estruturais dos padrões A, B e C
(adaptado de Fuentes, 2005)

	Padrão A	Padrão B	Padrão C
Organização Mental	Organizado cognitivamente (aprendeu a não confiar na informação afetiva)	Integração afetiva e cognitiva (com raras ou nenhuma distorções do self)	Organizado afetivamente (aprendeu a não confiar na informação cognitiva)
Orientação do Self	Organizado de acordo com a perspectiva e necessidades do outro (desligado do self)	Equilíbrio entre as necessidades internas e externas	Organizado de acordo com a sua própria perspectiva e necessidades (self egocêntrico)
Expressão afetiva	Omite o afeto negativo	Verdadeiro afeto	Exagera o afeto negativo
Informação cognitiva	Exagera a informação previsível	Verdadeira cognição	Retira a informação previsível
Equação dos problemas	Minimiza os problemas pessoais	Aceita os problemas e utiliza, fundamentalmente a negociação aberta e direta para resolver os problemas.	Exagera os problemas pessoais.
Intervenção social	Tenta não atrair as atenções.	Socialmente competente	Tenta atrair atenções
Referência ao passado	Distanciado dos passados e das dificuldades passadas.	Livre acesso ao passado (tanto nas experiências difíceis como nas experiências felizes.)	Fixa-se no passado. Culpa a figura de vinculação ou outros pelos problemas atuais

Alguns estudos indicam que nem sempre o comportamento do bebê é reflexo do contexto não tendo desta forma uma estratégia coerente de vinculação. Para Main e Solomon (1986) estas crianças com este tipo de comportamento não correspondente aos padrões A, B e C assumem uma postura desorganizada ou desorientada. Tal incongruência no comportamento do bebê na interação com a mãe poderá estar relacionada, segundo Main e Hesse (1990) com a resposta dos prestadores de cuidados que estará assim perturbada.

Nestas situações as crianças manifestaram um comportamento de medo e confusão na presença da mãe sendo que as mães revelavam um comportamento assustado (procuram nos filhos a proteção que lhes teriam de dar) (Martins, 2010). Esta inversão de papéis faz com que a criança não receba a proteção de que necessita ou assustador (provocam o medo na criança uma vez que a próprias mães são vitimas de abuso físico ou psicológico) (Main & Hesse ,1990).

Para Crittenden (1999), as respostas desorganizadas têm muitas vezes uma função autoprotetiva de acordo com o contexto em que a criança está inserida e com a interação com o prestador de cuidados. Para a autora, não existe um estilo comportamental desorganizado, uma vez que o mesmo só se verificaria quando a resposta do bebé não se enquadrasse no contexto ou na realidade experienciada pelo bebé (Crittenden, 1999). Para Crittenden (1999), estes comportamentos infantis, ditos desorganizados, são uma estratégia do bebé face à imprevisibilidade do comportamento do prestador de cuidados. Não podendo antecipar, o bebé cria a estratégia mais adequada a cada situação e comportamento, o que se verifica muitas vezes em situações de maus tratos (Crittenden, 1999).

Crittenden (1992,1995) apresenta novos subpadrões de vinculação (A-defensivos; C – coercivos), numa reinterpretação do padrão desorganizado/desorientado. Nesta perspetiva, Crittenden defende que a *maturação cerebral e a evolução dos contextos de vida promovem o aparecimento de novas competências e novos comportamentos (...) que servem, de suporte à composição de estratégias de proteção mais eficazes face a circunstâncias perigosas* (Fuentes, 2011; Crittenden, 1992,1995).

Em 1988 Crittenden, tendo como base os vários padrões de vinculação e partindo da observação da interação mãe-filho em situação de jogo livre descreve e define os comportamentos infantil e materno (correlacionando com os padrões de vinculação), criando um sistema de avaliação da díade: Care-Index, (Fuentes, 2011; Crittenden, 1992,1995), que iremos desenvolver no ponto seguinte, uma vez que é um dos instrumentos fulcrais do estudo que apresentamos.

3.4 Qualidade de interação da díade em jogo livre

A observação da interação mãe-filho em situação de jogo livre descrita por Crittenden (1988) define o comportamento materno como sensível, passivo ou controlador e o comportamento infantil pode ser descrito como difícil, defensivo, passivo e cooperativo. (ver quadro 2 e 3).

Quadro 2: Caracterização sumária das escalas maternas do Care Index:

Escala	Descrição/caracterização
<u>Sensibilidade (Sensível)</u>	Resposta pronta e adequada aos sinais do bebé. Comportamento facilitador da interação com o bebé. Proporciona segurança e conforto ao bebé. Clima de interação positivo e satisfatório.
<u>Controlo (Controladora)</u>	Resposta intrusiva. Comportamentos por vezes hostis. Não proporciona verdadeiramente a participação ativa da criança, sendo o adulto que controla toda a interação.
<u>Passividade / Não responsividade (Passiva/não responsiva)</u>	Resposta pouco significativa ou mesmo inexistente. Ausência de participação ativa no jogo. Não reatividade aos sinais do bebé.

Quadro 3: Caracterização sumária das escalas infantis do Care Index:

Escala	Descrição/caracterização
<u>Cooperação (Cooperativo)</u>	Comportamento expressivo de satisfação e prazer com participação ativa na interação. Atitudes espontâneas e entusiastas durante o jogo. Clima de interação positivo.
<u>Dificuldade (Difícil)</u>	Comportamento de oposição e de resistência às propostas do adulto na interação, muitas vezes através do choro, do arquear, do empurrar (objetos ou o adulto).
<u>Passividade (Passivo)</u>	Comportamento marcado pela reduzido envolvimento na interação, não procurando o contacto com o adulto. Ausência de resposta na interação e no jogo.
	Comportamento submisso ao adulto. Pouca

Compulsividade
(Compulsivo/defensivo)

participação na interação sem manifestação de atitudes de resistência. Falta de envolvimento ativo mesmo quando existe iniciativa por parte do adulto. Preocupação em corresponder somente às expectativas do adulto.

Os comportamentos infantis descritos por Crittenden em 1988, em situação de jogo livre numa interação normal, indicam que existe uma significativa correlação entre os comportamentos descritos pela autora e os comportamentos observados na situação estranha (cit. Faria e Fuentes, 2007).

Os estudos realizados por Crittenden indicam que a vinculação segura está associada ao comportamento infantil de cooperação e a vinculação evitante ao comportamento defensivo (compulsivo) (Ainsworth & Crittenden, 1989). Demonstram ainda uma forte correlação entre os comportamentos maternos e os comportamentos infantis. Nesta perspetiva, a cooperação infantil revela uma forte correlação com a sensibilidade materna, enquanto a compulsão infantil aparece altamente associada ao controlo materno (Ainsworth & Crittenden, 1989).

O Care-Index (2001) é uma medida de avaliação que permite recolher a informação que resulta da interação mãe-filho avaliando desta forma o relacionamento, ou seja a díade em si e não o bebé ou a mãe isoladamente (Crittenden, 2001). Baseado nas teorias da vinculação, este é um sistema de avaliação dos padrões de interação da díade que poderá ter, quando aplicado, variados objetivos. Sendo o seu objetivo de base a investigação, poderá também ser utilizado no sentido do despiste de algumas situações de risco para que se possa delinear uma intervenção adequada e de sucesso (Crittenden, 2001).

Capítulo IV: Processos de regulação na interação mãe-bebé

4.1 Regulação emocional

Segundo Thompson (1994) a regulação emocional é composta por um conjunto de processos internos e externos responsáveis pela monitorização, avaliação e modificação da resposta emocional.

A qualidade da regulação emocional é um elemento crucial na organização comportamental. A emoção e a regulação emocional são processos adaptativos. A regulação emocional origina uma reorganização do organismo para que este consiga controlar a emoção permitindo um funcionamento adaptativo (Cicchetti, Ganiban, & Barnett 1991).

Durante os primeiros meses de vida os bebés mostram emoções básicas de adaptação ao meio com o objetivo de uma aproximação revelando-se diferentes tipos de comportamento ao experienciar cada emoção (Propper & Moore, 2006).

Com o desenvolvimento existe um crescimento cognitivo e emerge o controlo ou regulação emocional e as expressões das diferentes emoções tornam-se menos dependentes de reguladores externos como os pais (Propper & Moore, 2006).

Os cuidadores vão influenciar a forma como os bebés interpretam as situações, estruturando o contexto em que o bebé experiencia a emoção (Propper & Moore, 2006). Desta forma, os pais assumem um papel fundamental no desenvolvimento da regulação (comportamento) do bebé no primeiro ano de vida. Para o processo de auto-regulação estão interligados os fatores comportamentais, fisiológicos e o suporte dos pais.

A forma como os cuidadores respondem às necessidades dos bebés pode ter impacto na sua capacidade de modelar a sua reatividade e desenvolver métodos mais adaptativos de regulação através do tempo (Propper & Moore, 2006).

Nesta perspetiva, a regulação emocional assume um papel crucial no desenvolvimento social e cognitivo dos indivíduos (Calkins, 1994), permitindo também a definição e compreensão de percursos adaptativos ou desadaptativos.

4.2 Auto-regulação infantil e vinculação

Parte do controlo dos estados internos dos bebés está intimamente relacionado com os padrões de interação com a figura de vinculação do mesmo: processo regulatório diádico (Polen & Hofer, 1999).

A auto-regulação das emoções por parte do bebé está fortemente e intimamente relacionada com as figuras de vinculação, influenciando o conceito de “self” e a

construção do mundo por parte do bebé que o elabora a partir destas interações precoces (Hofer, 1994).

A vinculação fundamenta-se como um elemento crucial na capacidade auto-regulatória do bebé. A mãe (ou figura de vinculação), numa fase primária de desenvolvimento do bebé, torna-se o elemento chave para o desenvolvimento fisiológico e cerebral do bebé, sistemas essenciais ao desenvolvimento das competências de auto-regulação (Schore, 1997; Hofer, 1994).

Segundo Weller e Feldman (2003), a proximidade física da mãe e o toque materno têm um impacto de relevante importância na regulação emocional da criança. O estabelecimento de uma vinculação de qualidade é, como referido anteriormente, crucial para que o bebé consiga começar a auto-regular as suas emoções. Nesta perspetiva e segundo Schore (2000), o sistema de vinculação tem na sua base processos emocionais.

A figura parental ao estabelecer interações positivas que respondam às necessidades do bebé, de forma colaborativa e sintonizada, torna-se o elemento capaz de regular os estados emocionais do mesmo sendo a base para o seu desenvolvimento emocional e social (Siegel, 2001).

É a interação entre o bebé e a mãe que irá permitir ao primeiro regular os seus estados afetivos, sendo que o desenvolvimento progressivo dos mecanismos de auto-regulação do bebé são desta forma, influenciados por fatores ambientais como seja a relação com a figura de vinculação (Fonagy & Traget, 2002).

Esta necessidade da figura de vinculação no desenvolvimento emocional e regulatório do bebé acontece uma vez que os seus mecanismos regulatórios numa fase precoce do desenvolvimento são ainda muito restritos. É a interação com a figura parental que permitirá ao bebé desenvolver progressiva e autonomamente a sua capacidade de auto-regulação (Tronick, 1989).

