

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE LISBOA

**Estudo dos indicadores de qualidade
e de risco na interação mãe-filho(a).**

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

Rosa Cristina Cortinhas Rodrigues

2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE LISBOA

**Estudo dos indicadores de qualidade
e de risco na interação mãe-filho(a).**

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

Rosa Cristina Cortinhas Rodrigues

**Sob a orientação de: Professora Doutora Marina Gonçalves Fuertes
Dionísio**

2012

Índice

Agradecimentos	6
Resumo	7
Abstract	8
Introdução	9
I – Enquadramento Teórico	12
Capítulo 1 – Intervenção Precoce	12
1.1 Origem da Intervenção Precoce	12
1.2 A Intervenção Precoce em Portugal	14
1.3 Modelos Atuais em Intervenção Precoce	16
1.3.1 Modelo Transacional	18
1.3.2 Modelo Touchpoints	20
Capítulo 2 - Qualidade da interação mãe-filho	22
2.1 Sensibilidade Materna <i>versus</i> Características da Criança	22
2.2 Vinculação	25
2.3 Modelo de Maturação Dinâmica	27

II – Estudo Empírico	31
Capítulo 3 – Método	31
3.1 Objetivos	31
3.2 Descrição da Amostra	31
3.3 Procedimento	32
Capítulo 4 – Apresentação dos Resultados	35
4.1 Qualidade total da interação mãe-filho(a)	35
4.2 Associação entre os comportamentos e os comportamentos maternos e infantis	35
4.3 Impacto dos fatores de risco na qualidade da interação mãe-filho(a)	36
4.4 Dados da qualidade da interação mãe-filho(a) por díade	38
Capítulo 5 – Discussão dos resultados	48
III – Considerações Finais	52
Referências Bibliográficas	53

Agradecimentos

Mais uma etapa chegada ao fim...que deixa um grande sentimento de concretização, mas que nunca poderia ter sido possível sem algumas pessoas, que de diferentes formas, contribuíram para a conclusão desta etapa.

Em primeiro lugar dedico este trabalho aos meus Pais, que desde sempre me ensinaram a querer sempre continuar a crescer.

Depois, um sincero obrigado à minha orientadora, Professora Doutora Marina Fuertes, pelo apoio, incentivo, disponibilidade e dedicação para a realização e conclusão desta tese.

Ao Miguel pelas oportunidades e experiências que me proporcionou na participação da recolha de dados.

Agradeço também à turma do mestrado pelos momentos partilhados e particularmente às colegas Cláudia, Manuela e Andreia pelo companheirismo e amizade.

À Marta, pela nossa amizade.

E por fim, a todos os bebés com quem trabalho e já trabalhei, por me inspirarem, com as suas personalidades já tão distintas e únicas, para a realização deste mestrado.

Resumo

O presente estudo tem como principal objetivo identificar na interação mãe-bebés de 3 meses, indicadores de risco e de qualidade e, conseqüentemente, criar um guião que ajude os profissionais a identificar esses mesmos indicadores. Para o efeito observámos 30 díades mãe-filho(a) em jogo livre distribuídas em dois grupos: 1) 12 díades sem condições assinaláveis de risco e 2) 18 díades em risco socioeconómico.

O comportamento interativo dos bebés e das mães foi avaliado através do *Child-Adult Relationship Experimental*, designado pela autora de *CARE-Index* (Crittenden, 2003). Os comportamentos maternos e infantis foram cotados de acordo com os 7 aspetos do comportamento diádico: Expressão Facial, Expressão Verbal, Posição e Contato Corporal, Afetividade, Reciprocidade, Diretividade e Escolha da Atividade.

Os resultados do nosso estudo revelam que as díades mãe-filho(a) sem condições assinaláveis de risco apresentam interações mais positivas, recíprocas e ajustadas à idade das crianças do que as díades sujeitas a condições de risco e que o comportamento materno sensível e responsivo surge associado ao comportamento cooperativo infantil e negativamente correlacionado com a dificuldade infantil, enquanto que uma postura controladora, diretiva ou punitiva da mãe surge positivamente correlacionada com a submissão e evitamento infantil.

Por fim, encontramos associados a comportamentos maternos sensíveis uma variabilidade de comportamentos infantis desde satisfação, coerção, procura de proximidade ou evitamento.

Na discussão dos resultados apresentamos um *script* dos indicadores de qualidade e de risco do comportamento materno.

Palavras-Chave: Interação mãe-filho(a), Sensibilidade materna, Intervenção Precoce.

Abstract

This study main goal was to study mother-infant quality of interaction in dyads with 3 months babies. Moreover, our goal was to explore maternal and infant key behaviors that shape the quality of the interaction in order to organize a script that helps professionals to identify these critical interactive behaviors. To this end we observed 30 mother-child dyads (a) in free play interaction divided into two groups: 1) 12 dyads without any known risk condition and 2) 18 dyads at socioeconomic risk.

The interactive behavior of infants and mothers was assessed using the Child-Adult Relationship Experimental, designated by the author of CARE-Index (Crittenden, 2003). The maternal and infant behaviors were rated according to seven aspects of dyadic behavior: Facial Expression, Verbal Expression, Position and Contact Body, Affection, Reciprocity, Directivity and Choice of Activity.

Findings indicate that mother-child dyads without know risk conditions are more likely to present positive interactions, reciprocal and age-adjusted than dyads at risk. The sensitive and responsive maternal behavior emerges associated with children's cooperative behavior and negatively correlated with infant difficultness, while a controlling or punitive maternal behavior is positively correlated with infant compliance and avoidance.

Finally, sensitive maternal behaviors were associated with a variability of child behaviors, from satisfaction, coercion, avoidance or proximity search.

In the results discussion we present a script of the quality and risks indicators of maternal behavior.

Key-words: Mother-child interaction (a), maternal sensitivity, Early Intervention.

Introdução

De acordo com o dicionário da Língua Portuguesa, sensibilidade consiste na facilidade em comover-se; numa propriedade geral dos seres vivos para receber e reagir a estímulos do ambiente exterior; suscetibilidade, afetividade.

A Organização Mundial de Saúde (2004, in Aguiar, 2009) define sensibilidade como a capacidade de estar atento às necessidades da criança e de estar consciente das suas ações e vocalizações como sinais que comunicam necessidades e desejos. Para a Organização Mundial de Saúde, a sensibilidade constitui uma característica relacional e não uma mera característica da mãe que se concretiza em função da capacidade da criança para comunicar estados emocionais e comportamentais de forma clara e consistente.

No contexto do estudo da vinculação, há mais de 30 anos, Ainsworth definiu sensibilidade materna como a capacidade das mães para perceberem as pistas comportamentais dos seus filhos e responderem pronta e apropriadamente. Nos seus estudos, Ainsworth e os seus colaboradores perceberam que os valores da sensibilidade e responsividade materna previam a vinculação das crianças, no final do seu primeiro ano de vida (Beeghly, Fuertes, Liu, Delonis, & Tronick, 2010).

Ora, sabendo que a qualidade da vinculação afeta a formação da personalidade e o desenvolvimento infantil, é fundamental compreender a relação entre pais e filhos para o sucesso das práticas de intervenção precoce (Fuertes, 2012). Com efeito, alguns estudos concluem que as intervenções focadas na sensibilidade materna tendem a ser eficazes não só a estimular essa capacidade nas mães, mas também a promover a segurança da vinculação e a prevenção da vinculação desorganizada (Juffer, Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2005 in Fuertes, Faria, Soares, & Oliveira-Costa, 2010).

Os atuais modelos de intervenção preconizam que a qualidade da vinculação pais-criança tem um papel muito importante no percurso de vida da criança, particularmente ao nível do desenvolvimento socioemocional (Fuertes, 2011a). Estes modelos apontam que vale a pena apostar na prevenção, especialmente antes ou

desde o nascimento e através de programas de aconselhamento parental. Para o efeito, os técnicos devem ser sensibilizados para a necessidade de intervir e prevenir o risco socioemocional (Fuertes, 2011a).

Procuraremos nesta investigação identificar em bebés de 3 meses em interação livre com as suas mães, indicadores de risco e de qualidade na interação e simultaneamente criar um guião que ajude os profissionais a identificar esses mesmos indicadores.

O enquadramento teórico é constituído por dois capítulos:

O Capítulo 1 - Origem da Intervenção Precoce; A Intervenção Precoce em Portugal; Modelos atuais em Intervenção Precoce;

O Capítulo 2 – Sensibilidade Materna *versus* Características da Criança; Vinculação e Modelo da Maturação Dinâmica.

Tendo como pano de fundo a perspetiva da maturação dinâmica, foi utilizada a escala diádica CARE-Index (Crittenden, 2003) para avaliar a prestação materna e infantil em interação livre. Desta forma, a parte empírica é constituída por 3 capítulos a saber:

O Capítulo 3 – Método, Descrição da Amostra e Procedimento.

O Capítulo 4 – Resultados : Qualidade total da interação mãe-filho(a); Associação entre os comportamentos e os comportamentos maternos e infantis; Impacto dos fatores de risco na qualidade da interação mãe-filho(a) e Dados da qualidade da interação mãe-filho(a) por idade.

Capítulo 5 – Discussão dos Resultados à luz da literatura revista no enquadramento teórico

Por fim apresentamos as considerações finais na perspetiva de concretizar uma síntese dos aspetos essenciais deste trabalho, bem como refletir sobre os seus contributos e limitações.

I – Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – Intervenção Precoce

1.1 Origem da Intervenção Precoce

Na década de 60, inseridos em programas estatais que tinham como principal objetivo combater a pobreza, surgiram, nos Estados Unidos, os primeiros programas de Intervenção Precoce (IP) com cariz compensatório. Estes programas eram dirigidos às crianças de idade pré-escolar e em risco desenvolvimental. O programa *Head-Start* dirigido por Bronfenbrenner foi notável pelos resultados e pela investigação que gerou.

No início da década de 70 surge também nos EUA, o programa *Home-Start*, que introduz uma componente fundamental - o apoio domiciliário. Este programa tinha como principal objetivo valorizar as competências maternas para ensinar e cuidar dos seus próprios filhos em casa. A este programa estavam associados objetivos de promoção do desenvolvimento, melhoria da qualidade de saúde e de nutrição. Estávamos, no entanto, ainda em programas que visavam populações de risco por fatores de natureza fundamentalmente socioeconómica.

