



Instituto Politécnico de Lisboa

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE LISBOA

**INDICADORES DE RESILIÊNCIA NA CRIANÇA E
SUA RELAÇÃO COM A PERCEÇÃO DE RISCO E
QUALIDADE DE VINCULAÇÃO NOS
PRESTADORES DE CUIDADOS, EM
CRIANÇAS/FAMÍLIAS COM OU SEM
INTERVENÇÃO PRECOCE**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa
para obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação

Especialidade: Intervenção Precoce

Paula Susana Coelho Coutinho Tormenta

2013



Instituto Politécnico de Lisboa

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE LISBOA

**INDICADORES DE RESILIÊNCIA NA CRIANÇA E
SUA RELAÇÃO COM A PERCEÇÃO DE RISCO E
QUALIDADE DE VINCULAÇÃO NOS
PRESTADORES DE CUIDADOS, EM
CRIANÇAS/FAMÍLIAS COM OU SEM
INTERVENÇÃO PRECOCE**

ORIENTADOR DE DISSERTAÇÃO: PROFESSOR DOUTOR JOÃO ROSA

COORIENTADOR DE DISSERTAÇÃO: MESTRE TIAGO ALMEIDA

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa
para obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação

Especialidade: Intervenção Precoce

Paula Susana Coelho Coutinho Tormenta

2013

Índice

Resumo	5
Abstract	6
Agradecimentos	7
Lista de tabelas	9
Lista de abreviaturas	10
Introdução	11
Parte I	13
Revisão da Literatura	13
Capítulo I - Resiliência e competências no desenvolvimento da criança	14
1.1- O conceito de resiliência	14
1.2 - Resiliência: Conceito interativo e multivariado	16
1.3 - Resiliência e o contexto familiar	19
1.4 - Resiliência e capacidade de autonomia na criança	21
1.5- Resiliência e capacidade de interação social, na criança	21
Capítulo II – Resiliência na criança e qualidade da vinculação no prestador de cuidados (pais)	25
2.1 - Conceito e padrões de vinculação	25
2.2 - Importância da qualidade da vinculação no adulto	29
Capítulo III – A Intervenção Precoce (IP)	32
3.1- Enquadramento legal e critérios de elegibilidade	32
3.2- Modelos de Intervenção em IP	34
3.3- Importância do desenvolvimento da resiliência na intervenção precoce	37
Parte II	40
Estudo Empírico	40
Capítulo IV - Metodologia	41
4.1- Objetivos do estudo	41
4.2- Questões de investigação:	41
4.3. Participantes	41
4.4- Variáveis do estudo	43
4.5 – Materiais e Procedimentos	44
Capítulo V - Resultados	47
5.1. Questão de investigação nº 1	47
5.2- Questão de investigação nº 2	48
5.3 – Questão de investigação nº 3	49

5.4 – Questão de Investigação nº 4	50
5.5- Questão de Investigação nº 5	51
5.6 – Questão de Investigação nº 6	52
5.7 – Síntese de resultados	53
Capítulo VI – Conclusões e Discussão	54
Limitações e dificuldades sentidas	60
Referências bibliográficas	61
Anexos dos instrumentos de resiliência	78
GSII “The Schedule of Growing Skills II” (Bellman, Lingam e Aukett, 1996)	78
CBCL Questionário do Comportamento da Criança (para Pais) 4 a 18 anos (1991 adaptado pelo Núcleo de Psicologia-Departamento de Pediatria HFF).	90
TRF Questionário do Comportamento da criança, Relatório do Professor, (1991 adaptado pelo Núcleo de Psicologia-Departamento de Pediatria HFF).	98
Anexos do instrumento de Vinculação do prestador de cuidados (EVA) M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da Adult Attachment Scale-R Collins & Read, 1990	104

Resumo

Este estudo tem dois objetivos. O primeiro, avaliar se os indicadores de resiliência da criança (capacidades de autonomia e de interação social) e os de percepção de risco dos prestadores de cuidados variam em função de a criança / família estar ou não associada a um programa de Intervenção Precoce. O segundo, saber se há alguma relação entre a qualidade da vinculação dos pais e a resiliência na criança.

Várias investigações (Rutter, 2006; Walsh, 1998; Yunes, Miranda & Cuelo, 2004) demonstram que alguns indicadores de desenvolvimento infantil como por exemplo, as capacidades de autonomia e de interação social são variáveis importantes para a avaliação e promoção de resiliência. Num modelo de trabalho transdisciplinar com a criança / família que recebe Intervenção Precoce (IP) será importante verificar em que medida os diferentes intervenientes percebem os riscos de desenvolvimento e se existe uma percepção semelhante entre pais e educadores. Outra dimensão que pode influir na relação destas variáveis é, por exemplo, a qualidade da vinculação do adulto como modelo interno de representação da base segura (Vaughn, 2001) para a criança.

Trata-se de um estudo transversal. As medidas referentes à resiliência da criança, às percepções de risco dos prestadores de cuidados e de qualidade de vinculação dos pais foram baseadas em escalas de desenvolvimento e em questionários.

Os participantes foram quarenta crianças, respetivas famílias e educadores de infância, dezanove com Intervenção Precoce e vinte e uma sem Intervenção Precoce. Encontram-se diferenças significativas, com valores significativamente superiores nas capacidades de autonomia e de interação social nas crianças sem IP. Verificaram-se diferenças nas percepções de risco entre pais e educadores, com valores significativos apenas nestes últimos quando comparados os grupos. Não se verificaram quaisquer relações entre a qualidade da vinculação do adulto e resiliência na criança.

Conclui-se que é necessário prestar atenção particular à promoção da resiliência na criança enquanto fator protetor do seu desenvolvimento e melhorar a relação transdisciplinar, centrada na família, nas intervenções em IP.

Palavras-chave: Resiliência na criança, Fatores de risco, Qualidade da vinculação no adulto.

Abstract

This study has two aims. First, to evaluate whether the indicators of children's resilience (abilities to become autonomous and to interact socially) and risk perceptions of parents and pre-school teachers, vary as a function of children's receiving or not Early Intervention. Second, to evaluate whether there is a relation between parents quality of attachment and children's resilience.

Research has shown that children's abilities to become autonomous and to interact socially do relate to the construction of resilience (Rutter, 2006; Walsh, 1998; Yunes, Miranda & Cuelo, 2004). Parents and pre-school teachers may evaluate developmental risks differently. It will be important to verify whether their evaluations relate to children's resilience and what is the impact on a transdisciplinary approach to families who have a child on an Early Intervention programme. Assessing the quality of parents attachment may also have an impact on how they deal with their children, how they become an adequate internal secure base model (Vaughn, 2001).

This is a cross-sectional study. Measures of children's resilience, parents and pre-school teachers developmental risk perceptions and quality of attachment of parents were taken through developmental scales and questionnaires.

Forty children, their parents and pre-school teachers participated in the study. Nineteen children were enrolled in an Early Intervention programme. Twenty one were not.

Children not receiving Early Intervention got significantly higher scores on their abilities to become autonomous and socially interact with others. Risk developmental perceptions varied across parents and pre-school teachers with the latter showing significant differences across groups. There were no significant correlations between quality of adults attachment and children's resilience.

It is concluded that it is necessary to pay a particular attention to promoting children's resilience as a protective developmental factor and enhance transdisciplinary family-centred interventions.

Keywords: Children's resilience; Risk developmental factors; Adults quality of attachment.

Agradecimentos

Muito obrigado a todos aqueles que tornaram possível esta dissertação:

À minha família, sobretudo ao meu marido (meu pilar) e aos quatro filhotes.

Ao diretor do Agrupamento, à adjunta da direção e à coordenadora da educação especial.

Às famílias e crianças que participaram com enorme disponibilidade.

Às Educadoras de Infância dos Jardins de Infância da rede pública, IPSS e Creches.

Às Educadoras de Intervenção Precoce do agrupamento.

Às técnicas da Equipa Local de Intervenção (ELI), terapeuta da fala e fisioterapeuta.

Ao Orientador e ao Coorientador, pelo apoio na realização desta dissertação.

Uma representação minha, no trabalho com as famílias e crianças:

"Subjacente às palavras (...) está uma linguagem baseada em valores, crenças, perspectivas sobre o mundo, percepções e sentimentos. É esta a linguagem mais profunda que deve ser entendida" (Barrera, Biglan, Taylor, Gunn, Smolkowski, Black & Fowler, 2002).

“O tempo da criança não volta atrás. É o que se pode fazer em certo momento que fica e que vai servir de alicerce para o futuro” (Lemery, Goldsmith, Klinnert & Mrazek,1999).

Lista de tabelas

Tabela 1 – Média e desvio padrão da idade, frequência e gênero dos participantes do estudo, por grupo. (pag.42)

Tabela 2 – Média e desvio padrão das idades dos pais, em função dos grupos. (pag.43)

Tabela 3 - Média e desvio padrão da capacidade de *autonomia* (Growing Skills Profile) em função do grupo. (pag.46)

Tabela 4 – Média e desvio padrão da *capacidade de interação social* (Growing Skills Profile) em função do grupo. (pag.47)

Tabela 5 – Média e desvio padrão da percepção dos fatores de risco (pais), em função do grupo. (pag.48)

Tabela 6 – Média e desvio padrão da percepção dos fatores de risco (Educadores), em função do grupo. (pag.49)

Tabela 7 – Média e desvio padrão das respostas por item, no questionário de percepção dos fatores de risco (TRF) pelas educadoras. (pag.50)

Tabela 8 – Média e desvio padrão dos valores das tipologias de vinculação dos pais, em função do grupo. (pag.51)

Lista de abreviaturas

HFF- Hospital Fernando da Fonseca

IP - Intervenção Precoce

TRF - Questionário do Comportamento da criança, Relatório do Professor, (1991).

CBCL - Questionário do Comportamento da Criança (para Pais) 4 a 18 anos (1991).

SGSII - "The Schedule of Growing Skills II" (Bellman, Lingam e Aukett, 1996).

EVA - Escala de Vinculação do Adulto EVA..M.C. Canavarro; Versão Portuguesa. Da Adult Attachment Scale-R Collins & Read, 1990.

PPTC (modelo) - Pessoa, Processo, Tempo e Contexto

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce

EBR - Entrevista baseada nas rotinas

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

JI - Jardim de Infância

NEE - necessidades educativas especiais

M - média

DP - desvio padrão

JIRP - Jardim de Infância da rede Pública

JIIPSS - Jardim de Infância de Instituição particular de solidariedade social

JIP - Jardim de Infância particular

SNC- Sistema nervoso central

NBO/NBSA- Neonatal Behavioral Assessment Scale

Introdução

Este estudo tem dois objetivos. O primeiro, avaliar se os indicadores de resiliência da criança (capacidades de autonomia e de interação social) e os de percepção de risco dos prestadores de cuidados variam em função de a criança / família estar ou não associada a um programa de Intervenção Precoce. O segundo, saber se há alguma relação entre a qualidade da vinculação dos pais e a resiliência na criança.

Esta dissertação de mestrado surge na consequência de uma série de dúvidas e de “encantamentos” por certos temas / conceitos que foram sendo explorados ao longo do Mestrado de Intervenção Precoce, respetivamente os de resiliência e de vinculação.

Após as primeiras leituras considerámos o conceito da resiliência e vinculação intimamente ligados. O conceito de resiliência aparecia sempre associado à perspetiva que o outro tem do indivíduo. Tratando-se este indivíduo de crianças entre os 3 e 5 anos de idade, falamos maioritariamente e necessariamente do prestador de cuidados primários, que nestas idades, terá um vínculo privilegiado com a criança.