Tronick (1989) defende ainda que se a interação entre a mãe e o bebé for capaz de regular os estados emocionais do bebé, a probabilidade de, no futuro, este o fazer de forma autónoma e segura é significativamente maior, isto porque o desenvolvimento da regulação dá-se da hetero-regulação para a auto-regulação.

Segundo Fuertes (2005, pp. 284), “os *padrões de resposta observados na situação de Still-face*” podem ser indicadores de futuras organizações de comportamentos que integrarão estratégias de vinculação. Nesta perspetiva, estes padrões evoluem de uma

forma dinâmica “*ao serviço das necessidades de adaptação*” (Fuentes, 2005, pp. 285) O bebé vai adaptando as suas respostas aprendendo a auto-regular-se segundo a influencia do exterior ou seja (numa fase precoce) dos seus cuidadores e hétero-reguladores.

4.3 Paradigma Still-Face

Para avaliar a capacidade de auto-regulação do bebé, Tronick, Als, Adamson & Brazelton (1978) imaginaram a experiência Still-Face. No paradigma Still-Face os bebés são observados em 3 episódios de interação com o adulto: 1) um primeiro episódio de interação “normal”; 2) o episódio Still Face em que o adulto se mantém inexpressivo não dando qualquer resposta ao bebé; 3) a reunião em que o adulto volta a interagir normalmente. Cada episódio deverá ter a duração máxima de 3 minutos (Tronick, 1978-).

Desde a sua introdução muitos estudos utilizaram o Paradigma Still-Face (ou adaptações) para uma grande variedade de estudos, mostrando assim a versatilidade do paradigma.

Alguns estudos indicam que as respostas infantis ao Still Face não estão somente relacionadas com os cuidados parentais (Tarabulsky, 2003) mas também estão associadas a uma adaptação futura como a qualidade da vinculação (Campbell, Moore & Cohn, 2001).

A revisão de literatura do Paradigma Still-Face realizada por Adamson e Frick (2003) mostrou como as pesquisas mais recentes contribuíram para a atual compreensão da interação adulto-criança, sendo que ao longo dos anos de investigação, muitas têm sido as explicações teóricas propostas para os efeitos do Still Face nos bebés.

O Still-Face foi criado de forma a provocar alterações no comportamento infantil, ou seja um stress moderado conhecido como o efeito Still-Face e deste modo averiguar a sua resposta. Surpreendentemente, o bebé a partir dos 2 meses é capaz de detetar a imobilização materna e responde com desconforto. Os bebés normalmente mostram menos sorrisos e uma maior afetividade negativa durante o episódio Still-Face comparativamente ao período de interação normal (Gusella, Muir, & Tronick, 1988).

Numa primeira análise, Tronick (1978) propôs que o procedimento violava as regras da comunicação “cara-a-cara” uma vez que o adulto fornece informação contraditória ao bebé. O contato ocular significa a abertura para a interação o que é negado através da “não” resposta quando o bebé tenta interagir com o adulto. O bebé reage

mostrando-se confuso e inicialmente tenta restabelecer a reciprocidade mas ativamente começa a evitar o olhar do adulto e começa a olhar para o outro lado. Aparentemente os bebês já criaram expectativas claras sobre a interação social e manifestam desagrado quando essas expectativas são goradas (van IJzendoorn, 2008)

Quando interage com um adulto sensível o bebê consegue recuperar a correspondência, enviando através de reações afetivas o sinal certo ao adulto que ajustará o seu comportamento de forma a corresponder ao bebê (van IJzendoorn, 2008).

Estes encontros e desencontros comunicativos acontecem naturalmente durante a interação. Porém, no episódio Still-Face a não correspondência é mais prolongada e mais intensa, o que provoca muitas vezes no bebê reações afetivamente negativas quase que como um alerta para o adulto (van IJzendoorn, 2008).

Esta falha das capacidades reguladoras da interação por parte do bebê poderão levar à capacidade de auto-regulação e de encontrar estratégias tal como olhar para o lado de forma a evitar o estímulo de stress (a não resposta por parte do adulto) (Van IJzendoorn, 2008). Uma teoria alternativa para explicar o efeito Still-Face foi proposta por Field em 1994, referindo que a mãe ou o pai são um importante modelador da regulação emocional do bebê e que de uma forma ideal irá promover ótima estimulação e sincronia na interação.

Se o adulto está indisponível (episódio Still-Face) perde-se a sincronia e as emoções do bebê ficam desreguladas, levando a uma alteração do comportamento do bebê e das suas emoções (Field, 1994).

Desta forma, segundo Field (1994) o bebê precisa de um regulador externo para atingir níveis significativos de satisfação, desorganizando-se em termos emocionais e comportamentais, quando o regulador se mostra ausente.

Field (1994) focou-se nos efeitos da depressão materna como um exemplo de indisponibilidade emocional e atualmente estudos indicam que os efeitos são mais severos do que os que são provocados quando há uma ausência física dos pais. Porque apesar de a estimulação não estar pedida ela é incongruente.

O efeito do episódio Still Face é substancialmente mais curto mas poderá ativar os mesmos mecanismos que provocam uma desorganização emocional nos bebês (Field, 1995).

Variadas características do desenvolvimento emocional do bebé foram propostas para explicar o efeito Still-Face. A maior ênfase foi colocada na importância do adulto como regulador da excitação do bebé que partilha sentido e intenção com o mesmo. O bebé pode usar o adulto como uma ajuda para melhorar a sua capacidade de auto-regulação (van IJzendoorn, 2008). Além disso, o bebé contribui ativamente para a interação como demonstrado quando manifesta e influencia as respostas do prestador de cuidados. No momento Still-Face o regulador falha e o bebé é obrigado a regular as suas próprias emoções, que se reflete no afeto negativo e no afastamento do olhar (van IJzendoorn, 2008).

Neste sentido existem muitas explicações teóricas para o efeito still-face e, embora demonstrem muitas semelhanças, também diferem no foco e nos detalhes do próprio processo. Enquanto as teorias para explicar o efeito still-face não forem definitivas, o procedimento prático do Paradigma Still-Face não é totalmente linear (van IJzendoorn, 2008).

4.4 Modelo Mútuo de Regulação

De forma a explicar detalhadamente o efeito Still Face, Tronick e a sua equipa criaram o MRM (Mutual Regulation Model) (Tronick & Weinberg, 1997). O MRM descreve a interação mãe-bebé regulando um estado de reciprocidade através de um processo de feed-back que opera primeiramente ao nível afetivo. As reações afetivas dos bebés refletem o seu prazer na interação e funcionam como formas significativas de comunicação com o adulto. Porém, a reciprocidade nem sempre é atingida. A interação imperfeita e a não correspondência comunicativa são muitas vezes a regra e não a exceção na interação mãe bebé (van IJzendoorn, 2008).

O sucesso ou o fracasso do processo mútuo de regulação (Tronick, 2006) depende da habilidade do bebé ou da criança de regular internamente e afetivamente os seus estados, esta capacidade depende da forma como o bebé interpreta e responde afetivamente.

Variados estudos focaram-se na habilidade da mãe e do bebé alternarem os seus estados emocionais e comportamentos de forma temporalmente coordenada entre ambos (sincronia), de partilhar a liderança na interação (bidirecionalidade) e de partilhar estados afetivos ao mesmo tempo (matching) (Tronick et al, 2007).

Segundo Tronick (2006) a expressão afetiva dos bebés na idade varia bastante consoante o género. Variados estudos indicaram que as meninas demonstram uma maior capacidade de auto-regulação em momentos de stress moderado como o Still-

face. No episódio do Still-Face e no episódio de reunião pós Still-Face os rapazes demonstraram uma maior dificuldade na sua capacidade de auto regulação. Em ambos os episódios as meninas demonstraram a sua capacidade de auto-regulação através da procura de um objetivo que lhes permitisse essa mesma auto-regulação, ao contrário dos rapazes que se mostraram afetivamente menos capazes de se auto regularem (Tronick et al, 2006).

A depressão materna pode também influenciar a funcionalidade socio-emocional da diade mãe-bebé por comprometer a capacidade da mãe para ler e responder aos sinais não facilitando a interação. Este stress interacional é desta forma provocado pela reduzida afetividade da mãe, pela maior intrusão e negatividade durante a interação social (Tronick et al, 2006).

A capacidade de auto-regulação do bebé está dependente de variados fatores. Poderá variar por fatores biológicos e sociais, ou estar diretamente relacionado com a capacidade de interagir e responder adequadamente do prestador de cuidados, maioritariamente a mãe (van IJzendoorn, 2008).

Em situação de stress moderado, num episódio de Still-Face o bebé tem necessariamente que reagir à não resposta por parte do cuidador e por si só conseguir auto-regular-se. Este procedimento desenvolvido e primeiramente aplicado por Tronick (1978) é difícil tanto para os bebés como para as mães. Porém, Tronick (2006) indicou que o momento a seguir a uma interação de stress como o Still-Face é difícil especialmente para as mães com altos níveis de sintomas depressivos e para os bebés rapazes.

O facto de os rapazes se mostrarem mais vulneráveis no momento da reunião pós Still-Face poderá ser indicador de uma menor resiliência por parte do género (Carter, Murray, Tronick & Weinberg, 2006).

Nesta perspetiva Tronick (2006) defende que um ciclo de problemas de regulação pode ficar estabelecido desde logo muito cedo podendo tornar os bebés rapazes mais *anti-sociais* (problemas ao nível da interação social) complicando também o papel da mãe que poderá não ter a habilidade de perceber o que seu filho necessita, em caso de agregação de fatores de risco como sejam a depressão materna ou até mesmo as condições socioeconomicas da família. Este ciclo tal como esta acumulação de comportamentos de menor regulação poderão ter efeitos a longo termo. Porém, não existem estudos suficientes relativamente a esta possibilidade o que seria muito

interessante e de grande relevância para que se pudesse atuar de forma cada vez mais precoce com cada bebé e a sua família (Tronick et al, 2006).

Em suma, as reações na situação Still-Face não são universais sendo que os bebés demonstram uma significativa variabilidade na sua capacidade de auto-regulação (Fuertes e Faria, 2007).

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo V: Metodologia

5.1. Objetivos:

A presente investigação tem como objetivo estudar:

- i) a capacidade de auto-regulação de bebés com 3 meses de idade em situações de stress (ou de violação da interação social);
- ii) a qualidade da interação mãe-filho(a) em jogo livre;
- iii) a relação entre a capacidade de auto-regulação do bebé e a qualidade da interação mãe-filho(a);
- iv) averiguar o impacto dos fatores demográficos nas variáveis em estudo (auto-regulação do bebé e a qualidade da interação mãe-filho).

5.2 Descrição da amostra:

Do presente estudo fizeram parte 13 crianças, 6 do sexo masculino e 7 do sexo feminino. A observação da amostra para o presente estudo decorreu aos 3 meses de idade dos bebés.