Surgem posteriormente programas de IP para crianças com incapacidades e em risco biológico, reconhecendo-se que estas crianças devem ter iguais oportunidades para desenvolver ao máximo o seu potencial.

Em termos de legislação, em 1975, a publicação da *Public Law 94-142 Education of All Handicaped Children Act* reconhece às crianças com alterações do desenvolvimento, o direito a uma educação pública e adequada num meio natural, e não restritivo.

Na década de 80, a PL 99-457 (EUA, 1986) estabelece a obrigatoriedade do atendimento a crianças dos 3 aos 6 anos e respetivas famílias e também com caráter opcional dos 0 aos 3 anos, sugerindo diretrizes para o desenvolvimento de serviços interdisciplinares. Entre elas importa mencionar, a maior individualização dos programas, o envolvimento da família nas práticas, necessidade de atender às

necessidades e objetivos dos pais e implementação do PIAF (Plano Individual Apoio à Família), apoio ao domicílio. A generalidade da investigação sobre a eficácia das práticas tem indicado que os programas mais bem sucedidos centraram-se nas necessidades das famílias, partilhando com ela a tomada de decisão, envolvendo ativamente as comunidades e integrando as contribuições de diferentes disciplinas, desenvolvendo um trabalho em equipa transdisciplinar e coordenando uma diversidade de apoio e serviços numa perspetiva sistémica (Guralnick, 1997 in Almeida, 2009).

Neste sentido a IP assistiu abertamente à mudança de uma perspetiva centrada na criança para uma perspetiva centrada na família. De acordo com Almeida (2009) esta mudança leva ao abandono de uma perspetiva de estimulação precoce em que a criança surgia como principal alvo de intervenção. Ainda segundo a mesma autora “É a família como um todo que deve ser considerada simultaneamente como recetora e agente ativo do programa” (Almeida, 2009, p.65). Para Isabel Chaves de Almeida, tal prática enquadra-se nas teorias atuais do desenvolvimento, nomeadamente nas teorias transacionais, bioecológicas e sistémicas, sublinhando nestes modelos as interações dinâmicas que se estabelecem entre a criança e o meio envolvente e o impacto direto e indireto que os diferentes contextos têm no seu desenvolvimento (*op. cit.*).

Em síntese, os primeiros programas de IP podem definir-se como um conjunto de esforços no sentido de prevenir e melhorar os problemas de desenvolvimento ou de comportamento das crianças de baixas idades, resultantes das influências biológicas e/ou ambientais. Na década de 80 o seu foco foi-se descentrando exclusivamente da criança para noções de suporte à família (1985 in Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo, & Marques, 2011). Segundo Dunst a IP é “o suporte prestado às famílias de crianças nos primeiros anos de vida, pelos membros de redes de suporte formal e informal, com impacto direto e indireto nos pais, família e no funcionamento da criança” (Dunst, 1985 in Gronita, et al., 2011).

1.2 A Intervenção Precoce em Portugal

Em Portugal o percurso da intervenção precoce (IP) é ainda relativamente curto e surge ligado à evolução das modalidades de atendimento às crianças dos 0 aos 6 de um modo geral e às crianças com necessidades educativas especiais, em particular (Almeida, 2009).

No nosso país, encontramos os primórdios da IP, que nessa altura se prendia com o atendimento a crianças com necessidades educativas especiais dos 0 aos 6 anos, na segunda década dos anos 60, altura em que foi criado um Serviço de Orientação Domiciliária (SOD) com a finalidade de apoiar a nível nacional pais de crianças cegas entre os 0 e os 6 anos (Bairrão & Almeida, 2002).

Em 1972 é extinto o SOD a nível nacional e a Orientação Domiciliária (OD) é assumida só em Lisboa e no Porto pelos Centros de Educação Especial que pertenciam à Segurança Social. No ano de 1973 surgem as Equipas de educação Especial, que por serem formadas por docentes de todos os níveis de ensino, trouxeram um cariz mais educativo ao atendimento da população com incapacidade ou em risco de atraso. Estas equipas foram, no entanto, extintas em 1997.

Em Portugal é publicada, em 1986, a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86) que veio responsabilizar o estado e, em particular, o Ministério da Educação, pelo processo de definição de objetivos e organização da educação especial.

Em 1990, através do Decreto-Lei nº 35/90 foi definido o regime de gratuitidade e de escolaridade obrigatória extensiva a todas as crianças, inclusive as portadoras de qualquer tipo de deficiência.

Inspirada na legislação americana e no Warnock Report, publicado em 1978 no Reino Unido, surgiu em Portugal, em 1991, a legislação mais importante produzida no âmbito da Educação Especial, o Decreto-Lei nº 319/91 (Almeida, 2009). Este documento teve a importante mais valia de reconhecer a importância do papel dos pais, garantindo a sua participação na elaboração e revisão do Plano Educativo Individual (PEI). No entanto, só em 93 com a publicação da Portaria 611/93 é que passou a prever-se que as crianças com necessidades educativas devem frequentar o ensino pré-escolar, abrangendo apenas os jardins de infância da rede pública do

Ministério da Educação. Este diploma não faz qualquer referência à Intervenção Precoce (Almeida, 2009).

Entretanto, com a proliferação de projetos de IP por todo o País, mas sem uma matriz teórica comum, aliada aos resultados positivos do Projeto Integrado de IP em Coimbra (PIIP), cresceu a necessidade da elaboração de uma legislação que enquadrasse as linhas orientadoras desta intervenção e os respetivos níveis de articulação entre serviços e entidades envolvidos. Surge assim o Despacho Conjunto nº 891/99 (Almeida, 2009).

Este despacho vem regulamentar a prática da IP, responsabilizando os setores da Saúde, da Educação e da Segurança Social. Esta legislação coloca o seu foco no envolvimento da família, do trabalho integrado na comunidade, do trabalho de equipa incluindo profissionais de formação diversificada, da existência da figura “Responsável de Caso”, da obrigatoriedade de elaborar em conjunto com a família um “Plano Individual da Intervenção” e da colaboração de serviços (Bairrão & Almeida, 2002).

No entanto, num estudo que pretendia recolher as perceções dos pais e dos profissionais sobre as práticas de IP no distrito de Lisboa, constata-se que, ainda se verifica falta de comunicação entre os técnicos e a família (Pimentel, 2004). Além disso o processo de intervenção mantinha-se ainda muito concentrado na criança. Por outro lado, Almeida (2004) levanta a questão da elegibilidade, chegando à conclusão que o despacho é omissivo em relação a esta questão, deixando ao critério de cada equipa de coordenação a definição dos próprios critérios de elegibilidade.

Em 2009 surge uma nova legislação em IP, o Decreto-Lei nº281/2009 que cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O SNIPI “abrange as crianças entre os 0 e os seis anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como das suas famílias”. De salientar ainda neste documento que é preconizado o “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”.

No referido decreto-lei define-se “Risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo” como “qualquer risco de alteração ou alteração, que limite o

normal desenvolvimento da criança e a sua participação, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto social” e “Risco grave de atraso de desenvolvimento” como “a verificação de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança”.

Em junho de 2010, o SNIPI preconiza como elegíveis todas as crianças que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental, pois “tal como empiricamente demonstrado, este número constitui o ponto de charneira para o aumento substancial do efeito do risco - efeito cumulativo do risco” (Critérios de elegibilidade, 2010). Este documento contempla, pela primeira vez na legislação portuguesa, as perturbações na vinculação e outras perturbações emocionais, o que toma proporções evidentes pelo fato do conhecimento científico indicar que “a organização dos processos socioemocionais afeta outras áreas do desenvolvimento e saúde mental infantil” (e.g., Greenberg, Speltz & Dekleyn, 1993; Fuertes et al., 2006; 2008; 2009; van IJzendoorn, Dijkstra, & Bus, 1995; van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992; van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999 in Fuertes, 2011).

1.3 Modelos atuais em Intervenção Precoce

O emergir das perspetivas sistémicas, bioecológicas e transacionais vieram abrir caminho àquilo que Dunst (2000) designa como a 3ª geração de programas de IP, com práticas baseadas na evidência que enfatizam as variáveis do sistema social e do meio envolvente associadas à promoção do desenvolvimento das crianças e ao fortalecimento das famílias (Almeida, 2009).

Torna-se fundamental que os programas atuais de IP tenham em consideração o Modelo para a IP e Apoio à Família de Dunst (2000 in Almeida, 2009) e o Modelo Desenvolvimental de sistemas de Guralnick (2001, 2005 in Almeida, 2009). Ambos se enquadram numa perspetiva bioecológica de Bronfenbrenner e na abordagem sistémica e transacional de Sameroff e Fiese (1990, 2000 in Almeida, 2009), valorizando os efeitos a nível do desenvolvimento das interações, múltiplas e

continuadas, entre a criança e os outros indivíduos, objetos e símbolos que ela encontra nos diferentes cenários do seu dia a dia. Embora complementares, Dunst dá maior ênfase à componente do apoio social e Guralnick incide na detecção e identificação precoce e a monitorização e avaliação da intervenção.

Aquilo que se pode considerar de mais inovador no modelo de Dunst é a ênfase que ele coloca no apoio social e a sua consequente defesa de intervenções que, contrariando a dependência tradicional dos profissionais e dos serviços se baseiem essencialmente na mobilização das redes sociais de apoio informal (Almeida, 2009).

De acordo com a perspetiva desenvolvimental que constitui o foco do quadro conceptual de referência do modelo de Guralnick, a qualidade da interação familiar afeta o desenvolvimento da criança. Os dados empíricos recolhidos indicam 3 condições fundamentais para a formação de interações familiares promotoras do desenvolvimento infantil:

(a) é importante que os pais demonstrem, entre outras qualidades interativas, sensibilidade, reciprocidade, afeto e evitem a intrusividade nas trocas com a criança;

(b) a qualidade das experiências proporcionadas pela família à criança consistentes com as suas necessidades e interesses;

(c) as condições de saúde e de segurança, proporcionadas pela família à criança, que podem ir desde os cuidados com a alimentação, à vacinação ou à proteção contra eventuais perigos.

Assim, o principal objetivo da IP deverá ser o de contribuir para a promoção destas condições benéficas da interação familiar, isto é, a intervenção deverá ser centrada na família e mesmo quando se torna necessária uma intervenção focada na criança esta deve ser integrada no conjunto de experiências proporcionadas pela família (Almeida, 2009).