Quanto aos grupos que testámos surgem de um contexto educativo e social que são fruto de uma prática profissional, à luz de uma equipa transdisciplinar (crianças com IP) e uma rede de suporte formal alargada (crianças sem IP).

A dissertação tem duas partes com seis capítulos. A primeira parte, com três capítulos, refere-se à revisão de literatura, descrição de conceitos e estudos sobre resiliência, vinculação e Intervenção Precoce. A segunda parte, referente ao estudo empírico, será composta pelos outros três capítulos que remetem para o enquadramento metodológico, apresentação dos resultados, seguidos de sua análise e discussão.

Consciente de que as questões de investigação serão circunscritas à pequena amostra, considerámos, no entanto, que se conseguirmos justificar ou refutar aquilo que é evidência empírica nos estudos dos autores de referência, poderemos obter resultados interessantíssimos, um retrato aproximado da população que nos propomos estudar. Fazendo a devolução dos dados finais poderemos permitir que as expectativas de prestadores de cuidados e educadores sejam niveladas e permitam à equipa de IP uma intervenção adequada às necessidades de cada família e criança.

Na conclusão e discussão dos resultados apontam-se possíveis contributos, uma súmula de conceitos e de práticas, orientando para alguns temas bastante enfatizados na Intervenso Precoce.

O que proporemos ao longo deste percurso  fundamentalar práticas, verificar necessidades na área dos grupos em análise, para ir ao encontro, enquanto profissionais, das áreas fortes para potenciar as fracas. Esta  aliás, uma das linhas orientadoras da Intervenso Precoce.

Parte I

Revisão da Literatura

Capítulo I - Resiliência e competências no desenvolvimento da criança

1.1- O conceito de resiliência

“O significado que uma criança atribui a um acontecimento depende do nível de construção do seu aparelho psíquico” (Cyrulnik, 2003, p. 135).

Nesta secção introduz-se o conceito de resiliência, procurando compreender como tem evoluído.

Cyrulnik (2003), foi dos primeiros autores a escrever sobre resiliência, bastante associada ao contexto de adversidade e ao construto humano, referindo-se à metamorfose do trauma com a ressocialização do indivíduo. O que poderá traduzir-se na transformação da situação de adversidade, por parte do indivíduo com uma situação de socialização bem sucedida.

Cyrulnik (2003), intitulou a resiliência como *essa inaudita capacidade de construção humana*. O autor apresenta alguns exemplos de casos e num deles define a aquisição de recursos internos que permitem moldar temperamentos. No entanto, o meio afetivo vivido precocemente e a memória biológica também ajudam a explicar o mesmo comportamento.

Segundo Anthony e Cohler (1987), o conceito de resiliência foi definido inicialmente como um conjunto de traços de personalidade e de capacidades que tornavam invulneráveis as pessoas que passavam por experiências traumáticas e não desenvolviam doenças psíquicas, caracterizando assim, a qualidade de serem resistentes.

Mas Zimmerman e Arunkumar (1994) definem resiliência como uma “habilidade de superar adversidades, o que não significa que o indivíduo saia da crise ileso, como implica o termo invulnerabilidade” (p. 4).

Rutter (1987) define resiliência como uma “variação individual em resposta ao risco” (p. 135). Segundo ele, a resiliência “não pode ser vista como um atributo fixo do indivíduo”, e “se as circunstâncias mudam, a resiliência altera-se” (p. 317). “A resiliência não constitui uma característica ou traço individual” (p. 135).

Rutter (1991) entende a resiliência “como uma resposta global em que estão em jogo os mecanismos de proteção, entendendo por estes não a valência contrária aos fatores de risco, mas aquela dinâmica que permite ao indivíduo sair fortalecido da

adversidade, em cada situação específica, respeitando as características pessoais” (p.10). Segundo Rutter (1996), resiliência é um conceito relacionado com a adaptação e consiste em variações individuais em resposta aos fatores de risco. Também Rutter (1999) salienta a extensão e variedade das respostas psicológicas implicadas no conceito. Mas o foco de suas considerações mantém-se no indivíduo, em especial na criança.

Garnezy e Masten (1994) identificaram três fatores de proteção na promoção de resiliência em indivíduos: (1) características individuais, onde enfatiza a competência social; (2) apoio afetivo transmitido pelas pessoas da família, através de um vínculo positivo com os cuidadores; (3) apoio social externo provido por outras pessoas significativas, como por exemplo a escola.

Para Garnezy (1996), resiliência pode ser definida a partir da compreensão das consequências da exposição de adultos e crianças a fatores de risco: alguns podem desenvolver problemas, outros podem superar as adversidades, adaptando-se ao contexto.

De acordo com Grotberg, (1995) a resiliência será uma capacidade universal que permitirá a cada pessoa, grupo ou comunidade, prevenir, minimizar ou ultrapassar os efeitos nefastos de fatores ou condições de risco.

Um estudo desenvolvido por Martineau (1999) refere que “resiliência tem diferentes formas entre diferentes indivíduos em diferentes contextos, tal como acontece com o conceito de risco” (p. 103).

Luthar, Cicchetti e Becker (2000), definem resiliência como “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande adversidade” (p. 543). Essa definição, distingue três questões essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência:

1. A noção de risco no desenvolvimento humano;
2. A adaptação positiva à adversidade;
3. O processo no centro da dinâmica entre mecanismos (...) socioculturais que influem no desenvolvimento humano.

Luthar, Cicchetti e Becker (2000) reiteram que o termo “criança resiliente”, empregado por muitos autores, não se refere a atributos pessoais, mas sim à pressuposição de condições de resiliência, a saber:

- a) A presença de fatores de risco no bem-estar da criança;
- b) A adaptação positiva da criança, apesar das adversidades.

De acordo com os autores acima referidos, a acumulação de fatores de risco está associada a uma maior vulnerabilidade desenvolvimental. Inversamente, a acumulação de fatores de proteção está associada a uma maior resiliência desenvolvimental da criança com fatores de risco.

O conceito de resiliência, é ainda designado como a capacidade de "superar fatores de risco e desenvolver comportamentos adaptativos e adequados" (Garcia, 2001, p. 128).

Morgado (2001) refere que "somos sujeitos com capacidades psíquicas diferenciadas para o enfrentamento das adversidades da vida (...)" (p.52).

Martineau (1999) considera como características fundamentais da resiliência a sociabilidade, a criatividade para solucionar problemas e um senso de autonomia e de proposta.

Segundo Koller (2000), a capacidade de resiliência depende das características individuais e ambientais que podem variar ao longo da vida.

1.2 - Resiliência: Conceito interativo e multivariado

Frequentemente, estuda-se o desenvolvimento humano pelos padrões de adaptação individual da criança associados ao ajustamento apresentado na idade adulta e também como os "padrões particulares de adaptação, em diferentes fases de desenvolvimento, interagem com mudanças ambientais externas" (Sroufer & Rutter, 1984, p. 27).

A resiliência é um resultado, em vez de uma construção psicológica (Masten & Garmezy, 1985).

Embora muitas crianças expostas ao stress possam desenvolver problemas comportamentais e emocionais, algumas são resistentes face a acontecimentos de vida stressantes e parecem desenvolver um funcionamento psicossocial saudável (Rutter, 1987).

O estudo empírico sobre a resiliência tem-se centrado principalmente na deteção dos determinantes psicossociais. Crianças expostas a níveis elevados de stress, ou com

temperamento difícil estão em maior risco de resultados adversos do que aquelas com temperamento fácil (Hetherington, 1989).

Crianças difíceis podem ser particularmente sensíveis ao seu ambiente emocional e podem responder prontamente à expressão de emoção negativa com semelhantes emoções negativas (Campos & Barrett, 1989). Essas crianças podem exigir modelagem cuidadosa de regulação emocional dentro das famílias antes que possam aprender a regular as suas próprias emoções (Campos, Campos & Barrett, 1989).

Autores como Luthar, Cicchetti e Becker (2000) e Masten (2001), defendem claramente o caráter processual da questão da resiliência. A resiliência refere-se a resultados positivos, à adaptação, ou à realização de marcos de desenvolvimento ou competências face a um risco significativo, adversidade ou stress.

A resiliência é uma função da complexa interação entre fatores de proteção e fatores de risco e, portanto, é uma construção multivariada (Luthar & Zelazo, 2003).

Sinclair e Walltson (2004) defendem que são necessárias três características para que exista resiliência: capacidade para enfrentar, capacidade de continuar a desenvolver-se e ainda capacidade para aumentar as competências.

De acordo com LeBuffe e Naglieri (1999) a resiliência é conceptualizada como tendo pontos fortes na regulação emocional e nas habilidades pró-sociais. Para crianças no pré-escolar, alguns dos mais importantes marcos de desenvolvimento, incluem a regulação da emoção e o desenvolvimento de habilidades pró-sociais.

Os fatores de risco raramente ocorrem de forma isolada. Mais tipicamente, crianças que são realmente de alto risco, são assim por causa da sua exposição às múltiplas adversidades, ocorridas ao longo do tempo, às vezes por períodos muito longos de suas vidas (Masten & Wright, 1998). Os resultados geralmente pioram quando os fatores de risco se acumulam na vida das crianças e paralelamente, a resiliência torna-se mais difícil. Assim, tornou-se imperativo examinar fatores de risco cumulativos, a fim de prever os seus impactos com mais precisão e compreender os resultados no desenvolvimento (Sameroff, Gutman, & Peck, 2003).

O conceito de resiliência evoluiu do indivíduo (traços de personalidade), para a família (construção relacional) e redes sociais mais amplas (visão ecológica). A inclusão da diversidade biológica implica que na pesquisa sobre a resiliência haja uma dinâmica transacional que reconhece a importância do contexto, dos fatores biológicos, psicológicos e ambiental-contextual. Se quisermos compreender a resiliência em toda

a sua complexidade, então temos de adotar múltiplos níveis de análise-abordagem (Moreira, 2010).

Posteriormente, os investigadores começaram a testar consequências mais complexas e modelos transacionais ligando domínios distintos de comportamento ao longo do tempo.

Rutter (1996) definiu a resiliência como um conceito interativo referente a situações de resistência a experiências de risco ambiental ou à superação do stress ou adversidade.

Também, por causa da importância crucial de interações gene-ambiente em relação à capacidade de resistência, é necessário existirem uma gama ampla de estratégias de investigação que abranjam métodos psicossociais e biológicos.

Nas conclusões do estudo de Edelman (1987), a influência dos genes foi apenas demonstrada através da interação com o risco ambiental. A resiliência não pode ser, uma característica única e universalmente aplicável. A conclusão do processo de resiliência tem implicações causais para ambos, genes e ambiente. Há pouco ou nenhum efeito sobre a psicopatologia na ausência do fator de risco ambiental.

Rutter (1998) estudou as implicações dos conceitos de resiliência nas situações de educação continuada. As noções de resiliência têm sido geralmente interpretadas como transmitindo grande otimismo sobre a possibilidade de sobreviver à adversidade. Tal otimismo está bem justificado mas é necessário perguntar se a resiliência é limitada. Os resultados indicam que sim. Assim, o estudo do desenvolvimento de crianças profundamente privadas a viver em instituições residenciais na Roménia, que foram adotadas até aos 36 meses, mostram grandes progressos no domínio cognitivo, mas alguma persistência de sequelas adversas nas crianças que vivenciaram períodos mais longos de privação, consequências essas ainda detetáveis aos 11 anos de idade.