A amostra foi selecionada com base em alguns critérios definidos previamente pela equipa de investigação no intuito de excluir situações de elevado risco biológico e ambiental. Desta forma, todos os bebés participantes do estudo teriam de corresponder a 6 critérios:

- 1) Nascidos entre as 37 e 42 semanas;
- 2) Peso gestacional entre 2500 e 4500 gramas;
- 3) Sem baixo peso para a idade gestacional;
- 4) Não apresentarem malformações congénitas ou alterações físicas;
- 5) Apgar igual ou superior a 8 no quinto e décimo minuto;
- 6) Não revelarem sinais clínicos de cardiopatia;

Relativamente às famílias foram também tidos em conta 3 critérios de seleção:

- 1) Mães com idade entre os 21 e os 35 anos;
- 2) Ausência de referências a psicopatologia materna ou paterna;
- 3) Ausência de suspeita de álcool ou drogas por parte dos pais;

5.3. Condições da recolha do estudo

As condições da recolha da amostra não foram controladas pela autora do estudo, tendo sido essa recolha elaborada pelo co-orientador do estudo e pela assistente de investigação pertencente à equipa. Porém, a observação, a recolha e a cotação dos dados tiveram a participação da autora do estudo aqui apresentado.

As famílias participantes foram contactadas diretamente na Maternidade do Hospital de Santa Maria em Lisboa, após o nascimento do bebé. Foram contactadas 100 famílias que foram incluídas num estudo mais alargado. Dessa amostra maior, foram selecionados aleatoriamente 13 casos.

As famílias foram informadas sobre o objetivo do estudo e aceitaram assinando o consentimento informado, havendo a garantia da confidencialidade dos dados por parte de cada um dos elementos da equipa. As famílias tiveram também conhecimento que iria haver cotadores externos (como a autora deste estudo).

As observações e a recolha de dados decorreram no Hospital Santa Maria com a presença do co-orientador do projeto, da assistente de investigação e da autora deste estudo (em 13 casos).

Na sala preparada para o efeito as díades foram filmadas num primeiro momento em situação de jogo livre, estando somente o co-orientador presente a filmar. Na sala existiam vários brinquedos, um tapete e uma cadeira que se encontravam ao dispor das mães para utilizarem e escolherem livremente para a interação.

Após esta primeira etapa, que teve a duração aproximada de 5 minutos, iniciou-se a filmagem do Still-face, sendo que a mãe depois de dadas as indicações ficava sozinha na sala com o bebé. O procedimento foi explicado às mães:

- 1) Interagir naturalmente com o bebé que estava sentado na espreguiçadeira;
- 2) Após os 3 toques na parede por parte do co-orientador as mães teriam de ficar inexpressivas e não tocar no bebé (still-face);
- 3) Quando a mãe ouvisse novamente os 3 toques voltava a interagir naturalmente com o seu bebé. Terminava quando o co-orientador do projeto entrasse na sala comunicando que a observação estava concluída. Cada episódio teve a duração aproximada de 3 minutos.

Durante a interação a equipa esteve a observar num monitor exterior à sala onde decorria a interação que se encontrava ligado às duas camaras presentes na sala.

Houve alguns constrangimentos como o calor ou alguns ruídos do exterior, sendo por vezes necessário parar e retomar as filmagens.

Antes de se dar início às filmagens garantiu-se que o bebé estava confortável (sem fome, sem sede, sem sono e com a fralda mudada) para que pudesse ser uma observação e posterior cotação sem condicionantes.

5.4. Cotação de dados:

A cotação dos dados foi realizada, através da observação dos vídeos das interações: em situação de jogo livre, (utilizando uma adaptação ao manual original do Care Index) e em situação de Still-Face utilizando as escalas IRSS e MRSS.

5.5. Instrumentos

5.5.1. Care-Index:

Para a cotação dos dados relativamente à observação em situação de jogo livre a autora do estudo utilizou uma adaptação ao Manual do Care Index (Crittenden, 2003) realizada por Fuertes (2005). O Care-Index é composto pelas seguintes escalas (ver quadro 4 e 5))

Quadro 4 - Caracterização sumária das escalas maternas do CARE-Index (adaptado de Fuertes, 2005)

Escala	Caracterização
Sensibilidade	Traduz fundamentalmente a sincronia da atividade do adulto relativamente às respostas da criança. Trata-se de uma qualidade ligada, no essencial, à manifestação de comportamentos que tendem a facilitar a participação do bebé na interação ao mesmo tempo que lhe proporcionam um clima de satisfação, aumentando o seu conforto e reduzindo, potencialmente, a sua ansiedade.
Controlo	Está basicamente relacionada com padrões de resposta ditos intrusivos. Podem-se manifestar sob a forma de reações que indiciam hostilidade aberta ou encoberta. Surgem, muitas vezes, como comportamentos pseudo-sensíveis nos quais se entrevê a

Não-responsividade	aparente intenção de aumentar o envolvimento da criança, mas que só conseguem irritá-la ou levar à diminuição do seu nível de participação activa.
	Reflecte a ausência da implicação activa do adulto na interacção que se manifesta através de um retraimento e passividade face às aberturas ou sinais da criança.

Quadro 5 - Caracterização sumária das escalas da criança do CARE-Index (adaptado de Fuertes, 2005)

Escala	Caracterização
Cooperação	Identifica padrões de comportamento associados à expressão de prazer ou satisfação bem como à facilitação dos turnos comunicacionais. Manifesta-se através de expressões faciais riosas e atentas, iniciativas de contacto e aceitação participante face às aberturas sociais do adulto. Os resultados nesta escala mantêm, usualmente, correlações positivas elevadas com a escala da sensibilidade.
Compulsividade -Complacência	Diz respeito a padrões de comportamento que indicam submissão face às iniciativas do adulto. Postura dominada por nível baixo de espontaneidade, participação pouco entusiasmada nos jogos propostos pelo parceiro de interacção sem contudo manifestar sinais de resistência. Notória preocupação em agradar (ou pelo menos em não desagradar) ao adulto que pode manifestar-se mediante ofertas de prestação de cuidados ou de uma atenção fixa, sem grande envolvimento ativo, às iniciativas daquele.
Dificuldade	Descreve padrões de comportamentos marcados pelo selo da oposição e resistência aberta às respostas do adulto. Revela-se por comportamentos como o choro, esgares de irritação, empurrar objetos oferecidos...

Passividade

Indica padrões de comportamento com baixo nível de envolvimento e iniciativa com respostas cujo resultado previsível é o de reduzir o contacto com o adulto –expressões faciais vazias, ausência de resposta às aberturas sociais, participação errática no jogo interativo.

Estas dimensões comportamentais são traduzidas por indicadores comportamentais. Os quadros a seguir apresentados são um resumo das grelhas criadas a partir do Manual do Care-Index por Fuertes (2010) (ver quadro 6 e 7):

Quadro 6 – Descrição, Frequência e Percentagem dos Comportamentos Maternos

Categoria comportamental e descrição	Pontuação
Expressão facial	
A. Atenta, disponível, alegre e adequada à atividade e ao humor demonstrado pelo bebé.	Sensibilidade 2
B. Participativa, atenta, mas com períodos de incongruência relativamente ao humor do bebé ou à atividade (e.g., sorri quando o bebé chora).	Sensibilidade 1 Controlo 1
C. Participativa, atenta mas com períodos de desatenção.	Sensibilidade 1 Passividade 1
D. Zangada, rígida, tensa e sem variações.	Controlo 2
E. Distraída, passiva,	Passividade 2
Expressão vocal	
A. Adequada em volume (nem muito alto nem muito baixo), timbre (agradável e melodioso), nos turnos de comunicação (com pausas necessárias à resposta da criança), nos conteúdos e coerente com o humor do bebé.	Sensibilidade 2
B. Respostas vocais adequadas com períodos de voz demasiado alta, estridente ou incongruente com a interação, ou um discurso excessivamente elaborado para a idade do bebé, ou verbalizações dirigidas ao observador.	Sensibilidade 1 Controlo 1
C. Verbalizações pouco frequentes, mas adequadas na forma, nos conteúdos e congruentes com a interação.	Sensibilidade 1 Passividade 1
D. Voz demasiado alta ou estridente ou ríspida com observações negativas, ameaçadoras ou jocosas.	Controlo 2
E. Silêncio.	Passividade 2
Posicionamento e Manipulação	
A. O adulto posicionou a criança de forma confortável, colocando-se de frente para si e manipulando-a de um modo gentil.	Sensibilidade 2
B. O adulto posicionou-se de frente e confortável para criança mas com alguns toques intrusivos (aos quais o bebé respondeu com desconforto).	Sensibilidade 1 Controlo 1
C. O adulto posicionou-se por detrás do bebé (com o bebé ao colo) mas inclinava-se para ver as suas reações. Toque gentil.	Sensibilidade 1 Passividade 1

- D.** O adulto colocou o bebê em posições desconfortáveis ou foi fisicamente intrusivo ou foi brusco na manipulação do bebê (tendo assustado o bebê). **Controlo 2**
- E.** O adulto não tocou no bebê e sentou-o distante dele (a partir de um metro de distância). **Passividade 2**

Expressão afetiva

- A.** Respostas positivas e contingentes com o comportamento do bebê. **Sensibilidade 2**
- B.** Respostas afetivas positivas mas exageradas na sua intensidade (e.g., beijos muito repenicados, reforços exagerados que distraiam o bebê da atividade) ou pouco contingentes (e.g., beijinhos inesperados para o momento interativo). **Sensibilidade 1**
Controlo 1
- C.** Respostas negativas (e.g., rudeza no toque, comentários negativos, punições físicas, assustar o bebê) frequentes ou intensas. **Sensibilidade 1**
Passividade 1
Controlo 2
- D.** Respostas afetivas indiretas mas positivas (sorri com orgulho da criança, elogia esporadicamente)
- E.** Respostas afetivas raras ou ténues. **Passividade 2**

Reciprocidade

- A.** O adulto procurou estabelecer sequências interativas em que cada parceiro de interação alternava a sua participação. **Sensibilidade 2**
- B.** O adulto procurou estabelecer sequências interativas com a participação dos dois parceiros mas, por vezes, foi demasiado rápido ou não esperou pela vez da criança **Sensibilidade 1**
Controlo 1
- C.** Distraiu-se da atividade **Sensibilidade 1**
Passividade 1
Controlo 2
- D.** O adulto nunca esperou pela vez da criança ou foi demasiado rápido. **Passividade 2**
- E.** Raramente o adulto procurou criar sequências interativas ou atividades recíprocas – o adulto e a criança jogaram em paralelo. **Passividade 2**

Diretividade

- A.** O adulto apoiou o jogo do bebê e seguiu espontaneamente os seus interesses oferecendo indicações ou fazendo ajustes quando necessário (e.g., reposicionar um brinquedo, mostrar outras vertentes do brinquedo). **Sensibilidade 2**
- B.** Adulto diretivo (fornecendo mais indicações/ajustes do que o necessário) mas aceitou seguir o interesse do bebê. **Sensibilidade 1**
Controlo 1
- C.** Adulto espera pela iniciativa da criança deixa explorar objetos ou atividades inapropriadas mas acaba por oferecer outras opções (permanece atenta/acompanha atividade e mas deixa a criança explorar sozinha). Usa a linguagem verbal mas do que o comportamento físico para apoiar a criança **Sensibilidade 1**
Passividade 1
- D.** Atitude muito diretiva (dando ordens permanentemente e estabelecendo sempre qual o jogo e atividade sem atender aos desejos do bebê) **Controlo 2**
- E.** Ausência de diretivas ou ajustes ao jogo do bebê **Passividade 2**

Jogo

- A.** O adulto apresentou numa atmosfera de prazer, jogos adequados ao desenvolvimento do bebê (na zona proximal de desenvolvimento). **Sensibilidade 2**
- B.** O adulto apresentou o número suficiente de atividades, numa atmosfera agradável mas algumas tarefas eram muito difíceis e outras demasiado fáceis. Tendo a adulto corrigido o seu comportamento ao longo da tarefa. **Sensibilidade 1**
Controlo 1
- C.** O adulto ofereceu atividades adequadas com pouca frequência ou ofereceu várias atividades inadequadas **Sensibilidade 1**
Passividade 1
Controlo 2
- D.** Jogo desadequado para a idade do bebê (geralmente muito

exigente, intenso e sem ter em conta os interesses da criança) ao longo de toda a interação. Orientado para o desempenho.