Guralnick (2005 in Gronita et al. 2011) enfatiza ainda algumas etapas que considera fundamentais para o funcionamento adequado da IP: o despiste e a sinalização das situações de risco, a monitorização e vigilância das crianças em risco que não forem sinalizados, o acesso a serviços de IP, a avaliação interdisciplinar abrangente, a determinação da elegibilidade para a IP, a avaliação dos fatores de

stress das famílias, o planeamento, desenvolvimento e implementação do programa de IP, a monitorização e avaliação dos resultados e o planeamento da transição.

Mais recentemente Guralnick e Colon (2007 in Gronita, et al., 2011) enunciam dez princípios que devem estar presentes nos programas de qualidade; são eles:

- abordagem desenvolvimental centrada nas famílias,
- a integração e coordenação em todos os níveis do sistema,
- a inclusão de participação das crianças e famílias,
- identificação e sinalização precoces,
- monitorização dos resultados, individualização em todas as etapas,
- avaliação sistemática, parceria famílias/profissionais,
- recomendações e práticas baseadas na evidência
- e manutenção de uma perspetiva sistémica.

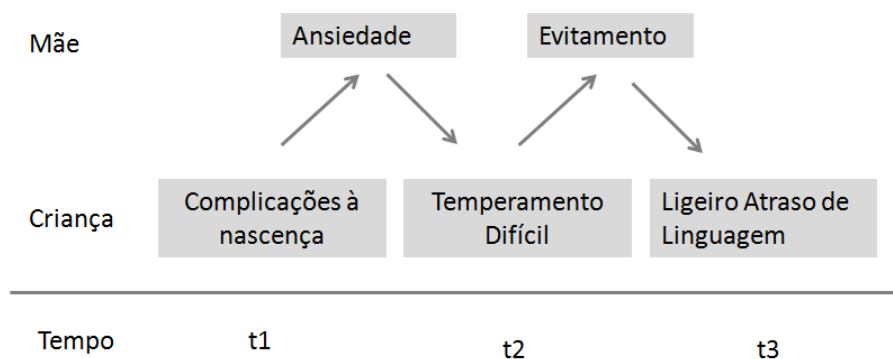
Independentemente do contexto onde ocorra a intervenção, para McWilliam (2010, in Gronita, et al. 2011) é hoje evidente que as crianças aprendem no dia à dia nas rotinas diárias, através de interações repetidas e das oportunidades de aprendizagem que partilham com a sua família ou prestador de cuidados.

1.3.1 Modelo Transacional

Sameroff (1983, 1995), Sameroff & Chandler (1975) e Sameroff & Fiese (1990, 2000) propuseram um modelo que preconiza o desenvolvimento 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 (Almeida, 2009).

No que respeita à intervenção precoce, este modelo assume implicações notórias ao nível da identificação de objetivos e estratégias de intervenção. O modelo separa conceptualmente o efeito elicitado pela criança, a interpretação que os pais dele fazem e a resposta que dão. Observando os pontos fracos e fortes podem identificar-se os objetivos que podem minimizar a intervenção e, simultaneamente, otimizar a sua eficácia (Almeida, 2009).

Figura 1 – Exemplo de como um processo transacional pode conduzir a um problema de desenvolvimento (adaptado de Almeida, 2010).



São três as grandes áreas de intervenção de modelo transacional de Sameroff & Fiese (2000, in Fuertes, 2011b). A *prevenção* é uma área na qual importa apostar para assegurar que os prestadores de cuidados que vão trazer uma criança ao mundo, estejam preparados para o fazer, sendo importante despistar possíveis situações de risco logo à partida.

No quadro da *intervenção* do modelo transacional encontramos o modelo *Circle of Security*, que surgiu no âmbito de uma investigação-ação dos programas *Head-Start* e *Head Start Child-Caregiver dyads* e que tinham como objetivo promover relações de vinculação segura em díades de risco (Fuertes, 2011b). O modelo *Circle of Security* (COS) é orientado por quatro princípios (Cooper et al., 2005 in Fuertes, 2011b).

a) A qualidade da vinculação tem um papel fundamental na trajetória de vida da criança, com implicações ao nível do desenvolvimento socioemocional.

b) A mudança das práticas parentais implica compreender e integrar novas formas de ação na relação com os filhos, sendo que este modelo foi desenvolvido para ajudar os pais a fortalecer a relação com os seus filhos ao nível da compreensão das necessidades afetivas da criança, da aquisição de capacidades de observação e dedução dos comportamentos infantis, da reflexão funcional, da regulação emocional e da empatia.

c) A noção de base segura é fundamental, pois o adulto deve assumir o papel da figura que conforta e protege. Os pais devem ser ajudados a compreender e encontrar fontes de apoio, pois em situações de risco, muitas vezes os próprios pais não tiveram bases seguras.

d) A intervenção é mais eficaz se se centrar nas forças e nas fraquezas da díade e recuperada a partir do prestador de cuidados, isto é as práticas devem procurar reequilibrar a díade, e então os pais também devem ser elegíveis para a intervenção.

A terceira grande área de intervenção do modelo transacional diz respeito à *reeducação*, que pode ser levada a cabo junto dos profissionais que trabalham com a criança e com os pais. Se por um lado os profissionais dos serviços de saúde podem ser sensibilizados para a necessidade de intervir e prevenir o risco socioemocional, também os pais beneficiam com uma reeducação direta, sendo-lhes fornecida informação correta e atualizada sobre o desenvolvimento infantil e afetividade.

De acordo com Brazelton e Greenspan (2003) mencionados em Fuertes (2012), a prevenção primária e secundária parecem ser a melhor resposta. A mesma autora, afirma que literatura revela que a prevenção pode ser eficaz se realizada antes ou desde o nascimento, através de programas de aconselhamento parental, por exemplo reforçando as competências parentais e informando os pais acerca do desenvolvimento infantil.

1.3.2. Modelo Touchpoints

O modelo Touchpoints, segundo Brazelton e Sparrow (2003), foi inicialmente pensado para os profissionais de saúde, mas atualmente é utilizado por outros profissionais que trabalham com crianças, como é o caso de profissionais de educação e intervenção precoce. Ainda segundo estes autores, o objetivo de todos os profissionais deverá ser o de encarar os pais como aliados nos sistemas de prestação de cuidados às suas crianças.

O nome do modelo é inspirado nos “Touchpoints” que são períodos sensíveis do desenvolvimento nos primeiros anos de vida da criança e que podem resultar em ruturas do sistema familiar. O conhecimento destes Touchpoints e de estratégias para lidar com eles pode ajudar a reduzir as interações negativas, perturbadoras do desenvolvimento da criança e geradoras de problemas nas áreas do sono, alimentação, entre outros. Se os profissionais de saúde e de prestação de cuidados conseguirem mudar de paradigma de um modelo prescritivo e linear para um modelo colaborativo e multidimensional, todos beneficiarão. Se os profissionais se focarem nas forças dos pais, mais facilmente eles partilham as suas inseguranças quanto a educação dos seus filhos. Por outro lado, se for previamente explicado aos pais a existência dos Touchpoints, é reduzida ansiedade e a insegurança.

Capítulo 2 – Qualidade da interação mãe-filho(a)

2.1. Sensibilidade Materna *versus* Características da Criança

A resposta materna atenta, pronta e adequada parece favorecer uma vinculação segura permitindo que a criança se sinta confiante para explorar o meio e aprender (Ainsworth, 1965; Bowlby, 1969, in Fuertes, Faria, Soares, & Oliveira-Costa, 2010). O desejo de explorar do bebê é regulado pela necessidade de proximidade. Segundo Fuertes (2012) a criança tende a procurar a aquisição de autonomia e interesse pela exploração do meio, mas também recupera a proximidade e o contato com a figura de vinculação quando a distância entre ambas deixa de ser suportável. Ainda segundo a revisão de literatura da mesma autora, a confiança da criança na relação vai depender da resposta dada pela mãe ao seu regresso, sendo que a aceitação e disponibilidade manifestadas vão promover a confiança da criança.

O sistema exploratório e o sistema de vinculação complementam-se. Numa situação de “perigo”, o sistema de vinculação prevalece face ao sistema exploratório porque atende à necessidade mais urgente, a de obter segurança (Fuertes, 2012).

Para tentar compreender o contributo que as mães e as crianças dão para o tipo de vinculação que estabelecem entre si, muitos estudos têm sido feitos e alguns dos resultados sugerem que as mães que estabelecem uma vinculação dita segura demoram menos tempo a responder ao choro dos seus filhos, assim como o fazem com maior afeto. Revelam menor aversão ao contato físico e evidenciam maior contingência nas respostas diádicas (Fuertes et al. 2010).

Ainsworth (1965) descreveu no seu célebre estudo no Uganda dois tipos de padrões de interação entre crianças e as mães: o seguro e o ansioso. O padrão seguro revela um tipo de relacionamento caracterizado pela confiança da criança no adulto. Desta forma, a criança sempre que sente receio mobiliza comportamentos de procura de proximidades e de conforto relativamente à mãe, para a obtenção de conforto. O restabelecimento da relação dá à criança a confiança necessárias, para em situações

não alarmantes continuar a explorar e este fenómeno foi denominado por Ainsworth (1965) como “base segura” (Fuertes, 2005).

O padrão evitante resulta da repetida experiência de inacessibilidade e imprevisibilidade materna o que suscita uma permanente ansiedade, levando a criança a dirigir comportamentos de vinculação ao adulto mesmo em situações não alarmantes, diminuindo, desta forma, a exploração do meio envolvente (Fuertes, 2005).

Uma das escalas que demonstrou possuir maior valor preditivo da vinculação foi a escala da *Sensibilidade* elaborada por Ainsworth, Bell e Stayton (1971, in Fuertes, et al., 2010). Nesta escala a sensibilidade materna foi definida atendendo a quatro componentes essenciais: (1) a tomada de consciência dos sinais enviados pela criança; (2) a capacidade para os interpretar corretamente; (3) a adequação das respostas dadas; (4) a prontidão dessas mesmas respostas (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974, in Fuertes, et al. 2010, p. 835).