Os conhecimentos em resiliência também resultaram em cinco implicações fundamentais para a compreensão científica dos efeitos. Primeiro, a resistência aos riscos pode derivar, segundo Rutter (1998), em implicações nos conceitos de resiliência como exposição controlada ao risco. Segundo, a resiliência pode derivar de características e circunstâncias, na ausência do perigo ambiental. Terceiro, a resiliência pode derivar de processos de enfrentamento fisiológicos ou psicológicos, ou de fatores de proteção ao invés de risco externo. Quarta, a recuperação mais tardia poderá derivar dum "ponto de viragem" ocorrido na vida adulta. Quinto, a resiliência

pode ser restringida por programação biológica ou pelos efeitos prejudiciais do stress e adversidades (Koller & Yunes, 2006).

1.3 - Resiliência e o contexto familiar

A noção de resiliência aparece intimamente associada à criança, enquanto ser biopsicossocial, em acontecimentos stressantes e na perspetiva holística da história de vida.

O modelo biopsicossocial integra o modelo médico, psicológico e o modelo social. É a visão corrente das diferentes perspetivas biológica, individual e social.

De acordo com Kuisqa (1997) promover o desenvolvimento da resiliência, como processo, pressupõe os seguintes objetivos:

- a) promover relações intrafamiliares não-agressivas;
- b) promover fatores de autoestima, criatividade, humor e autonomia;
- c) promover a perspetiva do género, na ação com crianças de 0 a 6 anos;
- d) promover o protagonismo infantil;
- e) promover redes sociais de apoio, na família e na comunidade.

Atribuiu-se grande importância ao relacionamento com figuras de vinculação na infância como parte do processo de recuperação e desenvolvimento saudável (Fonagy, Steele, Higgitt, & Target, 1994).

A resiliência associada ao ambiente conduz-nos até Bronfenbrenner (1996, 2004), quando o autor refere que para além da família, algumas instituições podem servir como ambientes acolhedores para o desenvolvimento humano.

Segundo Rutter (1985), "fatores de proteção referem-se a influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação" (p. 600). Isto transporta-nos para algumas das questões de investigação, como por exemplo, as perceções dos fatores de risco vistas pelos prestadores de cuidados (pais e educadores) e de como elas variam em função de se receber ou não IP.

Walsh (1996) define a resiliência familiar como uma "resiliência relacional" (p. 262). O mesmo procuraremos aferir ao analisarmos as perceções dos riscos de desenvolvimento da criança e da qualidade de vinculação, obtidos pelas famílias do grupo das crianças com e sem IP, procurando perceber se o risco biológico, social e outros irão revelar resultados diferenciados nos indicadores de resiliência da criança.

Hawley e DeHann (1996) propõem a seguinte definição:

“Resiliência em família descreve a trajetória da família no sentido da sua adaptação (...) diante de situações de stress, tanto no presente como ao longo do tempo. Famílias ‘resilientes’ respondem positivamente a estas condições de uma maneira singular, dependendo do contexto, do nível de desenvolvimento, da interação resultante da combinação entre fatores de risco, de proteção e de esquemas compartilhados” (p. 293).

Walsh (1998) também refere que “(...) o termo resiliência em família refere-se a processos de adaptação e *coping* na família enquanto uma unidade funcional” (p. 14) e que “a compreensão global de resiliência requer um complexo modelo interacional. A teoria sistémica expande a nossa visão de adaptação individual para a mutualidade de influências através dos processos transacionais” (p. 12).

Com o enfatizar das redes de suporte social e as crenças sociais, a resiliência deixa de ter um carácter individual absoluto e passa a ter um carácter sistémico e ecológico (Souza, & Cerveny, 2006).

A American Psychological Association (APA) indica que para promover a Resiliência Familiar existem programas preventivos e interventivos que envolvem projetos psicoeducacionais, tendo em vista o desenvolvimento de competências em crianças e pais. Nesses programas são abordados sobretudo os aspetos relacionados com a comunicação, a partilha de informações úteis e a realização de atividades alternativas como elementos fortalecedores da resiliência.

McCubbin e McCubbin (1988) referem-se às famílias resilientes como aquelas que resistem aos problemas decorrentes de mudanças e se adaptam às situações de crise. Os autores identificaram quatro tipos de famílias: vulneráveis; seguras; duráveis; e regenerativas, dependendo da forma como a unidade familiar lidava com as situações e em função do relacionamento entre os membros.

Pesquisar, compreender e fortalecer os aspetos positivos e de sucesso do grupo familiar significa estudar processos e percepções de elementos das experiências de vida, compreendidos na perspetiva sistémica, ecológica (Bronfenbrenner, 1996, 1998) e de desenvolvimento, conforme a abordagem de Walsh (1996, 1998).

Uma vez que a resiliência da criança, nesta dissertação, vai ser medida através dos indicadores de capacidade de autonomia e de capacidade de interação social, faremos agora um breve enquadramento sobre cada um desses indicadores.

1.4 - Resiliência e capacidade de autonomia na criança

De acordo com Mogilka (1999), a autonomia é a capacidade de definir as suas próprias regras e limites, sem que estas precisem de ser impostas por outrem, ou seja, a autonomia é a capacidade do indivíduo de se autorregular, criando um equilíbrio entre as características pessoais e as limitações colocadas pelo meio. O desenvolvimento é variável, isto é, mesmo que duas pessoas partilhem a mesma cultura e as mesmas relações sociais terão graus de autonomia diferentes devido às características pessoais.

A autonomia da criança surge através da relação entre as suas competências e as barreiras sentidas por ela, entre as suas características pessoais e as normas ou regras estabelecidas pela sociedade (Nucci, Killen & Smetana, 1996).

À medida que a criança cresce, adquire novas competências. O controlo que antes era estabelecido pelos progenitores passa gradualmente para os filhos até estes chegarem à adolescência, permitindo uma afirmação pessoal à medida que vai crescendo, apesar das convenções sociais e parentais (Smetana, 1988).

Os progenitores desempenham um papel muito importante no desenvolvimento da autonomia dos filhos, ao proporcionarem as condições para que as crianças vivenciem experiências diversificadas (Montandon, 2005).

A resposta que os pais dão ao desejo e às tentativas de autonomia dos filhos tem um impacto na autoestima e no desenvolvimento da autonomia da criança. Deste modo, se os pais reprimirem constantemente as tentativas de autonomia do filho, este tenderá a sentir pouca autoconfiança e a duvidar das suas capacidades; em contrapartida, se os pais permitirem à criança liberdade para experimentar a realização de pequenas tarefas sozinha, esta apresentará maior autoconfiança nas suas capacidades e aperceber-se-á que os outros confiam nela para a execução de tarefas futuras (Ferland, 2006). Isto é também reforçado por Brazelton e Sparrow (2006) quando referem que pais que estimulem a criança em idade pré-escolar para elaborar pequenas tarefas, permitem à criança ser mais autónoma, visto que esta adquire novas capacidades, sente-se mais valorizada e com maior sentimento de pertença à família.

1.5- Resiliência e capacidade de interação social, na criança

Tyler (1984) define competência social como a maneira como o indivíduo interage com os eventos de vida, tanto num sentido de resolução de problemas, como num sentido de autorrealização. O autor destaca três características importantes para a

competência social: (1) confiança otimista nas pessoas e no mundo; (2) autoconfiança, autoavaliação positiva e controle dos acontecimentos de vida pessoal; (3) iniciativa, através do estabelecimento de objetivos realistas e esforços no sentido de alcançá-los.

As relações de amizade e a adaptação a diversos ambientes são permeadas por transições ecológicas (Bronfenbrenner, 1979/1996) que ocorrem quando a criança começa a ampliar as suas relações, passando a frequentar outros microssistemas ecológicos além do original (família). A transição da criança para outros microssistemas (escola, vizinhança) requer o exercício de novos papéis, específicos para cada contexto (Alves, 1997).

A família apresenta um papel preponderante na vida relacional da criança, defendendo Moshmam, Glover e Brunning (1987) que a família é a primeira arena do processo de desenvolvimento social.

Competência social é uma característica individual (o primeiro dos três fatores anteriormente mencionados por Garmezy e Masten (1994) que tem em conta a interação do indivíduo com a família e outras pessoas significativas.

Zigler e Trickett (1978) destacam dois aspetos para uma elevada competência social. Primeiro, o sucesso da pessoa / criança em perceber as expectativas do ambiente, ou seja, que tipo de comportamento é necessário em determinada situação. Segundo, a pessoa / criança evidenciar características importantes para o seu desenvolvimento, como por exemplo uma autoestima e autoconceito favoráveis.

Para que seja assegurado um crescimento saudável, o processo de desenvolvimento humano requer uma base genética bem como um ambiente social suficientemente estimulante. A informação que é disponibilizada à criança em crescimento é fornecida tanto pela esfera genética, como pela esfera sociocultural (Valsiner, 1987).

Apesar de ser esperado um certo grau de plasticidade, as diferenças precoces na experiência social podem criar e manter diferenças qualitativas nas trajetórias de desenvolvimento numa mesma população de crianças (Strayer, 1989).

Os estudos ecológicos devem ser bi-direcionais e multivariados, mas devem sobretudo acentuar os sistemas abertos funcionando num contexto em contínua mudança (Soczka, 1989).

Kliewer (1991), refere que as crianças socialmente competentes são hábeis para entender as normas sociais, para a interação com pares e adultos e hábeis para regular as suas emoções, especialmente, as emoções negativas.

Preyer (1888) propôs que o comportamento deve ser entendido enquanto produto da interação entre a biologia e o ambiente social. O mesmo referiu Gottlieb (1991) ao propor que o crescimento individual é conjuntamente determinado pelo genótipo da criança, pela sua experiência precoce e, ainda, por constrangimentos imediatos do contexto desenvolvimental.

Baumrind (1993) contestou a noção de semelhança dos ambientes sociais, sublinhando que diferentes condições sociais estão relacionadas com diferenças no desenvolvimento precoce.

Baldwin (1995) propôs que, ao nível comportamental, os resultados da interação entre processos biológicos e psicológicos devem ser considerados mais do que a soma das partes. Para Baldwin, a criança é ao mesmo tempo um arquiteto e um produto das estruturas sociais que o rodeiam. A habilidade da criança para exercer novos papéis e adequar o seu comportamento e as suas atitudes a outros contextos é considerada um importante aspeto da competência social, uma vez que está relacionada com a adaptação a diferentes ambientes.

A empatia no relacionamento com pares e adultos é um aspeto que contribui para a competência social e para a transição ecológica da criança (Garmezy, 1996; Howes, Matheson & Hamilton, 1994).

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

Observa-se que nem todas as crianças que vivenciam as mesmas situações de risco apresentam problemas. Pelo contrário, algumas conseguem adaptar-se e superar essas situações, demonstrando, entre outras habilidades, competência social (Cecconello, 1999). Estas crianças são chamadas resilientes. A competência social é vista como um fator de proteção para o indivíduo, pois está relacionada com a capacidade para uma adaptação favorável.

Vaughn (2001), Vaughn e Fletcher (2009), propõem a definição de competência social como um construto hierarquicamente organizado, que inclui três dimensões: motivação e envolvimento social; perfis de atributos comportamentais e psicológicos; e aceitação de pares.

Segundo Bronfenbrenner (1996) no modelo *PPTC* (Pessoa, Processo, Tempo e Contexto) do desenvolvimento da criança, existe a necessidade de um tratamento mais rigoroso de diversos fatores que modelam a adaptação precoce da criança. O primeiro passo da ecologia é compreender os intervalos de tolerância adaptativa. As interações precoces assim como as interações entre pares são consideradas como importantes contextos de desenvolvimento.

São considerados como importantes para se aferir competências na infância: as habilidades sociais, as competências acadêmicas e ausência de problemas de comportamento (Lemos & Meneses, 2002; 2006).

Segundo Tudge (2002), para determinar a natureza e o caminho do desenvolvimento, torna-se primordial examinar o ambiente social no qual o desenvolvimento ocorre. Isto é igualmente verdadeiro para as crianças que não têm à partida nenhum tipo de restrição na participação social.