E. O adulto não se envolveu no jogo – permaneceu num papel de observador ou apenas deu brinquedos ao bebé.

Passividade 2

Quadro 7 – Descrição, Frequência e Percentagem dos Comportamentos Infantis

Expressão facial

A. O bebé manteve uma expressão atenta, sorridente e alegre, com variações adequadas à interação.	Cooperativo -2
B. O bebé combinou uma expressão atenta e sorridente com períodos de distração ou inexpressividade.	Cooperativo 1 Passivo -1
C. O bebé combinou uma expressão atenta e sorridente com momentos de zanga ou de fuga ao olhar.	Cooperativo- 1 Difícil - 1
D. O bebé apresentou uma face zangada e virou várias vezes a cara ao adulto durante a interação.	Difícil - 2
E. O bebé esteve distraído ou inexpressivo durante a interação.	Passivo - 2
F. O bebé manifestou-se tenso, desconfortável, mantendo, contudo, o contacto ocular.	Defensivo -2

Expressão vocal

A. O bebé dirigiu-se à mãe com vocalizações positivas (palrar, sons de excitação, risos) demonstrando prazer e satisfação ao longo da interação.	Cooperativo 2
B. O bebé apresentou vocalizações com sons positivos, dirigidos à mãe e congruentes com a situação mas com momentos de choro, gritos ou resmungo.	Cooperativo 1 Difícil - 1
C. O bebé manteve-se quase sempre em silêncio, mas quando vocalizou apresentou sons positivos dirigidos à mãe.	Cooperativo 1 Passivo -1
D. O bebé apresentou uma voz aflita com sons emitidos em esforço combinados esporadicamente por vocalizações positivas.	Defensivo 2
E. O bebé apresentou somente vocalizações negativas: choro, gritos ou resmungos.	Difícil 2
F. O bebé manteve-se em silêncio durante toda a interação.	Passivo 2

Expressão afetiva

A. O bebé foi dando ao longo da interação respostas calorosas e positivas ao adulto (e.g., sorrisos, interesse pelas atividades propostas pelo adulto, seguindo o adulto com o olhar).	Cooperativo -2
B-C. i) O bebé ofereceu respostas positivas com pouca frequência ii) combinadas de momentos de resistência ou iii) com momentos de evitamento	Cooperativo 1 i) Passivo 1 ii) Difícil -1 ii) Defensivo 1
D. O bebé permaneceu de mau humor toda interação (e.g., rejeitando brinquedos, excesso de atividade, arqueamento do corpo, rejeição do toque do adulto).	Difícil -2
E. O bebé dirigiu as respostas afetivas para outros adultos ou para os brinquedos (ou teve demonstrações indiretas)	Defensivo -2
F. O bebé não apresentou respostas afetivas. O bebé manteve-se muito quieto, calado e observador.	Passivo -2

Reciprocidade

A. O bebé esteve atento e participativo convidando o adulto a continuar a atividade.	Cooperativo -2
B-C. O bebé combinou períodos de interesse e jogo com períodos de menor reciprocidade: i) períodos de birra e rejeição (36), ii) atenção mas sem jogar (16) ou iii) desinteresse (33).	Cooperativo 1 i) Difícil -1 ii) Defensivo 1 iii) Passivo 1
D. O bebé aceita as iniciativas do adulto e tenta encontrar o seu lugar na interação	Defensivo -2
E. O bebé esteve atento mas não jogou nem respondeu reciprocamente às atividades propostas pela mãe.	Passivo -2
F. O bebé rejeitou por completo jogar com as suas mães ou mostrou interesse por outras atividades.	Difícil -2

Jogo

A. O jogo do bebé esteve dentro do seu nível de desenvolvimento.	Cooperativo -2
B. O jogo do bebé acima do seu nível de desenvolvimento.	Defensivo -2
C. O jogo do bebé abaixo do seu nível de desenvolvimento.	Difícil - 2
D. Jogo raro e falta de iniciativa	Passivo - 2

Como referi anteriormente o Care-Index é um instrumento que permite avaliar a qualidade da relação mãe-filho, tendo sempre em conta todos os fatores que envolvem a díade para uma correta avaliação. Porém, uma vez que a observação se realiza em condições seguras para a criança e para a família, este instrumento não avalia a qualidade da vinculação em si mas permite avaliar as *características diádicas associadas à vinculação* (Manual do Care-Índex, 2001).

5.5.2. Still-Face: MRSS e IRSS:

Para a cotação do Still-face foram utilizadas as escalas criadas por Tronick (1978): IRSS (Infant Regulatory Scoring System) para os bebés e o MRSS (Maternal Regulatory Scoring System) para as mães (ver quadros 8 e 9)

Quadro 8 - IRSS (Infant Regulatory Scoring System)

Comportamentos	Descrição
Olhar (Gaze)	Olha para o rosto do adulto (looks at adult's face) Olha para um novo objeto (looks at a new object) Olha para o mesmo objeto (looks at the same object) Olha para o lado (looks away) Fecha os olhos (eyes closed)
Vocalizações (Vocalization)	Positivas (positive) Neutras (neutral) Negativas (negative)

Movimento do corpo (<i>Gestures</i>)	Chora (<i>crying</i>)
	Estende as duas mãos (<i>two hand reach</i>)
	Estende uma mão (<i>one hand reach</i>)
	Toca (<i>touch</i>)
	Inclina-se para a frente (<i>lean forward</i>)
Autoconforto (<i>Self-confort</i>)	Faz movimentos estereotipados (<i>stereotypic(odd gestures)</i>)
	Coloca partes do corpo na boca (<i>oral-self</i>)
	Coloca objetos na boca (<i>oral objects</i>)
	Coloca partes do corpo da mãe na boca (<i>oral-mom</i>)
	Toca em si mesmo (<i>touch self</i>)
Distancia (<i>Distance</i>)	Abraça-se (<i>self-clasp</i>)
	Balança-se (<i>rock</i>)
	Tenta escapar (<i>get away/escape</i>)
	Arqueia (<i>arch</i>)
Indicadores autonómicos (<i>Autonomic indicators</i>)	Empura/puxa (<i>push away/pull away</i>)
	Esconde-se (<i>screen out</i>)
	Cospe (<i>spit up</i>)
Sorrisos (<i>comportamento acrescentado</i>)	Soluça (<i>hiccup</i>)
	Boceja (<i>yawning</i>)
	Sorri abertamente Sorri timidamente

Quadro 9 - MRSS (Maternal Regulatory Scoring System)

Comportamentos	Descrição
Proximidade ao bebé (Proximity to infant)	Nariz com nariz (<i>nose to nose</i>)
	Próximo do rosto mas sem toque (<i>loom</i>)
	Proximidade típica de interação (<i>average</i>)
	Afastado/para trás (<i>back</i>)
Interação social (Social engagement)	Olha diretamente para o bebé (<i>social attend</i>)
	Olha de relance para o bebé (<i>social glance</i>)
	Evita o jogo (<i>avert game</i>)
Interação com o objeto (Object engagement)	Olha diretamente para o mesmo objeto (<i>objet attend</i>)
	Olha de relance para o mesmo objeto (<i>objet glance</i>)
Evitamento (Avert)	Evita o olhar (<i>avert</i>)
	Evita algumas vezes o olhar (<i>avert glance</i>)
	Vocaliza iretamente para o bebé (<i>directs to self</i>)

Vocalizações (Vocalize)	Canta (<i>sings</i>)
	Faz atribuições negativas ao bebé (<i>negative attributions to infant</i>)
	Faz atribuições positivas ao bebé (<i>positive attributions to infant</i>)
	Faz descrições negativas ao comportamento do bebé (<i>negative infant state descriptions</i>)
	Faz descrições positivas ao comportamento do bebé (<i>positive infant state descriptions</i>)
	Faz sons com a boca (<i>mouth noises</i>)
Cuidados (Caregiving)	Rejeita de forma não declarada (<i>unstated rejection</i>)
	Presta cuidados (<i>caregiving</i>)
	Toca/afaga/bate ao de leve (<i>touch/stroke/tap</i>)
	Segura/contém (<i>hold/contain</i>)
	Reposiciona o bebé (<i>reposition infant</i>)
Toque (Touch)	Dá uma cotovelada/soco (<i>poke/jab</i>)
	Faz cócegas (<i>tickle</i>)
	Puxa (<i>pull</i>)
	Movimenta de forma ritmada os membros (<i>rhythmic movement of limbs</i>)
	Embala/ balança (<i>rock</i>)
	Beija (<i>kiss</i>)
	Belisca (<i>pinch</i>)
Suga no bebé (<i>suck on infant</i>)	

As escalas foram utilizadas seguindo o sistema de cotação definido para cada uma delas. Todos os itens foram avaliados tendo sido acrescentado no IRSS os sorrisos (sorriso aberto, sorriso tímido).

No bebé foram cotados os minutos totais do filme segundo a segundo. Na observação e cotação dos comportamentos maternos não foi cotado o episódio de Still-Face uma vez que a mãe permanece imóvel e inexpressiva durante o mesmo.

Depois de cotados os filmes, para mães e bebés foi realizada a contagem do número de vezes que cada comportamento tinha sido observado e assinalado durante o tempo total da interação.