Com esta escala surge posteriormente a discussão sobre quais os aspetos do comportamento materno é que mais afetam o comportamento infantil. De Wolf e van Ijzendoon (1997 in Fuertes, Faria, Soares, & Oliveira-Costa, 2010) verificaram num estudo em meta-análise que as dimensões que obtêm associações mais fortes com a segurança da vinculação, para além dos aspetos descritos na definição de sensibilidade, são:

- a) Mutualidade, que consiste nas trocas interativas em que a mãe e a criança atendem ou orientam-se para o mesmo objetivo
- b) Sincronia, que diz respeito ao grau em que as transações diádicas são recíprocas e mutuamente gratificantes
- c) Apoio, isto é, o grau em que a figura materna se mostra atenta e suporta os esforços da criança
- d) Atitude positiva, a expressão materna do afeto positivo
- e) Estimulação, ou seja, a quantidade de ações dirigidas ao bebé

Desta forma, o conceito de sensibilidade passa a ser encarado como um processo diádico. A mutualidade e a sincronia da interação dificilmente podem ser vistas como

contributo exclusivo da mãe (Fuertes, et al. 2010). Por outro lado, tanto do lado da criança como do lado da mãe podem ser observados comportamentos com diversas funções, pelo que a análise de cada um dos intervenientes na díade deverá ser sempre feita em função desses comportamentos e da sequência de acontecimentos.

Alguns estudos têm verificado que os estilos maternos e infantis estão fortemente correlacionados, a sensibilidade materna com a cooperação infantil, a intrusão materna com a submissão infantil e a passividade materna com a dificuldade infantil (Fuertes, 2005; Fuertes, Lopes dos Santos, Beegly & Tronick, 2006), bem como a relação entre o comportamento passivo materno e o comportamento infantil varia de acordo com as condições de risco (Fuertes, Faria, Soares, & Crittenden, 2008).

Apesar de algumas limitações e desafios, a literatura confirma que, até à data, a sensibilidade materna continua a ser o fator que melhor prevê a segurança da vinculação na infância. Contudo e uma vez que a sensibilidade materna reflete uma interação, não adquire qualquer significado sem que se considerem os dois parceiros: mãe-criança.

Atualmente, a maioria dos autores não encara a relação mãe-filho como um produto do temperamento *versus* sensibilidade materna, mas como um processo transacional de ambas (Beeghly, Fuertes, Liu, Delonis, & Tronick, 2010). Num estudo português, Fuertes, Faria, Soares, & Oliveira-Costa (2010) obtiveram resultados que corroboram a perspetiva transacional e de maturação dinâmica, que têm confirmado que a interação materno-infantil satisfatória e recíproca é um contributo conjunto e sincronizado dos dois intervenientes, espelhando em cada parceiro os atos do outro.

São quatro os processos recíprocos que podem afetar a qualidade dos processos de comunicação entre estes dois parceiros (Beeghly, Fuertes, Liu, Delonis & Tronick, 2010):

- 1) A capacidade da criança para se auto-organizar e controlar as condições fisiológicas e comportamento
- 2) A integridade e maturação de elementos do sistema de comunicação da criança
- 3) A capacidade do prestador de cuidados para apreender e ler corretamente as comunicações da criança

- 4) A motivação e capacidade do prestador de cuidados para responder à criança de uma forma contingente e apropriada, facilitando os esforços regulatórios da criança.

No entanto, apesar de as crianças contribuírem com capacidades impressionantes, a sua imaturidade ao nível do sistema autoregulatório e de comunicação leva a que os prestadores de cuidados representem um papel crucial na leitura e resposta aos sinais de envolvimento que as crianças vão transmitindo.

São, portanto, muitos os fatores que durante o primeiro ano de vida da criança influenciam a posterior vinculação com a mãe. No entanto continua a ser controverso quais as variáveis criança, mãe, díade e contexto que podem prever o padrão vinculação de forma independente. Segundo Fuertes e colegas (2010), o conhecimento de algumas variáveis críticas que afetam o comportamento materno e infantil (género dos bebés, idade materna, escolaridade materna, nível socioeconómico das famílias) é de crucial importância para a prevenção de situações de risco.

No estudo de Fuertes, Lopes-dos-Santos, Beeghly e Tronick (2009), os resultados sugerem que tanto as características das crianças (como a autorregulação), como as características maternas (sensibilidade), influenciam o processo de vinculação. Contrariamente às expectativas dos autores, as variáveis biológicas das crianças (idade gestacional, peso à nascença), não se associaram à posterior vinculação e das variáveis demográficas apenas a educação materna apresentou valores significativamente relacionados com a vinculação.

2.2. Vinculação

As relações de vinculação envolvem a procura da proximidade e da proteção do adulto em caso de aflição. O estabelecimento de uma vinculação segura a um ou mais adultos só poderá acontecer se os adultos estabelecerem com o bebé interações de qualidade (Pimentel, 2011).

Bowlby (1969, 1982 in Fuertes, 2005) concebe a vinculação como um conjunto organizado de comportamentos que permite estabelecer, de forma instintiva e desde o nascimento, relações duradouras com figuras específicas. Apesar destes comportamentos estarem orientados para obter e assegurar a relação com a figura materna, os comportamentos são sensíveis à experiência, articulando-se com as expectativas de respostas e com as condições ambientais (Fuertes, 2004). Para o autor, a vinculação não segue um único caminho, pois as diferenças individuais na qualidade da vinculação são moldadas pela experiência e pelas representações estabelecidas a partir dessas experiências (Fuertes, 2012).

Retomamos Ainsworth e o seu estudo da vinculação com bebés africanos no Uganda, que através de observações naturalistas em contexto familiar inspiraram Ainsworth a criar um procedimento laboratorial, a *Situação Estranha* para avaliar a vinculação mãe-filho(a). Atualmente, a Situação Estranha é uma técnica clássica, para a avaliação dos padrões de comportamento de vinculação infantil em bebés dos 12 aos 24 meses.

Quando Ainsworth e seus colaboradores observaram bebés com um ano de idade na *Situação Estranha*, identificaram três padrões principais de vinculação (Ainsworth et al., 1978 in Fuertes, 2004): o A (inseguro-evitante), o B (seguro) e o C (inseguro-resistente/ambivalente). Dentro de cada um destes tipos são descritas várias subcategorias (A1, A2, B1, B2, B3, B4, C1 e C2).

Os bebés com uma vinculação *segura* choram ou protestam quando a mãe sai e saúdam-na com alegria quando ela regressa. Usam a mãe como base segura, deixando-a ir para irem explorar, mas regressando, de vez em quando, para obterem confiança. São geralmente cooperantes e relativamente sem manifestações de raiva.

Bebés com uma vinculação *evitante* raramente choram quando a mãe sai e evitam-na no seu regresso. Tendem a ficar ansiosos nas separações mas não procuram a proximidade nas reuniões

Bebés com uma vinculação *ambivalente/resistente* ficam ansiosos mesmo antes de a mãe sair, ficando muito perturbados quando ela sai. Quando a mãe regressa, demonstram a sua ambivalência procurando contato com ela e ao mesmo tempo

resistindo dando pontapés ou gritando. Estes bebês exploram pouco e são difíceis de acalmar (Fuertes, 2004).

Depois do estabelecimento desta tipologia A, B, C, verificou-se que uma pequena percentagem das crianças estudadas na Situação Estranha não se comportava de acordo com nenhuma das estratégias descritas. Da análise desses casos surgiram propostas de classificação complementares. Main e Soloman (1986, 1990) descreveram um quarto tipo que denominaram de Padrão D (desorganizado/desorientado) e Karlen Lyons-Ruth e colegas (Lyons-Ruth, Connel, Zoll & Stahl, 1987) distinguem, por sua vez, o grupo U-A, também designado por padrão evitante instável (Fuertes, 2012).

2.3. Modelo da Maturação Dinâmica

Segundo este modelo, a teoria da vinculação é uma teoria sobre a proteção individual contra o perigo. Crittenden (1999, in Fuertes, 2005) considera que, para evitar o perigo de serem abandonadas pela figura materna, as crianças pequenas podem demonstrar cooperação, submissão ou oferecer resistência, o que implica que os estilos de interação com o prestador de cuidados são estratégias organizadas e autoprotetivas para manter o relacionamento com a figura materna.

De acordo com Crittenden (1999, in Fuertes, 2012), alguns comportamentos ditos desorganizados contribuem para diminuir o mau trato e a negligência, tornando-se assim contingentes com o contexto da sua produção. Esta interpretação levou a autora a alargar a descrição dos grupos em termos de estratégia, comportamentos de vinculação, tipo de negociação, regulação afetiva, fenómeno de base segura, adaptação do self, e processamento de informação, distorções e uso da memória, apresentando os três grandes padrões A-B-C como vias distintas do desenvolvimento socioemocional.

Quadro 1 – Síntese dos componentes estruturais dos três grandes padrões A-B-C de acordo com o Modelo de Maturação Dinâmica (Fuertes, 2012)

	Padrão A	Padrão B	Padrão C
Estratégias	Tentativa de, pelo menos, manter a interação sem provocar a aversão do adulto.	Manutenção da proximidade com a figura de vinculação em contextos de alarme.	Uso de comportamentos de coerção para provocar a permanente disponibilidade do prestador de cuidados
Comportamentos de Vinculação	As crianças desencadeiam todos os esforços para não exprimirem os seus sentimentos. A raiva e a tristeza são inibidas, em particular na presença dos prestadores de cuidados.	Numa criança segura é possível observarem-se todas as possibilidades comportamentais: satisfação, coerção, procura de proximidade ou evitamento. As respostas de coerção e evitamento são passageiras e contingentes com situações muito específicas.	A criança exagera na manifestação dos seus sentimentos, em particular os negativos: vitimização e agressão.
Padrões de negociação	A criança prefere, em vez de negociar, observar atentamente os desejos do adulto e submeter-se a eles.	A criança sente-se segura em partilhar com a figura de vinculação os seus objetivos e os planos para a sua concretização.	Geralmente, as crianças não negociam. Estão demasiado centradas nas suas necessidades para atender ao ponto de vista do outro.
Regulação do afeto	O autoconhecimento é baixo e a criança afasta-se do seu verdadeiro <i>self</i> e dos seus reais sentimentos. Pode criar uma falsa aparência de alegria.	A criança procura a proximidade com a figura de vinculação e, podendo aceitar outras, só se restabelece com ela.	A criança admite exageradamente os seus sentimentos, mas aceita pouca ou nenhuma responsabilidade pela sua regulação.
Fenómeno de Base Segura	A criança usa o jogo para regular a ansiedade sentida. Em situações de alarme a procura de	O jogo na presença da mãe é vivido sem sentimentos de ansiedade e espelha as reais competências e	A exploração é remetida para segundo plano. A preocupação infantil centra-se no

	proximidade pode ser substituída pelo falso comportamento de jogo.	nível de desenvolvimento da criança.	estabelecimento da relação.
Adaptação do Self	O relacionamento com a mãe é rejeitante ou intrusivo, fluindo no registo da não reciprocidade.	A relação com a mãe é íntima, recíproca e baseia-se na aceitação mútua.	A relação com a mãe assenta na oposição (sem resolução) entre o desejo de intimidade e afastamento.
Processamento da informação, distorções e uso da memória	Estas crianças são competentes a lidar com a informação de índole cognitiva mas inibem a verdadeira expressão emocional.	A criança confia nos seus instintos e na informação que obtém pelo que consegue uma correta integração das duas fontes de informação: cognitiva e emocional.	Embora tendo verdadeiras emoções como pano de fundo, a cognição destas crianças é, muitas vezes, exagerada, falsa ou premeditadamente enganadora.