A competência social associada à noção de comportamentos socialmente aceites, traduz-se por um indivíduo que é capaz de interagir de forma eficaz com os outros e com o ambiente social (Silva, 2004).

Uma criança socialmente eficaz é aquela que adquire recursos que lhe permitem obter situações sociais seguras e gratificantes, tendo capacidade para negociar as interações sociais (Rose-Krasnor, Rubin, Booth & Coplan, 1996).

Rae-Grant, McConville, Kenned, Vaughan & Steiner (1999), demonstraram que a pobreza e a desorganização social estarão na origem de vulnerabilidades para as mães e para as crianças, tais como o baixo peso, o comprometimento cognitivo e o abuso / negligência.

E é enquanto a plasticidade comportamental o permite e antes que falhem as aprendizagens sociais indispensáveis a uma boa adaptação, que se deve atuar através de planos de intervenção precoce (Fortin & Bigras, 1996).

Gottlieb (1991) e Strayer (1997) encaram os problemas de adaptação social como a canalização do comportamento precoce numa trajetória adaptativa particular, que implica a perda de potencialidades essenciais para o desenvolvimento das competências das crianças. As exteriorizações mais habituais nas crianças com problemas de adaptação social são a agressão e o isolamento.

Vários estudos apontam para uma possível relação entre a empatia e a competência social das crianças e sua influência na resiliência (Garmezy, 1996; Howes & Hamilton, 1994).

É importante reter a necessidade fundamental de criar planos de intervenção eficazes que permitam remodelar o contexto de inadaptação social precoce. Trabalhar no sentido de fomentar os recursos disponíveis, tanto a nível individual, quanto a nível ambiental, pode vir a ser uma maneira de minimizar os danos causados pelas adversidades. Proporcionar situações nos mais variados contextos (familiar, escolar etc.) para o desenvolvimento de características como a empatia e a competência social, assim como oferecer condições para o estabelecimento de uma rede de apoio social são formas de favorecer a resiliência.

Depois de contextualizarmos a relação estreita entre resiliência e o desenvolvimento das capacidades de autonomia e de competência social, vamos agora explorar uma outra importante relação. A de saber o que é proposto pela investigação sobre a relação entre a qualidade da vinculação dos adultos (pais) e a resiliência na criança.

Capítulo II – Resiliência na criança e qualidade da vinculação no prestador de cuidados (pais)

2.1 - Conceito e padrões de vinculação

Bowlby, em 1958, introduz o termo *vinculação* (“*attachement*”), ao estudar a natureza das ligações da criança com a mãe. Segundo Bowlby (1982), a vinculação é a organização de comportamentos que ocorrem desde o nascimento e permitem ao bebé (através do choro, do balbuciar, do olhar, do seguir ou do sorriso) assinalar e conseguir proximidade com a mãe. Segundo Bowlby (1969/1982), através da instauração de uma relação privilegiada entre a criança e a figura materna, potencia-se a oportunidade das crianças adquirirem competências, obterem cuidados e protecção.

A vinculação é um fenómeno universal na espécie humana porque o bebé vem provido com comportamentos instintivos que lhe permitem uma relação de relevo com a figura materna. No entanto, a forma de ativação deste sistema de comportamentos pode variar segundo inúmeros aspetos. Dentro de um quadro típico as crianças possuem estratégias de vinculação congruentes e adequadas para manter o prestador de cuidados atento e responsivo.

A relação constituída dá também à criança, a segurança essencial para explorar em condições de perigo (ou stressantes), fenómeno denominado por Ainsworth (1965) de “*base segura*” ou “*porto seguro*”.

Ainsworth (1965) citado por Fuertes (2010), descreveu a forma como os humanos se distinguem na activação do sistema de vinculação com diferentes padrões, respetivamente: (A) padrão inseguro / evitante; (B) seguro; e (C) inseguro / resistente / ambivalente.

Ainsworth (1969) imaginou um procedimento experimental, em que as respostas de vinculação infantil são activadas na ausência da mãe, em particular perante pessoas e ambientes desconhecidos, designando-o de Situação Estranha.

Descrevendo sumariamente os padrões de vinculação na Situação Estranha, podemos referir que na vinculação de **Tipo A**, ou insegura / evitante, observam-se predominantemente os comportamentos de evitamento da proximidade e do contacto, não se verificando respostas à chegada da mãe (ou, quando surgem, são dadas com considerável atraso). Na vinculação **de Tipo B**, ou segura, existe um relacionamento caracterizado pela “confiança” da criança no adulto. Na vinculação de **Tipo C**, ou insegura / resistente / ambivalente, as crianças revelam preocupação em manter a proximidade com a mãe. No entanto, reagem com assinalável resistência ou com demonstrações de irritação.

Quanto à vinculação atípica existem algumas classificações diferenciadas consoante os autores. Os sistemas D (Main & Solomon, 1986), U-A (Lyons-Ruth, Connell, Zoll & Stahl, 1987) e A/C, A+ e C+ (Crittenden, 2003). Em linhas gerais, traduzem-se por cuidados maternos que se caracterizam pelos maus-tratos e negligência ou pela elevada ambivalência .

Referimos agora o que os autores apelidaram da vinculação de “falsos atípicos”. São crianças com alterações biológicas e / ou com problemas de desenvolvimento em que estas dificuldades podem afetar a forma de expressão das emoções de afeto (Barnett e Vondra, 1999; Pipp-Siegel, Siegel, & Dean, 1999). Para Barnett e Vondra (1999), se os cuidados maternos não apresentarem alterações significativas, as dificuldades da criança não serão suficientes para existir a atipicidade da vinculação. No entanto, no caso das alterações biológicas ou neuromotoras, a estratégia de vinculação pode surgir acompanhada de alguns comportamentos aparentemente desorientados ou desorganizados.

Uma vez que na vinculação atípica existem várias condicionantes de risco, maternas e infantis, a agregação do risco é vista com um potencial efeito superior negativo em

comparação com a vinculação típica, sendo a soma de fatores de risco a maior situação de risco para o estabelecimento da vinculação (Santos & Fuertes, 2005).

O papel do prestador de cuidados e figura de vinculação nos primeiros anos de vida é sobejamente reconhecido por muitos autores, de Siptz (teoria do apego) a Ainsworth (autora do Care index).

Brazelton (criador do NBO/NBAS Neonatal Behavioral Assessment Scale) e Gomes Pedro, que transpõem para o contexto português os Touchpoints, além de enfatizarem a vinculação, estudam as repercussões desta no desenvolvimento da criança. Os Touchpoints são, segundo eles, considerados janelas de oportunidade para a intervenção e resiliência.

O conceito da vinculação leva-nos ao contexto da criança e da família, desde a área de desenvolvimento proximal ao macro sistema. É com esta análise que se reconhecem as necessidades fundamentais que podem ter algumas especificidades de acordo com as diferentes culturas. Quando falamos nos estudos na área da vinculação na infância, reportamo-nos para a fase onde se estabelecem bases para as diferentes áreas cognitiva, emocional, social e motora (Veríssimo, Monteiro, Vaughn, & Santos, 2003)

É indiscutível a necessidade de relações afetivas contínuas. No entanto a satisfação das necessidades físicas da criança não garante os cuidados emocionais. Já Bowlby (1958) mostrou que a vinculação constitui em si um fenómeno de raiz instintiva, e que os laços estabelecidos entre mãe e filho não têm origem em processos relacionados com a satisfação de necessidades básicas .

Harlow (1965), apresentou evidência laboratorial da importância do conforto sentido pelos macacos rhesus, que escolhiam a “mãe de tecido” em detrimento da “mãe de arame”, mesmo quando era esta que fornecia o alimento.

A perturbação nas primeiras relações foi alvo de diversas investigações sobre as frustrações precoces. As pesquisas de Bowlby e de Ainsworth, mostram que, nestas crianças existem carências afectivas muito precoces.

Brazelton, (1992) enfatiza a correlação entre o cérebro e a relação, ao nível da importância da interação no desenvolvimento do SNC, da experiência precoce como arquiteta do cérebro, colocando a questão da genética e da experiência, que condicionam os padrões neuronais. Refere a importância da experiência cumulativa associada às competências cognitivas, emocionais e sociais interdependentes e os

“períodos sensíveis”, janelas de oportunidade, onde a criança está mais receptiva aos estímulos.

A interactividade / intersubjetividade são referidos como modelos importantes, na construção das necessidades irredutíveis. A intersubjetividade aparece como sistema motivacional inato criando a matriz intersubjetiva onde bebé e cuidador estão intimamente relacionados (comportamentos, partilha de interesses e intenções, pensamentos do cuidador veiculados através dos afetos). Exemplos dessa intersubjetividade são a protoconversaçoão com as sincronidades rítmicas (interações vocais) ou a musicalidade comunicativa (promotora da regulação) (Meltzoff, 1995).

Brazelton (1992), em estudos efetuados através de observações naturalistas e laboratoriais defendem que a criança tem mecanismos adaptativos de sobrevivência e enfatizam a importância dos períodos sensíveis (touchpoints) e a base biológica e evolutiva do comportamento e a predisposição para a aprendizagem.

Segundo Baumrind (1993), os pais têm também uma noção muito precoce do padrão de temperamento do seu filho. Será uma criança fácil, difícil ou de adaptação lenta? Ocorrendo as primeiras experiências sociais na família, esta noção ajuda os pais a ajustarem o seu comportamento ao da criança.

Os anos pré-escolares são caracterizados por importantes desenvolvimentos a nível cognitivo, linguístico, motor e social, em ligação com um leque mais alargado de cuidadores. No entanto, as estruturas primordiais da vinculação familiar permanecem centrais na organização do comportamento da criança (Marvin & Britner, 1999). É o que Sroufe, Fox e Pancake (1983) defendem ao postular que a progressiva aquisição de autonomia e independência, é construída com base na existência de uma relação de vinculação segura na infância.

É a utilização da mãe / pai como base segura, que permite à criança, progressivamente, explorar e aprender acerca do seu ambiente, uma vez que está confiante que, em caso de necessidade, a mãe / pai estará acessível e será sensível às suas necessidades (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1982).

Mãe e pai, funcionando como base segura, apresentam diferenças nos seus estilos de interação (Lamb, 1977; Lewis & Lamb, 2003), o que poderá promover determinadas características ou comportamentos na criança.

A mãe/pai poderão estimular comportamentos ou características da criança que estão relacionados com os seus valores parentais e que não estão, necessariamente,

relacionados com a vinculação, mas com a sociabilidade e o temperamento (Fox, Kimmerly & Schafer, 1991; Steele & Fonagy, 1996).

Estudos que analisam o fenómeno de base segura, aspeto central na teoria da vinculação (Waters, & Cummings, 2000; Waters, 2002), em contexto familiar, centraram-se nas relações mãe / criança e pai / criança. Verificaram a existência de correlações semelhantes e significativas entre os valores de segurança da criança e a relação com a mãe e com o pai, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Veríssimo, Monteiro, & Santos, (2006). Isto poderá ser explicado pela semelhança entre o tipo de cuidados dos dois cuidadores.

As crianças com relações de vinculação seguras apresentam maiores probabilidades de ter expectativas sociais positivas dos pares, que se sustentam no facto das suas figuras de vinculação terem respondido às suas necessidades de um modo positivo em fases mais precoces do seu desenvolvimento (Booth, & Ainscow, 1998).

Alves (2000) verificou uma associação entre a qualidade e segurança da vinculação e a adaptação psicossocial de crianças em idade pré-escolar ao nível dos indicadores de agressão, ansiedade e isolamento (três tipologias de comportamento intimamente associadas a problemas de resiliência). As crianças percebidas pelas mães como inseguras e dependentes foram consideradas pelas educadoras de infância como as mais ansiosas e isoladas. As crianças representadas como sendo seguras e independentes foram descritas como as menos agressivas, enquanto que, as percebidas como inseguras e independentes foram assinaladas como as mais agressivas.