Para a real utilização dos dados da contagem final foram criados critérios de ponderação a partir de algumas unidades de comportamento para que se pudesse definir e avaliar em comportamentos positivos, negativos e de autoconforto no caso do bebé, tal como demonstra o quadro (ver quadro 10) apresentado de seguida (adaptado de Fuertes, 2005)

Quadro 10: Comportamentos infantis e critérios de ponderação para a análise da situação Still-Face

Orientação Social Positiva	
Unidades de comportamento	Sistema de ponderação
<ul style="list-style-type: none"> • Olha o corpo do adulto • Olha o rosto do adulto • Sorri • Alcança o adulto • Vocalização positiva 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Olha o rosto do adulto 2. Olha o rosto ou o corpo do adulto ao mesmo tempo que sorri 3. Olha o rosto ou o corpo do adulto ao mesmo tempo que o alcança 4. Olha o rosto ou o corpo do adulto ao mesmo tempo que o alcança 5. Olha o rosto ou o corpo do adulto ao mesmo tempo que o alcança e sorri 6. Olha o rosto ou o corpo do adulto ao mesmo tempo que o alcança e vocaliza positivamente
Expressão negativa	
Unidades de comportamento	Sistema de ponderação
<ul style="list-style-type: none"> • Vocalização de protesto • Escapa • Arqueia-se • Empurra • Chora 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vocalização de protesto 2. Escapa ou arqueia-se ou empurra 3. Escapa ou arqueia-se ou empurra ao mesmo tempo que produz vocalização de protesto 4. Chora 5. Escapa ou arqueia-se ou empurra ao mesmo tempo que chora
Atividade de regulação de estado (auto-conforto)	
Unidades de comportamento	Sistema de ponderação
<ul style="list-style-type: none"> • Afasta o olhar • Fecha os olhos • Mão à boca • Oral outro • Toca-se • Aperta as mãos uma contra a outra • Baloíça-se 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afasta o olhar ou fecha os olhos 2. Mão à boca ou oral outro ou toca-se ou aperta as mãos uma contra a outra ou baloiça-se 3. Afasta o olhar ou fecha os olhos ao mesmo tempo que evidencia qualquer um dos restantes comportamentos

Quanto ao comportamento materno, procuramos através de análise de culsters identificar perfis de comportamento. Contudo, a reduzida dimensão da amostra não permitiu aferir com significado estas associações. Não obstante propomos uma classificação conceptual para futura exploração em amostras de maior dimensão (ver quadro 11)

**Quadro 11 - Unidades de Comportamentos maternos
para a análise da situação Still-Face**

Orientação Social Positiva

Unidades de comportamento

- Proximo do rosto
- *loom*
- Interage diretamente
- Vocaliza diretamente para o bebé
- Canta
- Atribuições positivas ao bebé
- Descrições positivas ao estado do bebé
- Faz cócegas
- Beija

Expressão negativa

Unidades de comportamento

- Afasta-se
- Evita o jogo
- Evitamento
- Atribuições negativas ao bebé
- Descrições negativas ao estado do bebé
- Afirmações de rejeição
- Suga no bebé

6. Apresentação dos resultados

Os dados seguidamente apresentados foram analisados com recursos a três tipos de análise:

- 1- *Estatística descritiva* para calcular médias, desvios padrões, valores mínimos e máximos do comportamento positivo, negativo e autoconforto no Still-Face e da sensibilidade, controlo e passividade maternos e cooperação, temperamento difícil, compulsão e passividade infantis em jogo livre;
- 2- *Estatística univariada* para comparação de médias do comportamento do bebé ao longo dos episódios do Still-Face no intuito de compreender a variação comportamento infantil nos 3 episódios deste paradigma experimental;
- 3- Estudo de correlações com o objetivo de estudar a associação entre os comportamentos infantis no Still-face, maternos e infantis em jogo livre,

6.1 Variação do comportamento infantil ao longo dos episódios da experiência still face

Tal como esperado, os bebés reagiram ao *still-face* materno (2º episódio) demonstrando desconforto (ver quadros 12 e 13):

Quadro 12 - Média e desvio padrão do comportamento infantil ao longo da experiência Still-Face

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
POS1	13	67,00	268,00	177,1538	57,67560
POS2	13	3,00	193,00	107,1538	56,30697
POS3	13	72,00	277,00	132,3077	56,43933
NEG1	13	14,00	128,00	55,0769	32,96832
NEG2	13	32,00	191,00	102,3846	49,47817
NEG3	13	23,00	227,00	100,4615	58,64670
CONF1	13	10,00	126,00	69,6154	36,20667
CONF2	13	40,00	274,00	138,3077	69,21029
CONF3	13	23,00	150,00	100,3846	41,17956

Quadro 13 - Média e desvio padrão entre os episódios do Still-Face

	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
				Lower	Upper			
Pair 1 POS1 - POS2	70,00000	55,92853	15,51178	36,20273	103,79727	4,513	12	,001
Pair 2 POS1 - POS3	44,84615	71,46776	19,82159	1,65862	88,03369	2,262	12	,043
Pair 3 POS2 - POS3	-25,15385	68,18461	18,91101	-66,35739	16,04970	-1,330	12	,208
Pair 1 NEG1 - NEG2	-47,30769	52,12866	14,45789	-78,80873	-15,80666	-3,272	12	,007
Pair 2 NEG1 - NEG3	-45,38462	45,18580	12,53229	-72,69012	-18,07911	-3,621	12	,004
Pair 3 NEG2 - NEG3	1,92308	62,26885	17,27027	-35,70562	39,55177	,111	12	,913
Pair 1 CONF1 - CONF2	-68,69231	87,73101	24,33221	-121,70763	-15,67699	-2,823	12	,015
Pair 2 CONF1 - CONF3	-30,76923	38,04636	10,55216	-53,76042	-7,77804	-2,916	12	,013
Pair 3 CONF2 - CONF3	37,92308	79,71142	22,10797	-10,24605	86,09221	1,715	12	,112

- No segundo episódio verifica-se um decréscimo significativo no comportamento positivo do bebé ($t(12) = 4.513$; $p \leq .001$), verificando-se no mesmo episódio um aumento dos comportamentos negativos ($t(12) = -3,272$; $p \leq .01$), e de auto-conforto ($t(12) = -2,823$; $p \leq .05$).
- Quanto ao comportamento negativo verifica-se um aumento também no terceiro episódio ($t(12) = -3.621$; $p \leq .005$), podendo levantar-se a hipótese de alguma dificuldade de auto-regulação por parte dos bebés no episódio de reunião após o Still-Face.
- Na análise do quadro anterior verifica-se, do segundo para o terceiro episódio um aumento de comportamentos positivos ($t(12) = -1,330$; $p \geq .1$) e um decréscimo de comportamentos negativos ($t(12) = .111$; $p \geq .5$) e de auto-conforto. ($t(12) = 1,715$; $p \geq .1$).

6.2.Relação entre os comportamentos infantis no Still-Face

No quadro (ver quadro 14) dos comportamentos infantis verifica-se:

- Apenas, os comportamentos negativos estiveram associados entre si, no primeiro e terceiro episódios apresentam uma correlação positiva (Rho de Spearman = .572; $p < .05$), indicando que as crianças que exibem mais comportamentos negativos no primeiro episódio manifestam-no, também, no terceiro.
- No primeiro episódio verifica-se uma correlação positiva entre as manifestações negativas e de autoconforto (Rho de Spearman = .786; $p < .01$). Os bebês que tem mais comportamentos negativos são aqueles apresentam mais tentativas de se regularem.
- Entre os comportamentos positivos e os comportamentos negativos no segundo episódio existe uma correlação negativa (Rho de Spearman = -.885; $p < .001$). Por outras palavras, coerentemente as crianças que exibem comportamentos mais negativos são aquelas que exibem menos comportamentos positivos neste mesmo episódio.
- Entre os comportamentos positivos e os comportamentos de auto-conforto no segundo episódio existe também uma correlação negativa (Rho de Spearman = -.720; $p < .01$). Por outras palavras as crianças que exibem comportamentos de maior autoconforto são aquelas que exibem menos comportamentos positivos neste mesmo episódio.
- No terceiro episódio verifica-se a existência de uma correlação negativa entre os comportamento positivos e negativos (Rho de Spearman = -.676; $p < .01$), ou seja quanto mais comportamentos positivos exibiram os bebês neste episódio menos foram os comportamentos negativos que manifestaram
- .Os comportamentos positivos no terceiro episódio surgem também negativamente correlacionados com os comportamentos de auto-conforto no primeiro episódio (Rho de Spearman = -.575; $p < .01$). Desta forma, os bebês que manifestaram mais comportamentos positivos no terceiro episódio, recorreram menos a comportamentos de autoconforto no primeiro episódio.
- Os comportamentos negativos e de auto-conforto surgem no segundo episódio, correlacionados positivamente (Rho de Spearman = .670; $p < .01$) demonstrando

que as crianças que exibiram mais comportamentos negativos, recorreram também mais a comportamentos de autoconforto.

- A correlação positiva entre comportamentos negativos e comportamentos de autoconforto surge também entre o primeiro e o terceiro episódio. As crianças que demonstram mais necessidade de recorrerem a comportamentos de autoconforto no primeiro (Rho de Spearman = .674; $p < .01$) e terceiro episódios (Rho de Spearman = .667; $p < .01$) manifestam também mais comportamentos negativos no terceiro episódio.
- No terceiro episódio os comportamentos positivos e os comportamentos de autoconforto surgem negativamente correlacionados (Rho de Spearman = -.864; $p < .01$). Por outras palavras, os bebês que exibem mais comportamentos positivos no terceiro episódio recorrem menos a comportamentos de autoconforto.

Quadro 14 - Coeficientes de correlação (rho de Spearman) entre os comportamentos e critérios de ponderação de análise do Still-Face

	POS1	POS2	POS3	NEG1	NEG2	NEG3	CONF1	CONF2	CONF3
POS1	-	.429	.451	-.341	-.412	.025	-.192	-.418	-.080
POS2	.	-	.190	.082	-.885**	-.025	.247	-.720**	.058
POS3			-	-.542	-.267	-.676*	-.575*	-.058	-.864**
NEG1				-	.077	.572*	.786**	-.368	.448
NEG2					-	.286	.121	.670*	.025
NEG3						-	.674*	-.198	.667*
CONF1							-	-.302	.525
CONF2								-	-.080
CONF3									-

6.3. Qualidade da interação mãe-filho(a) em jogo livre

Os dados relativamente à análise da qualidade da interação da díade, indicam uma média mais elevada de sensibilidade materna e correspondentemente de cooperação infantil relativamente às outras escalas do comportamento materno e do comportamento infantil respetivamente. A média da nota global da díade 8,92 mostra-nos uma amostra em que a qualidade da interação é de baixo risco (ver quadros 15 e 16).

Tais dados são confirmados na análise da pontuação de cada escala do Care-Index. Desta forma, considerando que a pontuação de 0 a 4 pontos segundo o manual do Care-Index indica casos de alto risco, de 5-9 casos risco médio ou baixo e entre 10 a 14 sem risco, verificamos que 7 em 13 dos casos são díades de risco médio. Quanto ao risco elevado verifica-se, somente, num caso.

Quadro 15 - Médias e Desvio padrão das pontuações nas escalas do CARE-Index.

	Média	Desvio padrão
Sensibilidade materna	9,31	2,287
Controlo materno	3,00	1,732
Passividade materna	1,69	2,359
Cooperação infantil	8,54	3,072
Compulsão infantil	,92	1,553
Dificuldade infantil	1,46	2,367
Passividade infantil	3,08	2,753
Nota global	8,92	2,388

Quadro 16 - Pontuações nas escalas do CARE-Index.