Em síntese, os estudos atuais como o de Fuertes et al., 2010), dão ênfase à importância do conhecimento de algumas variáveis críticas que afetam o comportamento interativo materno e infantil, pois, ainda de acordo com as mesmas autoras, “alguns estudos concluem que as intervenções focadas na sensibilidade materna tendem a ser eficazes não só a fomentar essa mesma capacidade nas mães, mas também a promover a segurança da vinculação e a prevenção da vinculação desorganizada” (Fuertes et al., 2010, p. 849).

Com efeito, as autoras acreditam ser de extrema importância unificar o conhecimento adquirido em estudos dessas variáveis na estruturação de um guião para o comportamento materno sensível, a aplicar na intervenção direta, como elemento indicador de modelos interativos favoráveis ao fortalecimento de laços precoces (Fuertes et al., 2010, p.849).

Pretendemos com o presente trabalho contribuir com alguns indicadores de qualidade e de risco do comportamento materno, para uma possível elaboração desse mesmo guião.

II – Estudo Empírico

Capítulo 3 – Método

3.1 Objetivos

Procuramos nesta investigação identificar na interação livre entre bebês de 3 meses e as suas mães, indicadores de risco e de qualidade na interação e, conseqüentemente, criar um guião que ajude os profissionais a identificar esses mesmos indicadores.

3.2 Descrição da amostra

Para concretizar estes objetivos foi analisado, em 30 vídeos, o comportamento interativo dos bebês e das mães em jogo livre. Destes vídeos, 12 foram recolhidos no Hospital de Santa Maria, alguns com a minha participação e 18 foram recolhidos no âmbito doutra investigação mais alargada sobre a relação mãe-filho(a), em condições de risco, em famílias de grande precariedade social (habitacional, desemprego, pobreza). Estes dados foram-me fornecidos com o objetivo de ser uma cotadora cega quanto ao fatores de risco. Assim, durante a cotação dos vídeos não sabia se as famílias estavam sujeitas ou não a condições de risco ou a que tipos de risco.

Depois de cotados todos os vídeos, tive acesso aos dados demográficos das famílias, inclusive aquelas que estavam assinaladas como sendo de risco, preservando sempre o anonimato das mesmas.

Dos 30 bebês, 16 pertenciam ao género masculino e 14 ao género feminino.

Quadro 3.1 – Dados demográficos das mães e dos bebés

	Dados demográficos
Género	
Feminino	14
Masculino	16
Idade gestacional em semanas	
Média	38,757
Desvio Padrão	2,026
Peso gestacional em gramas	
Média	3140,90
Desvio Padrão	572,248
Idade da Mãe	
Entre os 17 e os 22 anos	4
Entre os 23 e os 28 anos	6
Entre os 29 e os 34 anos	13
35 ou mais anos	7
Profissão da Mãe	
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	10
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	4
Pessoal Administrativo	3
Pessoal dos Serviços ou Vendedor	2
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	1
Operário, Artífice ou Similar	2
Trabalhadores Não Qualificados	3
Doméstica	3
Desempregada	3

3.3 Procedimento

O comportamento interativo dos bebés e das mães foi avaliado através do *Child-Adult Relationship Experimental*, designado pela autora de *CARE-Index* (Crittenden, 2003). Este sistema tem como propósito avaliar a interação mãe-filho numa situação de jogo livre.

O CARE-Index é composto por sete escalas de avaliação do comportamento interativo, sendo que para avaliar o adulto foram definidas as escalas: *Sensibilidade*, *Controlo* e *Ausência de resposta* e para avaliar a criança as escalas: *Cooperação*, *Compulsividade*, *Dificuldade* e *Passividade*.

De acordo com as instruções do manual, cada díade foi filmada entre a 2 a 5 minutos, em situação de jogo livre tendo as mães sido instruídas a interagir espontaneamente com os seus filhos. Como os bebés tinham 3 meses de idade, a recorrência ao uso de brinquedos ficou ao critério de cada mãe.

Para avaliar a qualidade da interação adulto-criança recorreu-se ao *CARE-Index Child-Adult Experimental Index*. Este instrumento é composto por 59 itens organizados em torno de 7 aspetos do comportamento diádico: Expressão Facial, Expressão Verbal, Posição e Contato Corporal, Afetividade, Reciprocidade, Diretividade e Escolha da Atividade. Adulto e criança são avaliados separadamente em cada um destes 7 aspetos do comportamento interativo, sendo, contudo, cada um dos intervenientes avaliados atendendo às interações ocorridas em cada momento.

De acordo com a Escala de Sensibilidade do manual CARE- Index, os resultados obtidos agrupam-se de acordo com o seguinte esquema:

Nível adequado

Sensível (14-11)

14-13 – Dança: estão mutuamente deliciados e partilham alegria conjunta.

12-11 – Interação suave e agradável: jogo e partilha de afeto positivo.

Adequada (10-7)

10-9 – Jogo bastante satisfatório. Sem problemas mas sem dança

8- 7 – Jogo adequado mas com declarados períodos de sem sincronia (com excesso controlo ou ausência de resposta).

Nível de Intervenção

Inapta (5-6)

6-5 – Problemas claros e não resolvidos: jogo limitado mas sem sinais de hostilidade ou falta de empatia (ausência de resposta).

Alto risco (0-4)

4-3 – Clara falta de empatia, contudo, algumas tentativas (insuficientes ou mal sucedidas) de responder à criança: jogo sem qualidade.

2- 0 – Total falha em perceber ou tentar acalmar o estado de perturbação da criança: não há jogo.

A orientadora desta tese foi certificada como “Observadora fidedigna” pela autora do *CARE-Index*, Patricia Crittenden e a autora deste trabalho foi treinada pela orientadora.

Capítulo 4 – Apresentação dos Resultados

Os resultados do estudo serão apresentados em três secções. Na primeira será concretizada uma breve análise quantitativa dos dados recolhidos. Posteriormente apresentamos uma análise descritiva dos indicadores de risco retirados dos vídeos.

4.1. Qualidade total da interação mãe-filho(a)

Como podemos observar nos quadros 4.2 e 4.3 a qualidade média de sensibilidade e cooperação é relativamente baixa considerando os estudos nacionais (por exemplo, Faria & Fuertes, 2007) com pontuações nos intervalos de risco moderado.

Quadro 4.2 – Totais do comportamento materno

	N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Desvio Padrão
Sensibilidade	30	2	13	7,333	3,044
Controlo	27	1	10	4,259	2,836
Passividade	21	1	9	4,047	2,397

Quadro 4.3 – Totais do comportamento infantil

	N	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Desvio Padrão
Cooperação	27	1	14	5,593	3,734
Compulsão	4	1	5	2,250	1,892
Dificuldade	13	2	14	6,615	4,194
Passividade	24	1	13	6,083	3,740

4.2 Associação entre os comportamentos e os comportamentos maternos e infantis

No que respeita à associação entre os comportamentos maternos e infantis verificamos, no quadro 4.4, que a sensibilidade materna se correlaciona positivamente à cooperação infantil e negativamente com a dificuldade infantil. Uma postura

controladora, diretiva ou punitiva da mãe correlacionou-se positivamente com a submissão e evitamento infantil. Neste estudo, a passividade materna não obteve scores correlacionados com as restantes medidas.

Quadro 4.4 – Coeficientes de correlação de *Spearman* entre as escalas de CARE-Index

	Sensibilidade Materna	Controlo Materno	Passividade Materna
Sensibilidade Materna	-	-.619*	-.415
Controlo Materno	-.619*	-	
Passividade Materna	-.415	.362	-
Cooperação Infantil	.493*	-.038	-.296
Compulsão Infantil	-.639**	.865**	.002
Dificuldade Infantil	-.840**	.434	.047
Passividade Infantil	-.163	.056	.024

* $p < .05$; ** $p < .01$;

4.3 Impacto dos fatores de risco na qualidade da interação mãe-filho(a)

Como afirmámos anteriormente, a nossa amostra é composta por 2 grupos: 1) 12 díades sem condições assinaláveis de risco e 2) 18 díades em risco socioeconómico.

Quando comparamos a qualidade de interação mãe-filho(a) à luz condições de estudo (com e sem risco socioeconómico) encontramos que as diferenças são significativas nos dois grupos (ver quadro 4.5).

Quadro 4.5 – Médias e Desvio Padrão das variáveis demográficas e escalas do CARE-Index por índice de risco

	Índice de risco	N	Média	Desvio padrão
Idade gestacional ao nascimento	<i>sem risco</i>	12	39,6417	1,18151
	<i>em risco</i>	18	38,1667	2,27519
	<i>socioeconómico</i>			
Peso do bebé à nascença em gramas	<i>sem risco</i>	12	3423,33	385,194
	<i>em risco</i>	18	2952,61	607,264
	<i>socioeconómico</i>			
Sensibilidade	<i>sem risco</i>	12	9,67	2,146
	<i>em risco</i>	18	5,78	2,533
	<i>socioeconómico</i>			
Controlo	<i>sem risco</i>	12	2,60	1,506
	<i>em risco</i>	18	5,24	3,011
	<i>socioeconómico</i>			
Passividade	<i>sem risco</i>	12	3,71	2,059
	<i>em risco</i>	18	4,21	2,607
	<i>socioeconómico</i>			
Cooperação	<i>sem risco</i>	12	8,17	3,433
	<i>em risco</i>	18	5,33	3,579
	<i>socioeconómico</i>			
Dificuldade	<i>sem risco</i>	12	3,60	2,608
	<i>em risco</i>	18	8,50	3,964
	<i>socioeconómico</i>			
Compulsividade	<i>sem risco</i>	12	1,00	,000
	<i>em risco</i>	18	3,50	2,121
	<i>socioeconómico</i>			
Passividade	<i>sem risco</i>	12	4,45	2,423
	<i>em risco</i>	18	7,46	4,176
	<i>socioeconómico</i>			

Quando analisamos as diferenças entre os grupos com recurso ao teste não paramétrico de U-Mann Whitney verificamos que embora as diferenças em termos de idade gestacional não sejam significativas (U-Mann Whitney = 67 000; *ns*), a diferença de aproximadamente 500 gramas entre os dois grupos de estudo é significativa (U-Mann Whitney = 59000; $p < .05$). Por outras palavras, embora as crianças das díades sem risco e com risco nasçam mais ou menos com a mesma idade gestacional, os bebés de díades em risco socioeconómico nascem com, significativamente, menos peso. Estes dados sublinham o carácter de risco definido à priori no estudo.