Sroufe (1983) referiu também que a insegurança da relação de vinculação se encontrava associada a uma competência social mais baixa em crianças de idade pré-escolar.

Uma vez que esta dissertação incide também sobre a relação entre resiliência na criança e qualidade da vinculação do prestador de cuidados, consideramos importante estudar o conjunto de representações que o adulto tem sobre a referida vinculação, isto é, de que forma esse adulto vivenciou a própria vinculação e de que forma a replica, agora, enquanto prestador de cuidados.

2.2 - Importância da qualidade da vinculação no adulto

Bowlby (1982) considerou que a vinculação na idade adulta é semelhante, na sua natureza, à que ocorre durante a infância e apontou poucas diferenças entre as relações estabelecidas enquanto crianças e quando prestadores de cuidados.

Ainsworth (1991) considerou o fenómeno de base segura como o elemento central da vinculação ao longo da vida, referindo que uma relação de vinculação segura é aquela que facilita o funcionamento e competência fora da relação.

Segundo Bowlby (1973,1982), no contexto das relações de vinculação com as figuras parentais, a criança constrói mentalmente uma estrutura afetiva que gera percepções, expectativas e comportamentos relevantes para a compreensão do *self*, dos outros e das relações em geral. Esta estrutura, que o autor designou como *modelo dinâmico interno*, deverá influenciar aspetos relevantes das interações enquanto criança e, mais tarde, enquanto cuidador, no contexto familiar.

De acordo com Crowell, Fraley & Shaver (1999), o conceito de vinculação do adulto pressupõe duas ideias basilares. A primeira, prende-se com os aspetos normativos do sistema de vinculação e com a sua relevância durante a idade adulta. A segunda, com a presença de diferenças individuais na organização da vinculação, no contexto das relações interpessoais.

Segundo vários estudos (Berman & Sperling, 1994; Shaver & Mikulincer, 2000), a vinculação do adulto surge conceptualizada de três formas distintas: 1) vinculação como estado, que surge em situações de stress, num esforço para restabelecer contacto com a figura de vinculação; 2) vinculação como traço, ou tendência para formar relações de vinculação semelhantes ao longo da vida; 3) vinculação como um processo de interação, no contexto de uma relação específica.

Outros estudos (Crowell, Fraley & Shaver, 1999; Hinde, 1997; Hinde e Stevenson-Hinde, 1986 & Weiss, 1982) definem como a diferença mais significativa, a natureza recíproca das relações de vinculação estabelecidas na idade adulta, por comparação com a natureza complementar das relações de vinculação estabelecidas na infância. Nas relações de vinculação entre adultos, prestam-se e recebem-se cuidados alternadamente, de acordo com o contexto e necessidades de cada interveniente na relação. E na infância essa relação está mais dependente do prestador de cuidados.

Os modelos representacionais ou modelos internos dinâmicos (Bowlby,1980) permitiriam, numa fase inicial, interpretar e prever o comportamento da figura de vinculação e, ao longo da vida, seriam utilizados como guias comportamentais, constituindo uma base para interpretação de experiências relacionais. Continua no entanto por esclarecer a contribuição das diferentes relações de vinculação na infância para a construção de uma estratégia organizada do sistema de vinculação e a sua associação com a vinculação na idade adulta (Lewis, 1994; Howes, 1999).

A avaliação sobre a vinculação do adulto tem-se centrado em três grandes dimensões temáticas: as relações com os pais durante a infância; as relações com figuras de vinculação específicas na adolescência e idade adulta; e a vinculação ao companheiro(a). Shaver e Mikulincer (2002) referiram que este facto se prende com aspetos conceptuais relacionados com a existência de múltiplos modelos internos dinâmicos.

Na década de 80, surgiram duas linhas de investigação distintas dedicadas à vinculação do adulto. Uma das linhas, coordenada por Main (1981) centrou-se nas dimensões representacionais das relações de vinculação com os pais durante a infância. A segunda, representada por Hazan e Shaver (1987), explorou o amor romântico como forma de vinculação. Ao longo das trajetórias desenvolvimentais, é possível assistir à divergência de modelos internos dinâmicos das relações, ao processo de integração destes modelos, modificando os modelos internos dinâmicos mais genéricos (Bartholomew & Shaver, 1998; Collins & Read, 1994).

Para compreender a congruência entre a vinculação na infância e na idade adulta, Weiss (1982/1991) apontou a similaridade das características emocionais e comportamentais (e.g., desejo de proximidade à figura de vinculação em alturas adversas, conforto na presença da figura de vinculação, ansiedade face à inacessibilidade da figura de vinculação, respostas de luto em situação de perda), a generalização da experiência, dado que elementos emocionais associados à vinculação durante a infância são expressos nas relações de vinculação na idade adulta. Acrescenta ainda a ligação temporal entre os fenómenos, uma vez que a centralidade dos pares como figuras de vinculação se encontra associada ao esbatimento dos progenitores enquanto figuras de vinculação primárias.

Alguns estudos sugerem que os indivíduos com um modo de vinculação seguro, tendem a estabelecer relações estáveis com um único parceiro e são selectivos na sua escolha quando adolescentes e adultos (Belsky, Steinberg, & Draper, 1991 ; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996), isto é, desenvolvem modelos representacionais consistentes ao longo do tempo e nos diversos contextos relacionais, que encontram a sua raiz na qualidade das experiências de vinculação precoce.

Face ao exposto poderemos questionar se a representação de vinculação do adulto (modelo interno de base segura) poderá relacionar-se com o nível de desenvolvimento dos indicadores de resiliência definidos (capacidade de autonomia e

capacidade de interação social) nas crianças, das quais são prestadores de cuidados primários.

Capítulo III – A Intervenção Precoce (IP)

Antes de nos debruçarmos sobre a importância da resiliência na Intervenção Precoce importa contextualizar o conceito de IP na atualidade, os modelos de desenvolvimento humano bem como a importância da resiliência na intervenção precoce.

3.1- Enquadramento legal e critérios de elegibilidade

O decreto-lei nº 281/2009 é a referência para a IP e para o Sistema Nacional de IP (SNIPI). Em traços gerais define a Intervenção em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível e o apoio às famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação. Estabelece o seu funcionamento em colaboração direta com a família. Estabelece também os procedimentos constantes no plano individual de intervenção precoce (PIIP) que atende às necessidades das famílias.

A intervenção precoce contempla medidas de natureza preventiva e reabilitativa nos âmbitos da educação, saúde e ação social, centradas na criança e na sua família. As crianças dos 0 aos 6 anos são elegíveis quando ocorram alterações nas funções e estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social, bem como quando existe risco grave de desenvolvimento.

O decreto-lei 281/09 deu origem aos critérios de elegibilidade, de acordo com o SNIPI.

O SNIPI é desenvolvido através da atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade.

A elegibilidade das crianças entre os 0 e 6 anos de idade e suas famílias está definida em dois grupos distintos: o primeiro, referente às *alterações nas funções ou estruturas do corpo*; e o segundo, referente ao *risco grave de desenvolvimento*.

No primeiro, contêm-se alterações que comprometam o normal desenvolvimento expectável para a idade e impossibilitem a participação nas atividades, incluindo o contexto social. Este grupo remete-nos para mais dois sub-grupos, nomeadamente:

- 1.1) *atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida* podendo haver comprometimentos em várias áreas: motora; física; cognitiva; linguagem e comunicação; emocional; social e adaptativa.

1.2) *condições específicas, onde a etiologia da doença será conhecida* e que contempla as anomalias cromossômicas, perturbações neurológicas, doenças metabólicas, déficit sensorial, doenças crônicas graves, perturbações relacionadas com exposição pré-natal ou infecções severas congénitas, desenvolvimento atípico com alteração na relação e comunicação e por fim as perturbações graves da vinculação e perturbações emocionais.

O segundo grupo refere-se ao “*risco grave de desenvolvimento*” devido a condições biológicas, psicoafetivas e ambientais que indiquem um atraso global da criança. A condição *sine qua non* para critério de elegibilidade é a acumulação de quatro ou mais fatores de risco biológico ou ambiental.

Este grupo subdivide-se em mais três que passamos a descrever:

2.1) *crianças expostas a fatores de risco biológico* que possam vir a ter limitações na atividade e participação. A etiologia conhecida poderá prender-se com história familiar de anomalias congénitas, exposição intrauterina a tóxicos, complicações pré-natais severas, prematuridade, muito baixo peso à nascença, atraso de crescimento intrauterino, asfixia perinatal grave, complicações neonatais graves, hemorragia intraventricular, infecções congénitas, ser HIV positiva, infecções graves do SNC, traumatismos cranianos graves e otite média crónica com risco de déficit auditivo;

2.2) *crianças expostas a risco ambiental*, considerando-se os fatores parentais ou contextuais.

2.2.1) Nos riscos parentais incluem-se mães adolescentes, abuso de álcool, maus tratos, doenças psiquiátricas e doenças físicas limitativas ou incapacitantes;

2.2.2.) Nos fatores contextuais contemplam-se o isolamento (geográfico, social, cultural) e pobreza, a desorganização familiar e preocupações acentuadas dos prestadores de cuidados face ao desenvolvimento da criança ou tipo de interações parentais.

De acordo com Dunst (2007) a Intervenção Precoce é um conjunto de “experiências e oportunidades proporcionadas às crianças com incapacidades pelos seus pais e outros prestadores de cuidados com o objetivo de promover a aquisição e uso pela criança de competências comportamentais para moldar e influenciar as suas ações pró-sociais com pessoas e objetos” (p. 162).

Fuertes (2011) chama a atenção da necessidade de “articulação dos serviços de educação de infância, de educação especial, de saúde, de intervenção social e comunitária para responder às necessidades da criança e da sua família“ (p.117).

Segundo Bruder (2010) a Intervenção Precoce caracteriza-se pela diversidade, nas experiências, estruturas familiares e tipos de incapacidade. Em comum apresenta a faixa etária (0-6 anos), um desenvolvimento em risco (risco biológico, risco ambiental, risco estabelecido ou uma combinação destes), e as competências (em um ou mais domínios do desenvolvimento) abaixo do comportamento expectável para a idade.

Os contextos de aprendizagem naturais e inclusivos devem alicerçar-se nas rotinas. As rotinas e outras situações quotidianas (contexto de atividades) envolvem a participação ativa da criança na aprendizagem e servem para reforçar as competências existentes e promover e facilitar novas competências, sendo parte essencial de qualquer intervenção planeada para as crianças e suas famílias (Bruder, 2010).

3.2- Modelos de Intervenção em IP

A abordagem da equipa de IP deverá ser integrada, de acordo com um modelo transdisciplinar. A intervenção deverá ser coordenada pelo prestador de serviços primários (gestor / responsável de caso) em consultoria com os restantes membros da equipa.

Mc.William e Casey (2009) propõem um modelo com cinco componentes para a intervenção precoce nos contextos naturais, que implica:

- a) avaliar o envolvimento, a independência, as relações sociais, satisfação com rotinas e a compreensão da ecologia da família;
- b) fazer a avaliação funcional e centrada na família;
- c) prestar serviços transdisciplinares;
- d) efetuar visitas domiciliárias eficazes;
- e) promover a consultoria com os diferentes técnicos.

McWilliam e Casey (2009), definem o que deve ser a entrevista com base nas rotinas (EBR) divididas entre as rotinas de casa e as rotinas do Jardim de Infância. Nas rotinas de casa e em JI analisa-se o que a criança faz, o envolvimento, a independência e as relações sociais.