	Classificação entre 0-4 pontos	Classificação entre 5-9 pontos	Classificação entre 10-14 pontos
Sensibilidade materna	1	5	7
Controlo materno	11	2	0
Passividade materna	11	2	0
Cooperação infantil	1	7	5
Compulsão infantil	12	1	0
Dificuldade infantil	11	2	0
Passividade infantil	9	4	0
Nota global	1	7	5

Analisando as correlações entre as escalas do Care-Index, os dados indicam que existe uma relação entre: (Ver quadro 17):

- a compulsão infantil e o temperamento difícil existe uma correlação negativa (Rho de Spearman = $-.581$; $p < .05$). Por outras palavras as crianças que exibem comportamentos mais compulsivos são aquelas que exibem menos comportamentos difíceis;
- a cooperação infantil e a passividade infantil apresentam uma correlação negativa (Rho de Spearman = $-.662$; $p < .05$) indicando que as crianças que demonstram um comportamento de maior cooperação são menos passivas na interação com a mãe em jogo livre;
- o controlo materno e a passividade materna existe uma correlação negativa (Rho de Spearman = $-.639$; $p < .05$), ou seja, as mães que demonstram mais comportamentos controladores são, também, as mães menos passivas;

Quadro 17 - Coeficientes de correlação (rho de Spearman) entre as escalas do

	CARE-INDEX ¹		
	Sensibilidade materna	Controlo materno	Passividade materna
Cooperação infantil	.502	.048	-.494
Compulsão infantil	-.005	.248	-.171
Dificuldade infantil	-.179	-.038	.242
Passividade infantil	-.348	-.244	.462

* $p < .05$

¹ Estes dados revelam a coerência interna na cotação dos resultados mas não obtêm as associações esperadas entre a sensibilidade materna e cooperação infantil, controlo materno e a compulsão, passividade materna e passividade infantil sucessivamente observadas em estudos nacionais e internacionais, porventura porque a amostra é de reduzida dimensão e estas associações não ganham a força suficiente para obter a significância. Ou seja, a mais pequena variância interna afeta a significância dos resultados numa amostra muito pequena.

	Cooperação infantil	Compulsão infantil	Dificuldade infantil	Passividade infantil
Cooperação infantil	-	.011	-.513	-.662*
Compulsão infantil	0.11	-.111	-.581*	1.000
Dificuldade infantil	-.513	-.024	1.000	-.581*
Passividade infantil	-.662*	-.111	-.024	1.000

* $p < .05$

	Sensibilidade materna	Controlo materno	Passividade materna
Sensibilidade materna	-	-.332	-.471
Controlo materno	-.322	-	-.639*
Passividade materna	-.471	-.639*	-

* $p < .05$

6.4. Correlação Still-Face Global Mãe com Care-Index bebé

Não se verificam correlações entre os resultados globais maternos e infantis observados no Still Face e a qualidade de interação mãe-filho(a) em jogo livre (ver quadro 18 e 19).

Quadro 18 – tabela de correlação (Rho de Spearman) entre comportamento infantil em jogo livre e o comportamento materno no still face

	POSMTOTAL	NEGTOTAL
Care-Index - Escala de passividade infantil	-,368	-,339
Care-Index - Escala de temperamento difícil infantil	,528	,511
Care-Index - Escala de cooperação infantil	-,093	-,055
Care-Index - Escala de compulsão infantil	-,189	-,060

Quadro 19 - tabela de correlação (Rho de Spearman) entre o comportamento materno em jogo livre e o comportamento infantil no Still-face

	POSTOTAL	NEGTOTAL	CONFTOTAL
Care-Index - Escala de sensibilidade materna	,077	-,349	,102
Care-Index - Escala de controlo materno	,399	-,075	-,362
Care-Index - Escala de passividade materna	-,442	,215	,173

6.5 Associação entre os dados demográficos com globais Care Index e Still Face

Os dados indicam que existe uma associação entre alguns dados demográficos e os resultados globais do Care-Index e do Still Face. Desta forma, verifica-se que (ver quadro 20):

- existe uma correlação negativa entre a idade da mãe e a compulsão infantil (Rho de Spearman = $-.702$; $p < .001$). Por outras palavras, as mães mais velhas tendiam a ter filhos(as) que apresentam menos comportamentos defensivos.
- relativamente à idade do pai verificam-se duas correlações positivas: cooperação infantil (Rho de Spearman = $.572$; $p < .05$) e nota global da díade (Rho de Spearman = $.595$; $p < .05$), ou seja quanto maior é a idade do pai mais comportamentos de cooperação são exibidos pela criança, tal como a nota global da díade é mais elevada.
- a escolaridade do pai está também correlacionada com resultados globais de Care Index e do Still Face. Desta forma, verifica-se uma correlação negativa entre a escolaridade do pai e a passividade infantil (Rho de Spearman = $-.660$; $p < .05$), indicando que quanto mais anos de escolaridade tem o pai, menos passiva é a criança. A outra correlação existente é entre a escolaridade do pai e os comportamentos positivos maternos (Rho de Spearman = $-.710$; $p < .01$), sendo esta uma correlação positiva. Por outras palavras, as mães exibem comportamentos mais positivos quanto maior é o número de anos de escolaridade do pai.

Quadro 20 - Coeficientes de correlação (rho de Spearman) entre os dados demográficos e os globais do Care Index e Still Face

	Cooperação infantil	Compulsão infantil	Passividade infantil	Nota global da díade	Comportamentos positivos mãe
Idade do pai	.572*	-.039	-.506	.595*	-.068
Idade da mãe	.133	-.702**	- 0.33	.341	.250
Escolaridade do pai	.163	-.038	-.660	.114	-.710**

6.6. Associação entre o género do bebé e o autoconforto

O género parece afetar o comportamento de auto-regulação dos bebés observado na experiência Still-Face (ver quadro 21).

Quadro 21 - Média e Desvio Padrão dos comportamentos de autoconforto por género ao longo da experiência Still-Face

	Mean	N	Std. Deviation
Género do bebé	CONF1		
Masculino	84,1667	6	45,52984
Feminino	57,1429	7	22,38622
Total	69,6154	13	36,20667
	CONF2		
Masculino	95,3333	6	43,37127
Feminino	175,1429	7	67,69645
Total	138,3077	13	69,21029
	CONF3		
Masculino	122,3333	6	24,22120
Feminino	81,5714	7	44,81018
Total	100,3846	13	41,17956

- As meninas revelam maior necessidade de autoconforto relativamente aos rapazes no episódio de Still-Face.
- Os meninos exibem mais comportamentos de autoconforto no primeiro episódio (84,1667) e no episódio de reunião do que as meninas.
- No segundo episódio do Still-Face verifica-se uma diferença significativa nos comportamentos de autoconforto entre os meninos e as meninas ($t(11) = -2.477$; $p \leq .01$). Por outras palavras as meninas recorrem mais a comportamentos de autoconforto demonstrando uma maior capacidade de se auto-regularem perante a ausência de expressão e comunicação da mãe. (ver quadro 22).

Quadro 22 - Média e desvio padrão entre géneros e autoconforto

		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
				Lower	Upper			
CONF1	Equal variances assumed	27,02381	19,39741	-15,66961	69,71723	1,393	11	,191
	Equal variances not assumed	27,02381	20,42269	-21,21935	75,26697	1,323	7,035	,227
CONF2	Equal variances assumed	-79,80952	32,22380	-150,73363	-8,88542	-2,477	11	,031
	Equal variances not assumed	-79,80952	31,11588	-148,87557	-10,74347	-2,565	10,291	,028
CONF3	Equal variances assumed	40,76190	20,53155	-4,42774	85,95155	1,985	11	,073
	Equal variances not assumed	40,76190	19,61194	-3,27167	84,79548	2,078	9,468	,066

6.7. Análise de Cluster para o comportamento positivo, negativo e de autoconforto dos bebés no Still-Face

Podemos concluir que existem dois grupos que reagem de acordo com o esperado na situação Still-Face diminuindo comportamentos positivos e aumentando comportamentos negativos e de autoconforto, embora um grupo seja mais positivo do que outro. Por fim, temos um grupo que parece ficar cada mais reativo ao longo da experiência Still-Face aumentando ao longo dos episódios as respostas negativas e de autoconforto. (ver quadro 23):

- 1º cluster - grupo instável/ansioso ou negativo sem recuperação: o comportamento destes bebés começa fortemente positivo mas estes comportamentos descrecem acentuadamente no segundo episódio e, posteriormente, no terceiro episódio. Concomitantemente, o comportamento negativo desce ao longo 3 episódios do Still-Face enquanto uso de autoconforto aumenta. O bebé parece ficar cada vez mais reativo ao longo do Still-Face.
- 2º cluster - negativo mas com recuperação: Meninos pouco positivos desde o primeiro episódio, que diminuem os comportamentos positivos no Still-Face, mas recuperam no episódio de reunião. Do mesmo modo, os comportamentos negativos e autoconforto aumentam no episódio de Still-Face mas no terceiro episódio.
- 3º cluster - estilo positivo: Este grupo apresenta as médias mais elevadas de expressão positivo enquanto regista as médias mais baixas de comportamento negativo e autoconforto. O comportamento destes bebés é marcadamente positivo indicando o normal desconforto no Still-Face.

Quadro 23 – Clusters para o comportamento dos bebés no Still-Face

	Cluster		
	1	2	3
POS1	<u>215,50</u>	128,00	185,00
POS2	136,83	48,40	165,00
POS3	113,50	111,40	241,00
<i>Média</i>	155	96	197
NEG1	58,17	60,40	32,50
NEG2	75,83	153,00	55,50
NEG3	<u>116,50</u>	110,20	28,00
<i>Média</i>	84	108	39
CONF1	73,00	72,80	51,50
CONF2	92,00	205,60	109,00
CONF3	<u>119,00</u>	107,40	27,00
<i>Média</i>	94.6	128	63

7. Discussão dos resultados

A presente investigação tem como principal objetivo estudar a relação entre a qualidade da relação mãe-bebé e as capacidades regulatórias do bebé, tal como realizado em estudos anteriores (Fuentes, 2005). Porém a abordagem do nosso estudo possui uma amostra mais reduzida, sendo uma sub-amostra de 13 casos de uma amostra de 90. É também propósito do presente estudo averiguar a influência dos fatores demográficos nesta relação mãe-filho(a), na auto-regulação e nas interações destes dois fatores.

Principais resultados:

1. Efeito still face - O Paradigma Still Face desenvolvido por Tronick (1989), cujo efeito foi verificado em variados estudos independentemente das variáveis de aplicação do paradigma, foi também verificado no estudo que aqui se apresenta.

O comportamento negativo aumenta de episódio para episódio, colocando-se a hipótese de haver alguma dificuldade de auto-regulação no episódio de reunião. O efeito Still-Face fica acentuado quando, do primeiro para o segundo episódio, se verifica um decréscimo significativo dos comportamentos positivos. Este decréscimo é acompanhado por um aumento dos comportamentos negativos e de autoconforto.