Recorrendo ao mesmo processo estatístico não paramétrico (porque a normalidade não foi obtida nas escalas por grupo) obtivemos as seguintes diferenças significativas:

- a sensibilidade materna (U-Mann Whitney = 27500; $p < .001$) e a cooperação infantil (U-Mann Whitney = 46000; $p < .05$) são superiores nas díades sem risco do que nas díades em risco ;
- comparativamente às díades sem risco, o controlo materno (U-Mann Whitney = 42000; $p < .05$) e a dificuldade infantil (U-Mann Whitney = 5500; $p < .05$) obtêm pontuações mais elevadas nas díades em risco socioeconómico.

4.4. Dados da qualidade da interação mãe-filho(a) por díade

Atendendo ao baixo número participantes os dados pudemos analisar os dados quantitativamente mas também qualitativamente (através de narrativas - com detalhe e descrição caso a caso). Começamos pelos dados quantitativos das díades (quadro 4.6) que nos permitem aferir aquelas com melhor e pior score para posterior análise descritiva (quadro 4.7 e 4.8).

Quadro 4.6 – Resultados do CARE-Index por díade

Díades	Mãe	Bebé	Média diádica
1	Sensibilidade – 8 Controlo - 0 Passividade – 6	Cooperativo – 7 Difícil – 0 Passivo – 7 Defensivo – 0	8
2	Sensibilidade – 12 Controlo - 2 Passividade – 0	Cooperativo – 11 Difícil – 2 Passivo – 1 Defensivo – 0	12
3	Sensibilidade – 8 Controlo - 2 Passividade – 4	Cooperativo – 4 Difícil – 4 Passivo – 3 Defensivo – 1	6
4	Sensibilidade – 9 Controlo - 5 Passividade – 0	Cooperativo – 9 Difícil – 0 Passivo – 5 Defensivo – 0	9
5	Sensibilidade – 5 Controlo - 3	Cooperativo – 8 Difícil – 0	6

	Passividade – 4	Passivo – 6 Defensivo – 0	
6	Sensibilidade – 11 Controlo - 1 Passividade – 2	Cooperativo – 9 Difícil – 0 Passivo – 4 Defensivo – 1	10
7	Sensibilidade – 9 Controlo - 0 Passividade – 5	Cooperativo – 7 Difícil – 2 Passivo – 5 Defensivo – 0	8
8	Sensibilidade – 11 Controlo - 1 Passividade – 2	Cooperativo – 6 Difícil – 8 Passivo – 0 Defensivo – 0	9
9	Sensibilidade – 10 Controlo - 3 Passividade – 1	Cooperativo – 4 Difícil – 2 Passivo – 8 Defensivo – 0	7
10	Sensibilidade – 9 Controlo - 5 Passividade – 0	Cooperativo – 12 Difícil – 0 Passivo – 2 Defensivo – 0	11
11	Sensibilidade – 13 Controlo - 1 Passividade – 0	Cooperativo – 12 Difícil – 2 Passivo – 2 Defensivo – 0	13
12	Sensibilidade – 11 Controlo - 3 Passividade – 0	Cooperativo – 12 Difícil – 0 Passivo – 2 Defensivo – 0	12
13	Sensibilidade – 4 Controlo - 10 Passividade – 0	Cooperativo – 3 Difícil – 0 Passivo – 6 Defensivo – 5	4
14	Sensibilidade – 6 Controlo - 2 Passividade – 6	Cooperativo – 6 Difícil – 7 Passivo – 1 Defensivo – 0	6
15	Sensibilidade – 7 Controlo - 4 Passividade – 3	Cooperativo – 4 Difícil – 0 Passivo – 10 Defensivo – 0	6
16	Sensibilidade – 12 Controlo - 2 Passividade – 0	Cooperativo – 14 Difícil – 0 Passivo – 0 Defensivo – 0	13
17	Sensibilidade – 5 Controlo - 7 Passividade – 2	Cooperativo – 4 Difícil – 6 Passivo – 4 Defensivo – 0	5
18	Sensibilidade – 8	Cooperativo – 3	6

	Controlo - 4 Passividade - 2	Difícil - 0 Passivo - 11 Defensivo - 0	
19	Sensibilidade - 3 Controlo - 3 Passividade - 8	Cooperativo - 0 Difícil - 14 Passivo - 0 Defensivo - 0	2
20	Sensibilidade - 9 Controlo - 3 Passividade - 2	Cooperativo - 4 Difícil - 0 Passivo - 10 Defensivo - 0	7
21	Sensibilidade - 9 Controlo - 1 Passividade - 4	Cooperativo - 4 Difícil - 0 Passivo - 10 Defensivo - 0	7
22	Sensibilidade - 3 Controlo - 4 Passividade - 7	Cooperativo - 0 Difícil - 4 Passivo - 10 Defensivo - 0	2
23	Sensibilidade - 4 Controlo - 8 Passividade - 2	Cooperativo - 0 Difícil - 14 Passivo - 0 Defensivo - 0	2
24	Sensibilidade - 5 Controlo - 1 Passividade - 8	Cooperativo - 3 Difícil - 0 Passivo - 11 Defensivo - 0	4
25	Sensibilidade - 5 Controlo - 9 Passividade - 5	Cooperativo - 7 Difícil - 7 Passivo - 0 Defensivo - 0	6
26	Sensibilidade - 5 Controlo - 7 Passividade - 2	Cooperativo - 6 Difícil - 0 Passivo - 8 Defensivo - 0	6
27	Sensibilidade - 4 Controlo - 8 Passividade - 2	Cooperativo - 12 Difícil - 0 Passivo - 2 Defensivo - 0	8
28	Sensibilidade - 7 Controlo - 7 Passividade - 0	Cooperativo - 1 Difícil - 0 Passivo - 13 Defensivo - 0	4
29	Sensibilidade - 6 Controlo - 8 Passividade - 0	Cooperativo - 7 Difícil - 5 Passivo - 0 Defensivo - 2	7
30	Sensibilidade - 2 Controlo - 3 Passividade - 9	Cooperativo - 2 Difícil - 11 Passivo - 1 Defensivo - 0	2

No intuito de procurar denominadores comuns entre as díades de risco e sem risco, realizamos as narrativas caso a caso das díades mais representativas destes grupos. Estas narrativas foram realizadas com base no guião da escala CARE-Index e registamos comportamentos comuns nos dois grupos (*scores* mais baixos e *scores* mais elevados), ilustrando-os com exemplos observados nos vídeos. O critério usado para a seleção dos casos a analisar qualitativamente teve como base a pontuação da Escala de Sensibilidade Diádica do manual CARE-Index. Desta forma, no quadro das díades com *scores* mais baixos foram colocadas as díades com médias diádicas entre os 0 e os 6 e no quadro dos *scores* mais elevados as díades com médias diádicas com pontuação entre 11 e 14. Os quadros seguintes (4.7 e 4.8) sintetizam a informação recolhida.

Quadro 4.7 – Análise Descritiva da interação nas díades com *scores* mais baixos

Díade	Síntese de qualidade da interação (segundo o guião da Escala CARE-Index)	Descrição	Exemplos	Pontuação média diádica com a Escala CARE-Index
5	Problemas claros e não resolvidos: jogo limitado mas sem sinais de hostilidade ou falta de empatia (ausência de resposta).	<ul style="list-style-type: none"> • Sorriso inalterável. • Discurso com falta de entoação. • Não mais de 2 ou 3 momentos não intensivos de intrusão. • Adulto atento mas sem oferecer muita brincadeira. • Atividade quase inexistente ou aborrecida. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe manteve a mesma expressão durante toda a interação. • Muitos momentos de silêncio e falou sempre com a mesma entoação. • Não incentivou o bebé à brincadeira • O bebé passou a maior parte do tempo ao colo quase sem estar em contato com o rosto da mãe. 	6
13	Clara falta de empatia, contudo, algumas tentativas (insuficientes ou mal sucedidas) de responder à criança:	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão autoconsciente. • Entoação excessiva, soando a artificial. • Respostas afetivas 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe olhou várias vezes, pelo canto do olho, para a câmara e manteve sempre a mesma expressão. • Beijinhos muito 	4

	jogo sem qualidade.	exageradas na sua intensidade. • A resposta materna é demasiado rápida que não espera pela vez da criança	repenicados. • A mãe mudou de atividade sem esperar por uma resposta do bebé.	
14	Problemas claros e não resolvidos: jogo limitado mas sem sinais de hostilidade ou falta de empatia (ausência de resposta).	• Mãe atenta, mas com momentos de incongruência relativamente ao humor do bebé. • Respostas vocais pouco adequadas, com um discurso excessivamente elaborado. • Respostas afetivas raras. • Ausência de jogo por parte da figura materna. • Ausência de uma estratégia motivadora da criança.	• A mãe riu-se quando o bebé chorava e permaneceu séria a maior parte do tempo enquanto o bebé brinca. • A mãe assistiu aos movimentos do bebé, não incentivando a brincadeira.	6
17	Problemas claros e não resolvidos: jogo limitado mas sem sinais de hostilidade ou falta de empatia (ausência de resposta).	• Períodos de passividade ou perplexidade por parte da figura materna. • Tom pouco expressivo e discurso monótono. • Não é oferecida nenhuma atividade.	• Por várias vezes, a mãe permaneceu algum tempo sem interagir com o bebé. • A mãe falou sempre no mesmo tom e não motiva p bebé.	5
19	Clara falta de empatia, contudo, algumas tentativas (insuficientes ou mal sucedidas) de responder à criança: jogo sem qualidade.	• Períodos de incongruência relativamente ao humor do bebé. • Respostas afetivas positivas, mas raras. • A atividade é quase inexistente e demasiado aborrecida. • Respostas vocais	• A mãe sorriu e deu uma gargalhada quando o bebé chorou. • Quando o bebé começou a chorar a voz da mãe tornou-se mais estridente.	2