Ambientes pobres em estímulos podem ter efeitos devastadores para o desenvolvimento global da criança. Assim, uma prática de Intervenção Precoce atempada e adequada aos vários contextos, contribui grandemente para um melhoramento de toda a vida familiar e em particular da criança em risco. Esta prática vem sendo orientada por vários modelos de desenvolvimento humano, que foram tentando clarificar a complexidade das interações organismo-meio.

O Modelo Transaccional de Sameroff e Chandler (1975), foi um marco de referência em IP. Este modelo enfatiza as influências da família nos contextos de desenvolvimento da criança. Para este modelo, a família é a componente essencial do ambiente em que a criança se desenvolve, a qual influencia e é influenciada pela criança num processo contínuo e dinâmico (Simeonsson & Bailey,1990). A criança altera o seu ambiente e por sua vez sente as alterações que o novo ambiente lhe oferece.

Bronfenbrenner (1996) foi o pai do Modelo Bioecológico. Neste modelo, os indivíduos são vistos num processo de desenvolvimento constante e dinâmico, com as propriedades dos contextos imediatos em que se desenvolvem, em permanente mudança. Estes contextos ou sistemas ecológicos estão encaixados uns nos outros e são interdependentes. Uma simples acção num sistema será repercutida noutros níveis, produzindo assim mudanças em todos os níveis ecológicos definidos por Bronfenbrenner (microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema).

O microsistema é um padrão de actividades, papéis e relações interpessoais experimentado pela pessoa em desenvolvimento num dado contexto com características físicas, sociais e simbólicas. O microsistema inclui as relações entre pais e criança, entre a criança e os seus irmãos e entre aquela e os diversos membros da família, colegas e adultos do contexto escolar.

O mesossistema compreende as ligações e processos que têm lugar entre dois ou mais contextos que contêm a pessoa em desenvolvimento. Isto pode incluir, por exemplo, as interações entre o domicílio e um programa de acção social. As relações entre pais / educadores e família / comunidade possuem efeitos interativos na criança e na família.

O exossistema representa os contextos nos quais o indivíduo não se encontra directamente envolvido. Mas os acontecimentos que ocorrem no exossistema afetam os outros sistemas e vão influenciar a criança.

O macrosistema envolve todos os outros níveis ecológicos. Abrange o sistema de valores e crenças culturais de uma sociedade, os recursos e sua proveniência, os estilos de vida que têm impacto na educação da criança e na forma como a família lida com os problemas.

Considerando a intervenção Bio-ecológica de Bronfenbrenner, vemos a aplicabilidade dos mapas ecológicos dos contextos de vida da criança. Para este autor é fundamental conhecer os contextos para alcançarmos uma melhor compreensão do funcionamento e desenvolvimento dos indivíduos.

Uma maturação dinâmica dos contextos subentende que, sendo os contextos positivos, serão promotores de um desenvolvimento expectável para a idade, podendo o inverso ser também aplicável. À luz deste modelo de maturação dinâmica, experiências precoces positivas, vivenciadas nos períodos sensíveis, potenciam o desenvolvimento infantil.

Fuertes (2011) refere-se a Sameroff (2010) que considera que são necessários quatro modelos para compreender o desenvolvimento humano: O *Modelo da Mudança Pessoal*, O *Modelo Contextual*, O *Modelo de Regulação* e o *Modelo Representativo*.

O *Modelo da Mudança Pessoal*, visa compreender a evolução das competências desde a infância à idade adulta, e a vinculação aos cuidadores e às relações com pares.

O *Modelo Contextual*, desenvolvido a partir das diversas noções de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner e Morris, 1998), enfatiza o envolvimento progressivo da criança nos distintos contextos (micro, meso, exo e macro) e em experiências distintas que os contextos proporcionam no seu desenvolvimento (directo ou indirecto).

O *Modelo de Regulação* acrescentou uma dimensão ativa à relação entre pessoa e contexto, permitindo a compreensão na evolução da regulação inicial dos factores biológicos seguida da regulação psicológica e social o que permitiu o aprofundamento do conhecimento das interacções sociais cada vez mais vastas e complexas.

O *Modelo Representativo*, considera a existência de uma codificação cognitiva das práticas vivenciadas pelo indivíduo “aqui e agora”. Ou seja, as práticas / experiências / acontecimentos ficam no pensamento permitindo a construção gradual do sentido de si (self) e dos outros.

Fuertes (2011) refere-se igualmente a Shonkoff, (2010), autor do *Modelo Biodesenvolvimental*, que vê as descobertas das neurociências como impulsor para o

entendimento das relações entre os factores biológicos e ambientais no desenvolvimento humano. Segundo Shonkoff (2010), existirão evidências que demonstram que: (1) as experiências precoces são marcadas biologicamente no âmbito do desenvolvimento dos múltiplos sistemas orgânicos, com impactos a longo termo na saúde, competências cognitivas, linguísticas e sociais; (2) experiências precoces estimulantes, adequadas e previsíveis, promovem um desenvolvimento salutar e (3) experiências precoces de risco, podem ter como consequência perturbação no desenvolvimento dos circuitos cerebrais e consequente aumento de vulnerabilidade.

Um dos modelos que explica o desenvolvimento humano intitula-se “Touchpoints”. Foi criado por Brazelton na década de 80, nos EUA, e continuando em Portugal por Gomes-Pedro através da Fundação Brazelton / Gomes Pedro Para as Ciências do Bebé e da Família.

O modelo Touchpoints é um modelo de desenvolvimento formulado em função dos momentos chave (da criança), centrado no bebé / criança e família e que tem como objetivo criar as condições para a competência parental, através da relação pais-filhos, criando uma ligação entre pais e profissionais que façam parte do sistema de cada família. Visa ainda a construção de um sentido de coerência na criança e na família. Desenvolveu também instrumentos que permitem a leitura e interpretação das competências do bebé (NBAS e NBO). Assume também que há uma relação estreita entre neurociência e vinculação e que a resiliência será acionada através da regulação mútua e da intersubjetividade, na díade mãe / bebé.

3.3- Importância do desenvolvimento da resiliência na intervenção precoce

Considerando tudo o que foi referido sobre a resiliência enquanto construto pessoal e relacional, na importância das famílias resilientes e nos indicadores de resiliência (capacidades de autonomia e de interação social) torna-se imperativo salientar a importância da resiliência em IP.

Certos indicadores de futuros problemas ao nível do desenvolvimento das crianças emergem em idade precoce. Tal facto é suportado por diversos estudos (e.g. Metropolitan Educational Research Consortium, 1992), que defendem que uma intervenção precocemente desenvolvida pode reduzir a emergência de dificuldades de aprendizagem.

Benard e Marshall (2001) salientam que a frequência das crianças, de pelo menos dois anos de Educação Pré-Escolar, com um currículo que integre o conceito de resiliência, contribui significativamente para diminuir a emergência de comportamentos desviantes na adolescência e na idade adulta. Estes programas e seus benefícios têm vindo a ser estudados, através da análise dos factores protectores existentes no ambiente familiar, escolar e comunitário, factores estes que contribuem para a promoção da resiliência nas crianças e jovens (Masten & Coastworth, 1998; Benard, 1997; Garmezy, 1991).

Em Portugal, as Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (1997) referem o papel do Jardim de Infância na potenciação de um ambiente promotor de bem-estar. Cruz (1995) realçou que, na prática, a problemática das necessidades das crianças não tem merecido a devida atenção no que respeita ao delineamento de programas de intervenção, verificando-se que os mesmos respondem de forma pouco adequada e descontextualizada às necessidades evidenciadas.

Existem múltiplas estratégias que são consideradas como favorecedoras de uma protecção cumulativa (*cumulative protection*) para as crianças provenientes de ambientes de alto risco e que se inscrevem no paradigma da promoção da resiliência. Segundo Masten e Sesma, (1999) os educadores têm que estar preparados para as necessidades multifacetadas destas crianças e para as mudanças de atitude no que respeita ao modo como se relacionam com os pais das crianças, que demonstram viver em condições muito difíceis e cuja maior preocupação de vida se prende com as necessidades de sobrevivência da sua família.

É possível criar nas escolas / jardins de infância um ambiente educativo ativador das potencialidades do ser humano através da sustentabilidade de um ambiente resiliente e saudável. É fundamental o investimento acrescido na preparação dos educadores e professores para trabalharem efectivamente com a diversidade de crianças e jovens que frequentam as escolas (Ruivo & Almeida, 2002; Correia, 1997). Bairrão (1993), Cruz (1995), Masten e Sesma (1997,1999) também realçaram a importância de uma análise centrada nas dimensões de risco educacional que caracterizam as vivências das crianças. É possível também apoiar as famílias para que desenvolvam contextos resilientes.

A IP, enquanto todo um conjunto de serviços e recursos deve estar adequada às necessidades das famílias, com características e dinâmicas próprias.

Se falarmos em capacidades de resistência ou vulnerabilidade às adversidades face aos inúmeros contextos da criança e família, falamos nas adaptações sucessivas que é necessário fazer na vida de crianças sobretudo com IP. Estas sucessivas adaptações supõem fatores de proteção ou de risco associados, toda uma consciência dos profissionais e intervenientes da IP e, uma vez mais, a presença do conceito, de resiliência, nas práticas da IP, nomeadamente nas famílias.

McWilliam, Tocci e Harbin, (1998), referem que “ser centrado na família não significa que abandonemos os nossos interesses pela criança e as nossas responsabilidades em ajudar relativamente à saúde e desenvolvimento da criança” (p. 17).

Dunst, Trivette e Hamby (2008) salientam que é característica da IP a orientação centrada na família. A criança cresce e desenvolve-se no seio da família, que, em última instância, é responsável pelos cuidados à criança, por apoiar o seu desenvolvimento e promover a sua qualidade de vida. A família (funcional) é a constante na vida da criança e deve ser a unidade primária de prestação de serviços em intervenção precoce. A abordagem centrada na família traduz-se por valores e práticas que encaram a família com respeito e dignidade e asseguram o envolvimento ativo dos membros da família na mobilização de recursos e apoios necessários para cuidar e educar as suas crianças, tirando o máximo proveito de benefícios para a criança, pais e famílias.

Os contextos de aprendizagem naturais e inclusivos estão bem implantados na espinha dorsal da IP como sugere o modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (2004). As intervenções devem ocorrer no contexto natural e inclusivo aproveitando as oportunidades de aprendizagem (touchpoints) que têm potencial para facilitar o comportamento e o desenvolvimento, potenciando a resiliência familiar.

Parte II

Estudo Empírico

Capítulo IV - Metodologia

4.1- Objetivos do estudo

Conforme já referido anteriormente, este estudo tem dois objetivos. O primeiro, avaliar se os indicadores de resiliência da criança (capacidades de autonomia e de interação social) e os de percepção de risco dos prestadores de cuidados variam em função de a criança / família estar ou não associada a um programa de Intervenção Precoce. O segundo, saber se há alguma relação entre a qualidade da vinculação dos pais e resiliência na criança.

No contexto da revisão da literatura e dos objetivos, foram identificadas as seguintes **questões de investigação:**

4.2- Questões de investigação:

1. Será que existem diferenças significativas na capacidade de autonomia das crianças em função de receberem ou não Intervenção Precoce?
2. Será que existem diferenças significativas na capacidade de interação social nas crianças em função de receberem ou não Intervenção Precoce?
3. Será que a percepção dos fatores de risco vista pelos pais é diferente em função de os filhos receberem ou não Intervenção Precoce?
4. Será que a percepção dos fatores de risco avaliada pelos educadores é diferente para crianças com Intervenção Precoce quando comparada com as percepções dos educadores para crianças sem IP?
5. Será que existe uma relação positiva entre os valores da qualidade da vinculação no adulto (pais) e as capacidades de autonomia e de interação social nas crianças, com sem Intervenção Precoce ?
6. Será que existem diferenças significativas nos valores da qualidade da vinculação do adulto entre pais com filhos com e sem IP?