As crianças que exibem comportamentos mais negativos são aquelas que exibem menos comportamentos positivos no segundo episódio, tal como as crianças que exibem comportamentos de maior autoconforto são aquelas que exibem menos comportamentos positivos.

À semelhança de outros estudos realizados (Fuentes, 2005), a inexpressividade da mãe e a ausência de contacto e de comunicação no episódio de still-face colocaram os bebés da presente amostra numa situação de stress moderado. Os comportamentos negativos e de autoconforto aumentam neste episódio relativamente ao primeiro. No momento pós Still-Face (episódio de reunião) os bebés não voltam a atingir os valores de comportamentos positivos do primeiro episódio e mantêm os mesmos níveis de comportamentos de autoconforto do episódio de Still-Face. Estes comportamentos foram também descritos nos resultados da investigação de Fuentes (2005): *“Com efeito, a entrada no segundo episódio trouxe uma diminuição sensível dos comportamentos de Orientação Social Positiva e uma aumento importante das reações de Expressão Negativa e das Atividades de Regulação de Estado.”* (pp.277).

2. Relativamente à análise da qualidade da interação mãe-bebé, a amostra em estudo representa maioritariamente díades de risco médio, seguindo-se as díades sem risco. Verifica-se porém, um caso de uma díade de risco elevado.

Sendo esta uma amostra em que não existem à partida fatores de risco, será de considerar a superioridade de díades de risco médio. A precoce idade do bebé será uma condicionante da postura da mãe e do bebé? E, para além do aspeto diádico, a precoce idade do bebé será mais propícia ao surgimento de fatores constitucionais como cólicas ou problemas de índole regulatória (Fuertes, Faria, Soares & Oliveira-Costa, 2010)? Tendo sempre a ressalva da dimensão da amostra (13 díades), várias são as hipóteses que se podem colocar relativamente a este resultado um tanto ou quanto inesperado, sendo importante relacionar -se com os resultados relativamente aos dados demográficos da mesma.

Nesta perspetiva, surge-nos a hipótese, de que a idade dos pais seja um fator importante para a qualidade da díade uma vez que quanto mais velhas são as mães menos comportamentos compulsivos são manifestados pelas crianças e quanto mais velhos são os pais mais cooperativa é a criança, tal como a nota global da díade é mais elevada. Também no estudo de (Fuertes, Faria, Soares & Oliveira-Costa, 2010), os dados demográficos surgem relacionados com os resultados relativamente á qualidade da interação. Com efeito, no estudo de Fuertes et al (2010), “... *a menor idade das mães esteve associada à passividade em jogo*” (pp. 849) o que corrobora os resultados encontrados na investigação presente: quanto mais velhos são os pais mais cooperativa é a criança.

Outro fator relevante na qualidade da interação e nos comportamentos infantis e maternos é o nível de escolaridade do pai, uma vez que as crianças com comportamentos menos passivos, têm pais com um nível de escolaridade mais elevado. Também nestas situações, as mães exibem comportamentos mais positivos.

Estes dois fatores são relevantes no estudo aqui apresentado uma vez que os seus níveis de correlação com a qualidade das díades e os comportamentos manifestados pelo bebé e pela mãe são significativos. Os resultados indicados no estudo citado anteriormente, indicam também que a maior escolaridade da mãe revela, por parte das crianças um comportamento mais cooperativo. Surge a questão de que no estudo aqui presente, e embora a amostra seja reduzida, a relação entre os vários comportamentos da mãe e do bebé é mais significativa com os dados demográficos referente ao pai. Desta forma, quão influente será a participação, mesmo que indireta, dos pais na qualidade da relação mãe- bebé?

3. A exibição de comportamentos de autoconforto foi variável em relação ao género. Fuertes et al (2010) indicaram que, na sua amostra, os bebés rapazes “apresentaram comportamentos mais difíceis do que elas” (pp. 849).

As raparigas recorrem mais a comportamentos de autoconforto no episódio de Still-Face podendo indicar uma maior capacidade de auto-regulação aquando da “ausência” da mãe.

Por sua vez, os rapazes revelam maior necessidade de autoconforto no primeiro episódio e no episódio de reunião, recorrendo no episódio de Still-Face mais a comportamentos negativos, sendo este resultado consistente com investigações anteriores. Weinberg and Tronick (2000) sublinharam que a negatividade maior nos bebés rapazes em interações sociais stressantes, podem torna-los parceiros difíceis de interação o que desafia a competência das mães no sentido de manter a interação em níveis confortáveis.

4. Não foi encontrada uma correlação significativa entre a sensibilidade materna e a cooperação infantil como seria expectável de acordo com alguns estudos realizados (Crittenden, 1988; Fuertes, 2005). O reduzido universo da amostra pode ser o fator para que tais correlações não se verificassem. Porém, verificou-se que as mães com comportamentos mais controladores são aquelas que na sua interação exibem comportamentos menos passivos, da mesma forma que as crianças com um temperamento mais difícil manifestam comportamentos menos defensivos. Ainda dentro dos comportamentos infantis a amostra em estudo demonstra que as crianças mais cooperativas são inversamente passivas, ou seja se a criança coopera não pode ser passiva na sua interação com a mãe.
5. Ao contrário dos resultados apresentados em Fuertes (2005) em que “a *distribuição de scores nas escalas de Orientação Social Positiva, da Expressão Negativa e das Atividades de Regulação de Estado mantiveram correlações significativas com os níveis de dificuldade infantil (...)*” (pp.278), no nosso estudo não verificámos uma relação significativa entre os comportamentos de auto-regulação infantil e a qualidade de interação mãe-filho(a). Apontamos como explicação provável a dimensão reduzida da amostra.

6. Numa análise de comportamentos na situação Still-Face e recorrendo a técnicas de *clusterização* foi possível traçar 3 perfis infantis de comportamento de auto-regulação:
- 1) Instável ansioso ou negativo sem recuperação: as crianças utilizam recorrentemente o uso do autoconforto e iniciam a interação de um modo positivo mas ao longo dos três episódios ficam cada vez mais negativos não se verificando a recuperação no pós Still-Face.
 - 2) Negativo com recuperação: as crianças são pouco positivas e diminuem os comportamentos positivos no Still-Face, verificando-se também um aumento dos comportamentos negativos e de autoconforto. Revelam alguma dificuldade em recuperar, ou seja, apresentam tantos comportamentos positivos como negativos.
 - 3) Positivo: as crianças exibem elevados níveis de comportamentos positivos e inversamente, baixo nível de comportamentos negativos, recorrendo, como forma de se auto-regularem, no episódio do Still-Face, ao auto-conforto. Apresentam um padrão positivo.

A dimensão reduzida da amostra não permite, de forma alguma, qualquer tipo de generalização dos resultados apresentados. A variabilidade de indicadores é grande obrigando a amostras maiores. Contudo, neste estudo foram encontrados resultados concordantes com investigações anteriores.

Neste sentido, foi possível elaborar unidades de comportamentos maternos para análise da Situação de Still-Face sem, no entanto, permitir gerar perfis maternos.

Embora a amostra não tivesse, numa primeira análise, indicadores de fatores de risco, encontrámos uma díade de alto risco e sete de risco médio numa amostra de treze. Tal não deve deixar de constituir um alerta! Os critérios definidos previamente, não faziam prever tais resultados. Uma vez que a amostra em estudo é uma sub-amostra de uma de 90 díades será importante esperar pelos resultados globais.

Capítulo VI - Considerações Finais

O trabalho de equipa permite uma partilha de ideias, práticas, resultados que promovem uma validação acrescida de todo o trabalho desenvolvido. A oportunidade de poder trabalhar com uma equipa de investigação dentro de um projeto de elevada dimensão é, sem dúvida, uma ampliação para a qualidade e fundamentação da minha investigação.

A partilha de práticas foi uma realidade e permitiu uma aprendizagem de importantíssimo valor no meu percurso profissional e pessoal. As imprevisibilidades, os avanços e os recuos que estão patentes num trabalho de investigação permitiram-me lidar de perto com este novo mundo e crescer. O atraso em termos da recolha de dados foi uma consequência do que pode acontecer em qualquer trabalho de investigação. Porém, o fato de ter de lidar com isso de forma resiliente para poder cumprir os meus *timings* foi, e fazendo de algum modo uma retrospectiva, o que mais me fez lutar pela tese aqui apresentada e acreditar que seria possível concretizá-la, mesmo com o tempo e amostra mais reduzidos.

Embora sabendo que Ainsworth descobriu os padrões da vinculação com 13 casos, não houve, de forma alguma, a pretensão de atingir resultados únicos. Houve sim a consciencialização que estando integrada nesta equipa, o importante era a realização de um trabalho focado, organizado e rigoroso independentemente do tamanho da amostra.

A transferência para a prática aconteceu inúmeras vezes e foi concretizada muitas vezes durante a observação e recolha de dados, não somente no que concerne à temática da tese mas também no que se refere ao Mestrado de Intervenção Precoce na sua globalidade.

Num pequeno mas importante aparte, a realização deste Mestrado foi uma consolidação de tudo o que sempre mais acreditei enquanto profissional e enquanto pessoa: a importância do trabalho com as famílias na resposta mais eficaz às necessidades das mesmas e da criança que nelas está inserida. Com efeito, as aprendizagens realizadas e os princípios profissionais de intervenção que regem o meu trabalho, foram refletidos na relação estabelecida com as famílias do estudo aqui apresentado. Penso que a possibilidade de poder estar presente foi uma mais-valia para ambas as partes: autora do estudo e orientadores do estudo principal.

Neste sentido, senti-me verdadeiramente integrada como elemento pertencente à equipa e é impossível descrever o quão significativo foi para mim.

Alguns dos resultados encontrados foram, na minha perspetiva, de certo modo surpreendentes. Não poderão ser generalizados mas representam aquela pequena amostra e são concordantes com variados estudos com amostras mais alargadas feitas anteriormente, o que me deixa muito realizada.

Os fatores de risco, e enquanto Educadora numa realidade de risco, foram inicialmente o minha ideia de base. Não havendo indicadores de risco na amostra, houve o receio de não encontrarmos denominadores comuns entre a relação da díade, a capacidade de auto-regulação do bebé e os fatores ambientais. Porém, a correlação entre alguns indicadores demográficos e as duas áreas de estudo (relação da díade e auto-regulação do bebé) foi significativa, sempre associadas ao cuidador masculino que não esteve presente durante as interações...

Surge a questão de como poderá o cuidador masculino, neste caso o pai, influenciar a qualidade da relação entre a mãe o bebé? Como é que esses indicadores demográficos relativamente ao pai influenciam o estilo de interação da mãe e o tipo de respostas do bebé? Quais as diferenças na capacidade de auto-regulação do bebé quando interage com a mãe quando interage com o pai? Estes seriam alguns pontos de possíveis futuros estudos que necessitariam de uma amostra bastante mais alargada e de um conhecimento bastante concreto de cada família participante.

O contexto socioeconomico será também um indicador importante na perceção da figura masculina enquanto cuidador e enquanto influência nos comportamentos infantis e maternos. Neste sentido, seria relevante a possibilidade da realização de um estudo comparativo, no sentido de encontrarmos resultados concordantes com os de Sameroff: os fatores de risco existem em todos os estatutos sociais, mas a influencia que exercem e a cumulação dos mesmos é variável consoante a contexto.