		adequadas mas com períodos de voz demasiado alta e estridente.		
22	Clara falta de empatia, contudo, algumas tentativas (insuficientes ou mal sucedidas) de responder à criança: jogo sem qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão autoconsciente. • Pouca vocalização e pausas vazias entre os instantes de interação. • Não é oferecida nenhuma atividade. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe manteve sempre a mesma expressão durante a interação e olhou algumas vezes para a câmara pelo canto do olho. • A mãe falou sempre num tom de sussurro com o bebé e apenas se limitou a olhar para ele durante toda a interação. 	2
23	Clara falta de empatia, contudo, algumas tentativas (insuficientes ou mal sucedidas) de responder à criança: jogo sem qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Verbalizações pouco frequentes. • Respostas afetivas pouco contingentes. • Resposta materna muito rápida sem esperar pela resposta do bebé. • Alguns (não mais de 3) toques intrusivos não intensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beijinhos muito repenicados num momento em que tentava acalmar o bebé. • Mudou o posicionamento do bebé apenas consoante a sua própria vontade. • O bebé tentou levar a mãe à boca e a mãe não permitiu, prendendo-lhe a mãe atrás das costas. 	2
24	Problemas claros e não resolvidos: jogo limitado mas sem sinais de hostilidade ou falta de empatia (ausência de resposta).	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção estática, sem mudanças de expressão. • Discurso com falta de entoação. • Ausência de respostas afetivas. • Ausência de atividade. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe manteve sempre a mesma expressão neutra durante toda a interação e falou num tom sussurrante. • A mãe não motivou a criança, que esteve sempre alheia à interação. 	4
25	Problemas claros e não resolvidos: jogo limitado mas sem sinais de hostilidade ou falta de empatia (ausência de resposta).	<ul style="list-style-type: none"> • Momentos de incongruência relativamente ao humor do bebé. • Ausência de vocalizações maternas ou uso de 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe riu-se quando o bebé chorou. • Falou num tom muito baixo e verbalizou algumas observações negativas. • A meio da interação 	6

		<p>uma voz sussurrante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respostas afetivas raras. • O bebê é colocado em posições desconfortáveis e é manipulado de uma forma desagradável. 	<p>o bebê chorou e para tentar “acalmá-lo”, a mãe abanou-o bruscamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A mãe colocou o bebê em pé, segurando-o apenas pelas mãos e sentou-o bruscamente puxando-o pelos braços. 	
26	<p>Problemas claros e não resolvidos: jogo limitado mas sem sinais de hostilidade ou falta de empatia (ausência de resposta).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Momentos de perplexidade. • Respostas afetivas positivas, mas exageradas na sua intensidade. • Resposta materna demasiado rápida e diretiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • A meio da filmagem a interação foi interrompida a interação verbal pela mãe que permaneceu em silêncio durante vários segundos a olhar para o bebê, escondendo-se da câmara. • Beijos muito repenicados que distraíram a criança da atividade. • Quando o bebê finalmente manipulou um brinquedo a mãe manipulou as mãos do bebê e interrompeu a atividade. 	6
30	<p>Total falha em perceber ou tentar acalmar o estado de perturbação da criança: não há jogo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Figura materna aparentemente feliz, mas incongruente com o humor do bebê. • Manipulação desagradável para o bebê. • Não se verifica reciprocidade ou jogo. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe passou mais tempo a sorrir para a câmara do que a olhar para o bebê. • Tirando alguns sons para tentar que o bebê não chore, a mãe não verbalizou qualquer palavra durante toda a interação. • A mãe manipulou as mãos do bebê e agitou-o bruscamente. 	2

Quadro 4.8 – Análise Descritiva da interação nas díades com *scores* mais elevados

Díade	Descrição do nível de sensibilidade (de acordo com a Escala de Sensibilidade do CARE-Index)	Indicadores de qualidade	Exemplos	Pontuação média diádica com a Escola CARE-Index
2	Interação suave e agradável: jogo e partilha de afeto positivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe responsiva à situação e ao humor do bebé. • Expressão vocal calorosa, gentil e ritmada. • Mãe segura o bebé confortavelmente e de modo a ver o seu rosto. • A atividade é tanto flexível como agradável. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe conversou serenamente com o bebé. • A mãe escolheu um brinquedo adequado e motivou o bebé a manipulá-lo. 	12
10	Interação suave e agradável: jogo e partilha de afeto positivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe responsiva à situação e ao humor do bebé. • Expressão vocal calorosa, gentil e ritmada. • Respostas afetivas positivas e contingentes com o comportamento do bebé. • A mãe procura estabelecer sequências recíprocas e interativas, apresentando jogos adequados ao desenvolvimento do bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe interagiu com o bebé de uma forma alegre e espontânea e esperou pelas respostas. • O bebé esteve sempre alegre e sorriu várias vezes para a mãe. • Mãe e bebé mantiveram sempre contato ocular. 	11
11	Dança: estão mutuamente deliciados e	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe atenta, disponível, alegre e com uma expressão 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe e bebé mostraram-se sempre alegres. 	13

	partilham uma alegria conjunta.	<p>facial adequada à atividade e humor do bebé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressão vocal adequada em volume, no timbre e nos conteúdos. Coerente com o humor da criança. • Respostas afetivas positivas e contingentes com o comportamento do bebé. • Mãe coloca o bebé de frente para si e manipula-o gentilmente. • A mãe procura estabelecer sequências recíprocas e interativas, apresentando jogos adequados ao desenvolvimento do bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe cantou e falou sempre de uma forma melodiosa e agradável. • A mãe colocou sempre o bebé com o rosto virado para si, manipulando-o sempre gentilmente. • A mãe apresentou numa atmosfera de prazer, brincadeiras adequadas ao desenvolvimento do bebé. 	
12	Interação suave e agradável: jogo e partilha de afeto positivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe responsiva à situação e humor do bebé. • Expressão vocal calorosa, gentil e ritmada. • Mãe coloca o bebé confortavelmente e de modo a ver o seu rosto. • A mãe apresenta numa atmosfera de prazer, brincadeiras adequadas ao desenvolvimento do bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe mostrou-se sempre calorosa e gentil com o bebé. • Utilizou vários brinquedos, incentivando o jogo e esperando sempre uma resposta por parte do bebé. 	12
16	Interação suave e agradável: jogo e partilha de afeto	<ul style="list-style-type: none"> • Expressão autoconsciente mas de genuína felicidade 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe manteve sempre um sorriso genuíno durante a 	13

	positivo.	<p>durante o contato ocular.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expressão vocal calma, gentil e ritmada. • Respostas afetivas positivas e contingentes com o comportamento do bebé. • A mãe coloca o bebé de frente para si e manipula-o gentilmente. • Mãe e bebé jogam de um modo recíproco. 	<p>interação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A mãe falou e cantou alegremente para o bebé. • A mãe falou serenamente e olhou ternamente para o bebé. 	
--	-----------	--	--	--

Comparando os dois grupos da amostra (sem risco e com risco) encontramos apenas uma díade do grupo sem risco na tabela dos *scores* mais baixos e, por sua vez, encontramos apenas uma díade do grupo com risco na tabela dos *scores* mais elevados.

Sintetizando o quadro 4.7, encontramos comportamentos maternos que não permitiram encontrar um fio condutor que permitisse uma relação satisfatória e comportamentos infantis que revelaram dificuldade ou desinteresse.

Relativamente ao quadro 4.8, dos *scores* mais elevados, encontramos comportamentos maternos mais responsivos às necessidades imediatas dos bebés e comportamentos infantis mais cooperativos e menos difíceis.

Capítulo 5 – Discussão dos Resultados

O objetivo deste trabalho era analisar indicadores de risco e de qualidade do comportamento materno em jogo livre e gerar alguns indicadores úteis aos profissionais na primeira infância

Apesar do tamanho da amostra ser relativamente pequeno, encontra-se alguma variabilidade nos comportamentos maternos e infantis. Sensivelmente metade das mães apresentou um nível adequado de interação, tendo combinado bons momentos de interação com períodos mais passivos ou menos adequados às necessidades imediatas das crianças. Não obstante, a média total de sensibilidade neste estudo (mesmo para as díades sem risco) é inferior à média observada em estudos nacionais prévios (Faria & Fuertes, 2007; Fuertes et al., 2010).

As crianças apresentaram, igualmente, um baixo *score* de comportamentos cooperativos. Contudo se separarmos por grupos de estudo, a média aumenta no grupo das díades sem risco. Por outro lado, a dificuldade infantil apresentou uma média total superior ao comportamento cooperativo, valor que aumentou quando comparamos os grupos de risco e sem risco, tendo sido superior nas díades em risco.

Tendo em conta a faixa etária das crianças em estudo, há que ter em conta que a dificuldade infantil, para além dos aspetos diádicos, poderá também ser explicada por fatores constitucionais como cólicas, problemas de índole regulatória, entre outros (Fuertes, et al., 2010). Por outro lado Weinberg e Tronick (1996 in Feldman, 2007) demonstraram que entre os 2 e os 3 meses de idade, as interações entre pais e filhos começam já a mostrar uma clara estrutura temporal, em termos de correspondência de comportamentos e relações sequenciais.

Os resultados não surpreenderam ao revelarem que as díades mãe-filho(a) sem condições assinaláveis de risco tinham interações mais positivas, recíprocas e ajustadas à idade das crianças do que as díades sujeitas a condições de risco (ver revisão Fuertes, et al., 2010), mas reforçam a necessidade de atuação nestes grupos.

Tal como foi demonstrado noutros trabalhos, também no presente estudo o comportamento materno sensível e responsivo esteve associado ao comportamento

cooperativo infantil, o que vai de encontro a um corpo de conhecimento associado à perspectiva transacional de Sameroff e Fiese (2000) ou de maturação dinâmica de Crittenden (1999, in Fuertes, 2005) que têm indicado que a interação mãe-filho(a) satisfatória e recíproca consiste num contributo conjunto e sincronizado dos dois intervenientes.