4.3. Participantes

Os participantes são 40 crianças, as suas 40 famílias e os educadores de infância que lhes prestam apoio. As crianças foram distribuídas por dois grupos: crianças com IP e crianças sem IP. O primeiro grupo é constituído por 19 participantes e o segundo por

21. Foram também inquiridos os docentes que atendiam as 40 crianças, 3 Educadoras de Infância no grupo sem Intervenção Precoce e aproximadamente 17 educadoras de infância e 4 educadoras de IP no grupo com Intervenção Precoce. Todas as crianças sem IP pertenciam a 3 salas de Jardins de Infância da rede pública e a restantes encontravam-se distribuídas por instituições privadas, de solidariedade social e domicílios.

Tabela 1. Média e desvio padrão da idade, frequência e género dos participantes do estudo, por grupo.

	Frequência	Idade		Género	
	N	Média	dp	Masculino	Feminino
Crianças com IP	19	3,74	0,80	14	5
Crianças sem IP	21	4,43	0,68	7	14
Total	40	4,10	0,81	21	19

Relativamente à idade das crianças, verificou-se que a média global de idades é de 4,1 anos sendo que o grupo de crianças com IP tem uma média de idades inferior ($M=3,74$) ao grupo de crianças sem IP ($M=4,43$).

Com o objetivo de analisar se a média da idades dos participantes das crianças com e sem IP apresentava diferenças significativas entre os dois grupos foi realizado um t teste para grupos independentes. Este revelou que havia diferenças significativas [$t(38) = -2,95, p < 0,05$] na idade das crianças com IP e sem IP, sendo as crianças sem IP significativamente mais velhas. Tal diferença será controlada estatisticamente nas análises seguintes.

No que concerne ao género, verifica-se que 19 crianças são do género feminino e 21 do masculino. No grupo sem IP existem apenas 7 crianças do género masculino, contrapondo com 14 no grupo com IP. As crianças do género feminino são mais representativas no grupo sem IP (14). Já o grupo com IP apresenta apenas 5 crianças do género feminino.

Controlámos ainda a idade dos prestadores de cuidados, apenas para garantir que ambos os grupos tinham condições semelhantes quanto ao tempo de parentalidade.

Tabela 2. Média e desvio padrão das idades dos pais, em função dos grupos

	Média	dp
COM IP	35,37	4,81
SEM IP	34,67	4,98

No universo das 40 famílias a média de idades ronda os 35 anos de idade, como ilustra a tabela. Apesar de, no grupo com IP, os prestadores de cuidados apresentarem um valor de média ligeiramente superior ($M=35,37$) em relação ao grupo sem IP ($M=34,67$), essas diferenças não são significativas ($t(38)=.452, p >.05$).

4.4- Variáveis do estudo

Assim, para as questões de investigação definidas neste trabalho, temos como variáveis as que de seguida se apresentam.

Variáveis dependentes:

- a) Indicadores de resiliência na criança (capacidade de autonomia e capacidade de interação social (SGSII, 1996);
- b) Representações dos prestadores de cuidados (pais) sobre os fatores de risco (CBCL- Questionário de Comportamentos da Criança, preenchido pelos pais, 1991) com as seguintes dimensões: 1) oposição / imaturidade; 2) agressividade; 3) hiperactividade / problemas de atenção; 4) depressão; 5) problemas pessoais; 6) quebras somáticas; 7) isolamento; 8) ansiedade; e 9) comportamento obsessivo esquizoide;
- c) Representações dos educadores sobre os fatores de risco (TRF - Questionário de Comportamentos da Criança, preenchido pelos professores, 1991) com as seguintes dimensões: 1) agressividade; 2) problemas de atenção / dificuldade de aprendizagem; 3) isolamento social; 4) comportamento obsessivo; 5) problemas sociais; 6) comportamentos estranhos; e 7) ansiedade;

d) Qualidade da vinculação no adulto (EVA, 1990).

Variável independente:

a) Grupo (a criança / família receber ou não intervenção precoce).

Variáveis de controlo:

a) Idade da criança;

b) Idade do prestador de cuidados (pais).

4.5 – Materiais e Procedimentos

Nas crianças sem IP, o preenchimento da escala SGSII foi feito em articulação entre a educadora do ensino regular e a investigadora, dando lugar a uma avaliação conjunta, no JI onde a criança esta inserida.

Nas famílias com IP os interlocutores foram os gestores de caso. Os esclarecimentos foram veiculados pelo gestor, uma vez que já possuía uma relação privilegiada com a criança, família e educador. Neste grupo, a educadora de IP auxiliou na avaliação da escala SGSII, uma vez que é um instrumento frequentemente utilizado pela equipa de IP.

A avaliação de dados foi realizada através de quatro instrumentos:

1) Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil (SGSII - The Schedule of Growing Skills II). A escala permite medir as capacidades de Autonomia e de Interação Social. A capacidade de autonomia resulta de medidas de competências de autonomia pessoal (alimentação e higiene). A capacidade de interação social resulta de medidas de comportamento social e de comportamentos associados ao jogo.

A capacidade de autonomia subdivide-se em duas sub-áreas, nomeadamente referentes à alimentação (itens 157 a 169) e à higiene (itens 170 a 179). A resposta é feita segundo 3 opções possíveis: (1) adquirido; (2) não adquirido; e (3) em aquisição.

A capacidade de interação social subdivide-se em: comportamento Social (itens 133 a 146); e Jogo (itens 147 a 156).

2) Questionário de Comportamento da Criança (CBCL - 4 a 18 anos, para Pais) (1991) preenchido por um dos prestadores de cuidados primários, permite medir a representação dos fatores de risco pelos pais.

No preenchimento do questionário CBCL o prestador de cuidados primários tem igualmente 3 opções de resposta: 0 corresponde a “a afirmação não é verdadeira”; 1 a “a afirmação é algumas vezes verdadeira”; e o 2 a “a afirmação é muito ou frequentemente verdadeira”. Tem 113 afirmações. A estas acrescem sete grupos de questões que ajudam a descrever atividades, lazeres, rotinas, amigos, desempenho escolar e questões diretas sobre NEE.

O CBCL permite aferir 8 comportamentos descritivos da criança, sugestivos de riscos, nomeadamente: 1) oposição / imaturidade; 2) agressividade; 3) hiperactividade / problemas de atenção; 4) depressão; 5) problemas sociais; 6) quebras somáticas; 7) isolamento; 8) ansiedade; e 9) comportamento obsessivo esquizóide.

3) Questionário do Comportamento da Criança (TRF - Relatório do Professor, 1991) preenchido pelo educador, permite medir a representação deste quanto aos fatores de risco da criança.

Este questionário foi preenchido pela educadora de infância ou docente de Intervenção Precoce (no caso de crianças em domicílio ou de ausência de educador de sala). O referido instrumento é cotado com 0, 1 e 2. 0 corresponde a “a afirmação não é verdadeira”; 1 a “a afirmação é algumas vezes verdadeira”; e o 2 a “a afirmação é muito verdadeira ou frequentemente verdadeira”. O questionário é também composto por 113 afirmações.

O TRF permite avaliar 7 dimensões sugestivas de risco na criança: 1) agressividade; 2) problemas de atenção / dificuldade de aprendizagem; 3) isolamento social; 4) comportamento obsessivo; 5) problemas sociais; 6) comportamentos estranhos; e 7) ansiedade.

4) A Escala de Vinculação do Adulto (EVA - M.C., Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*, Collins & Read, 1990,) foi usada para medir a qualidade da vinculação do adulto (pais).

A escala de vinculação do adulto, foi aplicada aos prestadores de cuidados primários, o pai, a mãe ou a avó materna (apenas um por família).

Esta escala é composta por dezoito questões com 5 escolhas possíveis, respetivamente: 1) nada característico em mim; 2) pouco característico em mim; 3) característico em mim; 4) muito característico em mim; e 5) extremamente característico em mim.

A escala permite medir as dimensões da *ansiedade*, do conforto com a proximidade e da confiança nos outros.

Capítulo V - Resultados

Dado que existiam diferenças significativas na idade das criança em função do grupo (receber ou não, IP), foi necessário controlar previamente esse impacto na comparação de significância das diferenças de médias.

Por essa razão realizaram-se ANCOVAS na comparação das diferentes variáveis em que as médias se avaliam em função da idade (capacidade de autonomia e capacidade de interação social).

5.1. Questão de investigação nº 1

Será que existem diferenças significativas na capacidade de autonomia das crianças em função de receberem ou não Intervenção Precoce?

A análise das médias revela que a autonomia das crianças com IP é menor (M=10,42), que a das restantes crianças sem IP (M=13,52).

Tabela 3. Média e desvio padrão da capacidade de *autonomia* (Growing Skills Profile), em função do grupo.

Grupo		GSPA
Crianças com IP (N=19)	M	10,42
	dp	2,43
Crianças sem IP (N=21)	M	13,52
	dp	0,98

A análise da significância das diferenças de médias na capacidade de autonomia (variável dependente) em função do grupo (variável independente), controlando as diferenças de idade (covariante), revelou que há uma diferença significativa na capacidade de autonomia [$F_{(1,37)} = 17,20, p < .001$] obtendo as crianças sem IP valores significativamente superiores.

Convertendo os valores das médias para idades de desenvolvimento (em meses) verificámos uma idade de desenvolvimento no grupo com IP de 24 meses e no grupo sem IP entre 48 a 60 meses.

Em conclusão, as crianças que recebem IP apresentam um valor significativamente mais baixo na sua capacidade de autonomia.

5.2- Questão de investigação nº 2

Será que existem diferenças significativas na capacidade de interação social nas crianças em função de receberem ou não Intervenção Precoce?

O quadro das médias sugere que as crianças sem IP têm valores superiores nesta capacidade.

Tabela 4. Média e desvio padrão da *capacidade de interação social* (Growing Skills Profile), em função do grupo.

Grupo		GSPS
Crianças com IP (N=19)	M	9,89
	dp	2,11
Crianças sem IP (N=21)	M	12,81
	dp	1,44

A análise da significância das diferenças de médias de capacidade de interação social em função do grupo, controlando as diferenças de idade (ANCOVA), revelou que há uma diferença significativa na capacidade de interação social [$F_{(1,37)} = 14,76$, $p < .001$] obtendo as crianças sem IP valores significativamente superiores.

Na análise das idades de desenvolvimento verificámos que as crianças com IP se situam no intervalo de 18 a 24 meses e as crianças sem IP se situam no intervalo de 36 a 48 meses.

Em conclusão, a capacidade de interação social está significativamente diminuída no grupo que recebe intervenção precoce.

5.3 – Questão de investigação nº 3

Será que a perceção dos fatores de risco vista pelos pais é diferente em função de os filhos receberem ou não Intervenção Precoce?

Na análise das médias dos grupos com e sem IP quanto à perceção dos fatores de risco pelos pais verificámos resultados superiores na média do grupo das crianças com IP (M= 30,53) e uma média inferior no grupo das crianças sem IP (M=26,90).

Tabela 5. Média e desvio padrão da perceção global dos fatores de risco (pais), em função do grupo.

Grupo		CBCL
Pais de Crianças com IP (N=19)	M	30,53
	dp	17,70
Pais de Crianças sem IP (N=21)	M	26,90
	dp	14,62

Para analisar se as médias variam em função do grupo fez-se um *t-teste* para amostras independentes (homogeneidade e variância controladas) em que se verificou que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas [$t_{(38)} = 0,71, p = .483$].