A investigação na área da vinculação permite uma aproximação à área da Educação. É importante a formação de Educadores no sentido de conseguirem fazer o despiste relativamente à relação entre a mãe/pai e o bebé no sentido de poderem encaminhar de forma cada vez mais precoce as situações. O Educador pode ser uma fonte rica de conhecimentos e informação pois é quem mais diretamente contacta com o bebé e a sua família.

Referências bibliográficas

- Adamson & Frick (2003). The Still-Face Effect: Methodologica Issues and New Applications. *Infancy*, 4, 4, 483–491.
- Aguiar, C. (2009). *Comportamentos interativos maternos e envolvimento da criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ainsworth, M., Bell, S., & Stayton, D. (1972). Individual differences in the development of some attachment behaviors. *Merrill-Palmer Quarterly*, 18, 123-143.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment - A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Almeida, I. C. (1997). A Perspetiva Ecológica em Intervenção Precoce. *Cadernos CEACF*, 13/14, 29-40.
- Almeida, I. C. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade. *Psicologia*, 23, 56-72.
- Almeida, I. Breia, G. Coloa, J. (2004). *Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce*, Coleção Apoios Educativos. Ministério da Educação. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio- Educativo.
- Almeida, I. (2007). Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. Tese de Doutoramento. ISPA.
- Bairrão, J. & Almeida, I. C. (2003). Questões atuais em Intervenção Precoce. *Psicologia*, 17, 1, 15-29.
- Barnard, K. & Kelly, J. F., (1990). Assessment of parent-child interaction. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early intervention* (pp. 279-302). Cambridge: Cambridge University Press.
- Beeghly, M., Fuertes, M., Liu, C., Delonis, M. S. (2010). Maternal sensitivity in dyadic context: Mutual regulation, meaning-making, and reparation. In: D.W. Davis & M.C. Logsdon (Eds). *Maternal sensitivity: A scientific foundation for practice* (59-83). Nova Science Publishers, Inc.
- Belsky, J. (1999a). Modern evolutionary theory and patterns of attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (141-161). New York: Guilford Press
- Belsky, J. (1999b). Interactional and contextual determinants of security. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (249-264). New York: Guilford Press

- Belsky, J. (2005). Attachment theory and research in ecological perspectives: Insights from the Pennsylvania infant and family developmental project and the NICHD study of early child care. In K.E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), *Attachment from Infancy to Adulthood*. (pp. 71-97). New York: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother; *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969, 1982). *Attachment and Loss* (vol.I). Penguin Book.
- Bowlby, J. (1976). *Human Personality in Ethological Light in Animal Models in Human Psychobiology*. Plenum Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9, 115-125.
- Calkins, S. D. (1994). Origins and Outcomes of Individual Differences in Emotion Regulation. The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 2-3, 53-72.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 3-20). New York: Guilford.
- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barrett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 15-48). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Crittenden, P. M. & DiLalla, D. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 491-512.
- Crittenden, P. & Ainsworth, M. (1989). *Child Maltreatment and attachment theory*. Cambridge: Cambridge Books Online.
- Crittenden, P. M. (1999). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. In J. I. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical attachment*

in infancy and early childhood among at developmental risk. Monographs of the society for research in child development, 258, 64,145-111.

Decreto Conjunto nº 891/99, de 13 de Agosto de 1999. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Decreto-Lei 319/91, de 23 de Agosto, regulamentado pela portaria nº 611/93 de 29 de Julho.

Decreto -Lei nº 281/2009, de 6 de Outubro de 2009.

De Wolff, M., & van Ijzendoorn, M. (1997). Sensitive and attachment: A meta-analysis on a parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68, 4, 571-591.*

Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (1988); Family resources, personal well - being, and early intervention. *The Journal of Special Education, 22, 108-116.*

Faria, A. (2011). *Continuidade e Desenvolvimento dos Processos de vinculação à Mãe e Ao Pai durante os primeiros 18 meses de vida.* Tese de Doutoramento. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.

Faria, A. & Fuertes, M. (2007). Reatividade Infantil e a Qualidade da interação mãe-filho. *Análise Psicológica, 25, 4, 613-623.*

Feldman, Ruth(2007).Parent–infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43, 3-4, 329 – 354.*

Fernandes, M. (2008). *Que Intervenção Precoce? Satisfação das Famílias em Intervenção Precoce.* Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa: Faculdade Ciências Humanas e Sociais.

Field T. (1994). Infants of depressed mothers; Infant Behavior and Development. *Development and Psychology, 5, 3, 1–13.*

Fonagy, P. & Target, M. (2002) Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry, 22, 3, 307-335.*

Fuertes, M. (1998). *A organização dos comportamentos de vinculação na criança com alterações neuromotoras.* Tese de Mestrado. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Fuertes, M. (2005). *Rotas da Vinculação: O desenvolvimento do comportamento interactivo e a organização da vinculação no primeiro ano de vida do bebé prematuro.* Tese de Doutoramento. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

- Fuertes, M., & Lopes dos Santos, P. (2005). Vinculação em populações de risco. Joaquim Bairrão (coord.). *Desenvolvimento: Contextos familiares e educativos* (pp. 172-199). Porto: Livpsi.
- Fuertes, M., Faria, A., Soares, H., & Crittenden, P. (2008). Mother-child patterns of interaction: the impact of premature birth and social economical background. *Acta Ethologica*, 12, 1, 1-11.
- Fuertes, M.; Faria, A.; Soares, H. and Oliveira-Costa, A (2010). Momentos de interação em que as emoções se apre(e)ndem: estudo exploratório sobre a prestação materna e infantil em jogo livre. *Psicologia USP*, 21, 4, 833-857.
- Fuertes, M., Faria, A., Fink, N. and Barbosa, M. (2011). Associations among maternal representation at birth and attachment in Portuguese dyads with preterm and full term infant. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1, 76-86.
- Fuertes, M. (2011a). Se não pergunta como sabe? Dúvidas dos pais sobre a educação de infância. *Actas 4.º Encontro de Investigação e Formação – CIED*. Lisboa: ESELx/IPL.
- Fuertes, M. (2011b). Vários olhares sobre as diferenças na vinculação e contributos para a intervenção precoce. *Revista Da Investigação às práticas*, 2, 1, 23-50.
- Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M., and Tronick, E. (2009). Infant Coping and Maternal Interactive Behaviour Predict Attachment in a Portuguese Sample of Healthy Preterm Infants. *European Psychologist*, 4, 320-331.
- Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M., and Tronick, E. (2006). More than maternal sensitivity shapes attachment: infant coping and temperament. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 292-296.
- George, C. & Solomon, J. (1999). The Development of Caregiving: A Comparison of Attachment Theory and Psychoanalytic Approaches to Mothering. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 6, 18-646.
- Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 71-97). New York: Guilford Press.
- Gusella, Muir, & Tronick, (1988). Infant Response to the Still-Face Situation at 3 and 6 Months. *Developmental Psychology*. 29, 3, 532-538.
- Hofer, M. A. (1994). Hidden regulators in attachment, separation, and loss. The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations N. A. Fox (Ed.), *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 192-207.
- Isabella, R. (1993). Origins of attachment: maternal interactive behavior across the

first year. *Child Development*, 64, 605-621.

- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation? In T. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightening and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp-161-182). Chicago: Chicago University Press.
- Martins, E. (2010). *Regulação Emocional diádica. Temperamento e nível de desenvolvimento aos 10 meses como preditores da qualidade da vinculação*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho, Instituto Educativo de Psicologia.
- McCormick, M. C., McCarton, C., Tonascia, J., & Brooks-Gunn, J. (1993). Early educational intervention for very low birth weight infants: Results from the Infant Health and Development Program. *Journal of Pediatrics*, 123, 527-533.
- Mc Collum, J. & Maude, S. (2002). Retrato de uma área em mudança: a política e a prática na Educação de Infância Especial. *Manual de Investigação em Educação de Infância*, 795-825.
- Mesman, J., Marinus H. van IJzendoorn, Marian J. Bakermans-Kranenburg (2008) *The many faces of the Still-Face Paradigm: A review and meta-analysis*. Centre for Child and Family Studies, Leiden University.
- Moore, G. A., Cohn, J. F., & Campbell, S. B. (2001). Infant affective responses to mother's Still Face at 6 months differentially predict externalizing and internalizing behaviors at 18 months. *Developmental Psychology*, 37, 5, 706-714.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1997). *A psicologia da criança*. Lisboa: Edições Asa.
- Pimentel, J. S. (1999). Reflexões sobre a avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*, 1(17), 143-152.
- Pimentel, J. S. (2004). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica* 1, 17, 43-54.
- Propper, C. & Moore, G. (2006). The influence of parenting on infant emotionality: A multi-level psychobiological perspective. *Developmental Review*, 26, 4, 427-460.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.

- Sameroff, A. & Chandler, M.J. (1975). Reproductive Risk and Continuum of Caretaking Casualty. *Development and Psychology* 2, 4, 425-444.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., & Zax, M. (1982). Early development of children at risk for emotional disorder. In N. Garmezy (Ed.), *Early development of children at risk for emotional disorder, Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47, 7, 1-82.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp.135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J. (2000). Ecological perspectives on developmental risk. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *WAIMH, Handbook of Infant Mental Health: Vol. 4. Infant Mental Health in Groups of Risk* (pp. 1-33). New York: John Willey.
- Sameroff, A. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 297-312.
- Sameroff, A. J., & Mackenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: the limits of the possible. *Developmental Psychopathology*, 15, 3, 613-40.
- Schore, A. N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9, 595-631.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2, 1, 23-47.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, mindsight, and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 1-2, 67-94.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência: Estudo intergeracional mãe-filho*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Soares, I. (2001). Vinculação e cuidados maternos: Segurança, proteção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebê. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 75-104). Coimbra: Quarteto
- Sroufe, L. A. & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Tegethof, M. (2007). *Estudos Sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos profissionais e das famílias*. Tese de Doutoramento Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., Brazelton, B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 2,112-119.
- Tronick, E. Z. & Weinberg, K. (1997). Depressed mothers and infants: the failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Post-partum depression and child development* (pp.54-85). New York: Guilford Press.
- Tronick, E. Z. (2002). A model of infant mood states: Long lasting organizing affective states and emotional representational processes without language or symbols. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 1, 73-99.
- Tronick E.Z. ,Weinberg M.K., Olson K.L., & Beeghly, M. (2006) Making up is hard to do, especially for mothers with high levels of depressive symptoms and their infant sons. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,47, 7, 670-83.
- Waters, E.,Crowell, J.,Treboux, D.,Merrick, S., & Albersheim, L. (1995) *Attachment Security from Infancy to Early Adulthood: A 20-Year Longitudinal Study*. Poster, Biennial Meeting of the Society for Research in Child.
- Weller, A. & Feldman, R. (2003). Emotion regulation and touch in infants: the role of cholecystokinin and opioids. *Peptides*, 24, 779–788.