Em suma os comportamentos maternos de risco observados são:

- a) Interações demasiado rápidas que não esperam pela resposta da criança;
- b) Vários momentos de incongruência relativamente ao humor demonstrado pelo bebé;
- c) Ausência de reciprocidade e de jogo;
- d) Respostas afetivas raras ou com demasiada intensidade.

Encontramos, associados a estes comportamentos maternos, comportamentos infantis como:

- a) Choro;
- b) Verbalizações tristes, murmúrios;
- c) Evitamento ocular;
- d) Recusa da interação;
- e) Olhar distante.

Os comportamentos maternos sensíveis, adequados e que suportam as respostas da criança foram:

- a) Expressão vocal calma, gentil e ritmada;
- b) Respostas afetivas positivas e contingentes com o comportamento do bebé;
- c) Apresentação, numa atmosfera de prazer, de brincadeiras adequadas ao desenvolvimento do bebé;
- d) Postura atenta, disponível, alegre e com uma expressão facial adequada à atividade e humor do bebé.

Por outro lado, encontramos os seguintes comportamentos infantis associados aos comportamentos sensíveis maternos:

- a) Verbalizações positivas;
- b) Sorrisos;

- c) Disponibilidade afetiva;
- d) Olhares cúmplices;
- e) Postura descontraída, favorável à interação;
- f) Choro;
- g) Protesto.

Esta variabilidade de comportamentos encontrados, como resposta aos comportamentos sensíveis da mãe, vai de encontro ao modelo da maturação dinâmica (Crittenden, 1999 in Fuertes, 2005) que preconiza que numa criança segura é possível observarem-se todas as possibilidades comportamentais: satisfação, coerção, procura de proximidade ou evitamento. As respostas de coerção e evitamento são passageiras e contingentes com situações muito específicas.

No apoio às famílias de risco sugerimos em primeiro lugar que se aposte em modelos preventivos, sendo que a legislação nacional prevê iniciativas preventivas e a deteção precoce do atraso de desenvolvimento (Decreto-Lei nº 281/2009).

De acordo com a literatura, a prevenção pode ser eficaz se realizada antes ou desde o nascimento, através de programas de aconselhamento parental, reforçando as competências parentais e informando os pais acerca do desenvolvimento infantil. Em famílias de risco, para além destas medidas, os pais podem necessitar de respostas específicas como psicoterapia, terapia familiar ou integrar grupos de pais (Fuertes, 2011a; Fuertes, 2012), existindo alguns programas como o *Touchpoints* ou *Secure of Circle*, abordados na revisão de literatura, que se dirigem a pais, com o objetivo de restaurar a base segura e modificar as suas representações sobre a infância.

Por outro lado, avanços das neurociências sugerem que as intervenções que melhoram a saúde mental, o desempenho das funções executivas, e as capacidades de autorregulação de mães vulneráveis, com início logo a partir da gravidez, parecem resultar em estratégias promissoras para proteger o cérebro em desenvolvimento dos seus filhos (Shonkoff, 2011).

Os resultados de programas como o *Touchpoints* ou *Secure of Circle*, revelam que a intervenção é mais eficaz se for limitada no tempo, dirigida para objetivos concretos

e focada nos pais, com o objetivo de modificar representações, promover a sua autoestima e o reforço da sua competência parental (Fuertes, 2011b).

Sugere-se, ainda, em termos de intervenção, com base em indicadores como os expostos neste trabalho, que se deve começar por reparar traumas passados do adulto, apoiando-o na reestruturação das suas representações acerca de si próprio, do seu filho e da natureza das relações entre pais e filhos (Greensberg, 2005 in Fuertes, 2011b). É, igualmente, fundamental ter em consideração que as díades de baixo e alto risco requerem estratégias diferentes, pois quanto maior o risco, maior terá que ser a individualização do processo e a adequação dos métodos (Cooper et al., 2005 in Fuertes, 2011b).

Por fim, sublinhamos a extrema importância de intervir cedo, pois de acordo com a *National Association for the Young Children* (NAEYC, 2009 in Pimentel, 2011), as experiências precoces têm efeitos profundos no desenvolvimento e aprendizagem das crianças e as relações positivas com adultos significativos e responsivos promovem o desenvolvimento individual, para além de que uma vez ocorrido o trauma, a reparação é morosa e nalguns casos não total (Ainsworth & Eichberg, 1991; Greenberg, 2005 in Fuertes, 2012).

III – Considerações Finais

O presente trabalho pretendeu estudar alguns indicadores de qualidade e de risco que possam contribuir para a construção de um guião para o comportamento materno sensível, a aplicar na intervenção direta.

Na esteira da literatura da vinculação, o estudo indicou que as díades mãe-filho(a) sem condições assinaláveis de risco apresentam interações mais positivas, recíprocas e ajustadas à idade das crianças do que as díades sujeitas a condições de risco e que o comportamento materno sensível e responsivo surge associado ao comportamento cooperativo infantil e negativamente correlacionado com a dificuldade infantil, enquanto que a postura controladora, diretiva ou punitiva da mãe surge positivamente correlacionada com a submissão e evitamento infantil.

Este estudo permitiu analisar qualitativamente comportamentos maternos sensíveis, adequados e que suportam as respostas da criança e comportamentos maternos de risco, bem como os comportamentos infantis que surgiram associados às diferentes respostas maternas.

Julgamos ter contribuído para a reflexão sobre a importância da aplicação de modelos preventivos na intervenção precoce, bem como sobre os modelos atuais de intervenção, baseados em evidências empíricas.

Contudo, a generalização destes resultados na construção efetiva de um guião requereria uma amostra maior e um outro desenho experimental mais abrangente e pormenorizado.

Para finalizar, especulamos que o estudo se alia à maioria da literatura da vinculação que indica que a compreensão da relação entre pais e filhos é essencial para o sucesso das práticas de intervenção precoce.

Referências Bibliográficas

- Aguiar, C. (2009). *Comportamentos Interactivos Maternos e Envolvimento da Criança*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Almeida, I. C. (2009). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal – Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e da Família*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.
- Almeida, I. C. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1(XXII),65-72.
- Bairrão, J. & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em Intervenção Precoce. *Psicologia*, 17(1), 15-29.
- Bairrão, J. & Almeida, I.C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Beeghly, M., Fuertes, M., Liu, C.H., Delonis, S. & Tronick, E. (2010). *Maternal Sensivity in Dyadic Context: Mutual Regulation, Meaning-Making, and Reparation*. D.W. Davis & M.C. Logsdon (Eds). *Maternal sensitivity: A scientific foundation for practice*. Hauppauge (pp. 59-83). NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M., Powers, B. P. & Wang, X. (2001). Parental Sensivity, Infant Affect, and Affect regulation: Predictors of Later Attachment. *Child Development*, 72 (1), 252-270.
- Brazelton, T.B. & Sparrow, J. (2003). The Touchpoints Model of Development. <http://www.battlecreekenquirer.com/assets/pdf/A51821211122.PDF>.
- Crittenden, P. M. (2003). *CARE-Index Manual* (não publicado).
- Decreto Conjunto nº 891/99, de 13 de Agosto de 1999. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Decreto-Lei nº 281/2009 (DR, I série, nº 193) para a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

- Faria, A. & Fuertes, M. (2007). Reactividade Infantil e a qualidade da interacção mãe-filho. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), 613-623.
- Feldman, R. (2007). Parent-Infant synchrony and the construction of share timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 329-354.
- Fuertes, M. (2012). Vários olhares sobre as diferenças na vinculação e contributos para a intervenção precoce. *Da investigação às Práticas*, 2, 22-50.
- Fuertes, M., Justo, M., Barbosa, M., Leopoldo, L., Lopes, J. Gomes Pedro, J. & Sparrow, J. (2012). Infants prematurely born: Socio-emotional Development and Early Intervention. Diogo Contreiras and Johann Sampaio (Eds.) In *Preterm Infants: Development, Prognosis and Potential Complications* (pp.100-125). NY: Nova Science Publishers, Inc. Online: https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=30646.
- Fuertes, M. (2011a). *Intervenção Precoce: Em que perspectiva? Educação dos 0 aos 3 anos*. Atas do Conselho Nacional de Educação (pp. 117-119).
- Fuertes, M. (2011b). A outra face da investigação: Histórias de vida e práticas de intervenção precoce. *Da investigação às Práticas*, 2 (online), 1 (1), 89-109.
- Fuertes, M., Faria, A., Soares, H. & Oliveira-Costa, A. (2010). Momentos de Interacção em que as Emoções se Apre(e)ndem: Estudo Exploratório sobre a Prestação Materna e Infantil em Jogo Livre. *Psicologia USP*, 833-857.
- Fuertes, M., Lopes-dos-Santos, P., Beeghly, M. & Tronick, E. (2009). Infant Coping and Maternal Interactive Behavior Predict Attachment in a Portuguese Sample of Healthy Preterm Infants. *European Psychologist*, 14, 320-331.
- 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. (2005). *Rotas da vinculação: O desenvolvimento do comportamento interactivo e a organização da vinculação no primeiro ano de vida do bebé*

prematureo. Tese não publicada. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Gronita, J. Matos, C., Pimentel, J., Bernardo, A. C. & Marques, J. D.(2011). O Processo de construção de Boas Práticas. http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/PGDH_RelBoasPraticas.pdf.

Pederson, D. R. & Moran, G. (1996). Expressions of the Attachment Relationship Outside of the Strange Situation. *Child Development*, 67, 915-927.

Pimentel, J. (2011). *Atendimento e Intervenção Precoce a Crianças em Risco dos 0 aos 3 Anos: Em Busca da Qualidade*. Atas do Conselho Nacional de Educação (pp. 121-135).

Pimentel, J. (2004). Avaliação de Programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*, 22, 1, 65-72.

Pimentel, J. (1999). Reflexões sobre a avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*, 1 (XVII), 143-152.

Pimentel, J. (1998). Um bebé diferente. *Análise Psicológica*, 1 (XVI), 49-64.

Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation and early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press

Shonkoff, J. P. (2011). Protecting Brains, Not Simply Stimulating Minds. *Science*, 333, 982-983.

SNIPI (2010). Critérios de Elegibilidade. www.drealg.min-edu.pt/upload/docs/dsapoe_criterios_elegebilidade.pdf.