Embora a escala total não apresente diferenças significativas, quando realizado um *t-teste* por item verificou-se que nos itens CBCL3 (hiperactividade / problemas de atenção) [$t_{(38)} = 2,17, p = 0,036$] e CBCL4 (depressão) [$t_{(38)} = 2,70, p = 0,01$] existiam diferenças estatisticamente significativas.

Ao analisarmos as médias do CBCL3 (hiperactividade / problemas de atenção) verificamos que a média superior surge no grupo das crianças com IP (M = 6,52) sendo a do grupo sem IP de (M = 4,38). O mesmo sucede na média no CBCL4

(depressão) registando-se uma média mais elevada nas crianças com IP (M = 2,10) e a menor nas crianças sem o referido serviço (M = 0,95).

Em conclusão, apesar dos resultados desta análise serem mistos, é interessante verificar que os pais que têm crianças em Intervenção Precoce associam a estas maiores riscos relacionados com a hiperatividade / problemas de atenção e depressão.

5.4 – Questão de Investigação nº 4

Será que a perceção dos fatores de risco avaliada pelos educadores é diferente para crianças com Intervenção Precoce quando comparada com as perceções dos educadores para crianças sem IP?

Na análise das médias, verificámos que os docentes registaram um valor muito mais elevado (M = 32,47) no grupo das crianças com IP em comparação com a média (M = 12,10) das crianças sem IP.

Tabela 6. Média e desvio padrão da perceção global dos fatores de risco (Educadores), em função do grupo.

Grupo		TRF
Crianças com IP (N=19)	M	32,47
	dp	19,23
Crianças sem IP (N=21)	M	12,10
	dp	12,24

Essa diferença é estatisticamente significativa [$t_{(38)} = 4,04$, $p < 0,01$], isto é, há maior identificação de fatores de risco nas crianças com IP do que nas crianças sem IP.

Em conclusão, os educadores de Infância associam significativamente mais riscos à condição de receber intervenção precoce.

Uma análise mais detalhada desses riscos é apresentada na tabela seguinte.

Tabela 7. Média e desvio padrão das respostas por item no questionário de percepção dos fatores de risco (TRF) preenchido pelas educadoras.

Variáveis	Grupo	TRF1	TRF2	TRF3	TRF4	TRF5	TRF6	TRF7
		Agressividade	Problemas de atenção/dificuldade de aprendizagem	Isolamento social	Comport ^o Obsessivo	Problemas sociais	Comport ^o s estranhos	Ansiedade
Crianças com IP (N=19)	M	9,74	10,05	4,58	0,74	0,63	3,68	3,11
	dp	7,32	5,92	3,20	1,15	0,83	2,26	2,81
Crianças sem IP (N=21)	M	5,05	2,38	1,76	1,00	0,33	0,57	1,10
	dp	7,12	3,38	2,11	1,41	0,91	0,87	1,18

Na comparação por itens, verifica-se que os itens que mais significativamente contribuem para esta diferença são os itens: TRF1 [$t_{(38)} = 2,05$, $p = 0,04$]; TRF2 [$t_{(38)} = 5,09$, $p < 0,001$]; TRF3 [$t_{(38)} = 3,31$, $p < 0,01$]; TRF6 [$t_{(38)} = 5,85$, $p < 0,01$] e TRF7 [$t_{(38)} = 3,01$, $p < 0,01$].

Em conclusão, os educadores atribuem significativamente mais fatores de risco às crianças que recebem IP, nomeadamente quanto à maior frequência de comportamentos de agressividade, problemas de atenção e aprendizagem, isolamento social, comportamentos estranhos e ansiedade.

5.5- Questão de Investigação nº 5

Será que existe uma relação positiva entre os valores da qualidade da vinculação no adulto (pais) e as capacidades de autonomia e de interação social nas crianças com ou sem Intervenção Precoce ?

Analisando as correlações entre as diferentes tipologias de vinculação medidas pelo EVA (ansiedade, conforto com a proximidade e confiança nos outros) e os resultados obtidos pelas crianças em capacidade de autonomia e capacidade de interação social verifica-se que nenhuma delas é forte ou significativa, isto é, não se encontrou nenhuma correlação significativa entre os tipos de vinculação do adulto e os

indicadores de resiliência nas crianças, quer no grupo que tem IP quer no grupo sem IP.

Em conclusão, não há qualquer evidência de relação entre qualidade da vinculação no adulto e comportamentos associados à resiliência na criança.

5.6 – Questão de Investigação nº 6

Será que existem diferenças significativas nos valores da qualidade da vinculação do adulto entre pais com filhos com e sem IP?

Na análise das médias das variáveis medidas pela EVA (ansiedade, conforto com a proximidade e confiança nos outros), verificámos valores bastantes idênticos para os pais de ambos os grupos de crianças.

Tabela 8. Média e desvio padrão dos valores das tipologias de vinculação dos pais em função do grupo.

Dimensões			Ansiedade	Conforto com a proximidade	Confiança nos outros
Grupo					
Pais de Crianças com IP (N=19)	M	2,02	3,56	3,41	
	dp	0,57	,51	,52	
Pais de Crianças sem IP (N=21)	M	2,04	3,41	3,17	
	dp	0,69	0,60	0,59	

Tal como a tabela indica, na tipologia referente à ansiedade, o valor médio do grupo de pais que têm filhos em IP (M = 2,02) é ligeiramente inferior ao grupo sem IP (M = 2,04). Consideramos este resultado como curioso, por não ser expectável.

Na segunda tipologia (conforto com a proximidade) verificámos valores médios ligeiramente superiores no grupo de pais cujos filhos recebem IP (M=3,56) em comparação com o grupo sem IP (M=3,40). Finalmente na terceira e última tipologia (confiança nos outros), verificámos um valor ligeiramente mais elevado no grupo de pais com IP (M=3,41), por oposição ao grupo sem IP (M=3,17).

A análise da significância das diferenças de médias nas três tipologias de vinculação, em função do grupo não revelou, porém, quaisquer diferenças significativas ($p > .05$).

Em conclusão, não há qualquer evidência de diferenças entre tipologias de vinculação nos pais em função de ter ou não filhos em IP.

5.7 – Síntese de resultados

1 - As crianças em Intervenção Precoce obtiveram scores significativamente mais baixos no indicador de resiliência – “ Capacidade de autonomia” – quando comparadas com crianças sem IP;

2 - As crianças em IP obtiveram scores significativamente mais baixos no indicador de resiliência – “capacidade de interação social”, quando comparadas com crianças sem IP;

3 - Os pais das crianças em IP percecionam significativamente mais riscos de hiperactividade / problemas de atenção e de depressão. No entanto, não parecem ter uma percepção global distinta dos pais cujos filhos não recebem IP;

4 - Os educadores de infância percecionam significativamente mais riscos globais e específicos nas crianças com IP, nomeadamente quanto à maior probabilidade de ocorrência de comportamentos de agressividade, dificuldades de atenção / aprendizagem, isolamento social, comportamentos estranhos e ansiedade;

5 - Não há qualquer relação entre os dois indicadores de resiliência da criança (capacidade de autonomia e capacidade de interação social) e a qualidade da vinculação nos pais;

6 – A qualidade de vinculação dos pais não difere em função de ter ou não filhos em IP.

Capítulo VI – Conclusões e Discussão

Após uma análise das seis questões de investigação, urge agora a sua análise comparativa o que permitirá um outro olhar sobre os resultados.

As duas primeiras questões remetiam-nos para a variação e comparação dos indicadores de resiliência (capacidade de autonomia e capacidade de interação social) entre os dois grupos.

Comparando os resultados obtidos, pudemos verificar que de facto existem no grupo sem IP resultados significativamente superiores quer na capacidade de autonomia quer na capacidade de competência social relativamente ao grupo com IP, o que poderá significar uma adaptação favorável nos contextos e na relação inter-pares.

Porque as capacidades de autonomia e de interação social estão dependentes das experiências diversificadas que se proporcionam às crianças, os piores resultados obtidos pelas crianças com IP podem estar associados a uma vivenciação pobre em oportunidades de autonomia e contacto social.

Se pensarmos nos contextos dos dois grupos, temos a frequência de Jardim de Infância da rede pública durante 6 horas letivas diárias para o grupo sem IP e de 8 horas, no mínimo, para o grupo com IP. Se pensarmos que as capacidades de autonomia e de interação social beneficiariam com esse diferencial poderia haver um ganho para as crianças com IP, que, para além disso, beneficiam também de um PIIP com estratégias a trabalhar por todos nestas competências. Tais ganhos, no entanto, não são evidentes neste estudo.

Os resultados indicaram ainda diferenças entre idades cronológica e desenvolvimental nas capacidades de autonomia e de interação social, corroborando a literatura (Kliewer, 1991; LaFreniere & Dumas, 1996; Mondell & Tyler, 1981).

A importância de estudos sobre o desenvolvimento da resiliência pela criança, medida através das capacidades de autonomia e de interação social decorre da possibilidade de se poderem implementar programas que ajudem no desenvolvimento de áreas que contribuam para essa mesma resiliência. Deve-se enfatizar a criação de planos de intervenção eficazes que permitam moldar / remodelar o contexto de inadaptação social precoce (Wendt, 2006).

As competências de interação social demonstram resultados consonantes com o desenvolvimento expectável para a idade para o grupo sem IP. No entanto traduzem um atraso de desenvolvimento no grupo com IP. Briggs (2000) refere que “toda a criança precisa do máximo de experiência direta possível. Só dessa maneira ela pode chegar a conhecer o seu ambiente pessoal” (p 162).

A terceira e quarta questões de investigação referem-se à percepção dos fatores de risco e à forma como são vistos por pais e por educadores. Ao compararmos as percepções dos adultos verificámos apenas diferenças significativas globais, entre os grupos, no questionário dos educadores.

Esta inexistência de diferenças globais entre os pais face às percepções de risco podem evidenciar por parte dos pais das crianças com IP um processo de não aceitação da NEE do filho, ou um processo de luto, dando lugar a expectativas irreais face ao presente e futuro da criança. Apenas a hiperactividade / problemas de atenção e a depressão aparecem com percepções associadas ao risco. Como é sabido, os problemas de atenção aparecem bastante associadas ao sucesso escolar em contexto educativo.

Este padrão de resultados sugere que para os pais das crianças com IP apenas estes dois itens se apresentam como fatores de risco, sendo os restantes 7 aspetos (oposição / imaturidade; agressividade; problemas sociais; quebras somáticas; isolamento; ansiedade; e comportamento obsessivo esquizóide) aparentemente subvalorizados. De salientar que destes sete existem alguns intimamente relacionados com problemas no desenvolvimento da resiliência, nomeadamente os problemas sociais e o isolamento. Julgamos que, independentemente da aparente subavaliação pelos pais, será imperativo que os técnicos trabalhem estes conceitos juntos das famílias, prevenindo precocemente quadros de inadaptação nos contextos e nas relações sociais. Será de suma importância para a eficácia de uma intervenção, promover a participação ativa da família na programação, na implementação e na avaliação de todo o processo.

Um aliado importante que permite priorizar necessidades da família e da criança, juntamente com o técnico de IP, poderá ser a MEIRS (uma medida de envolvimento, independência e relações sociais), da autoria de R.A. McWilliam e Shana Harnstein (2007). Trata-se de um instrumento que permite traçar o perfil de funcionamento das crianças dos 0 aos 5 anos de idade, sendo preenchida com o prestador de cuidados.

Espe-Sherwindt (1990), é a autora do modelo de corresponsabilização para pais de crianças com IP e extensível às restantes (sem IP). Neste modelo, a autora defende três questões que aferem o envolvimento parental: a competência dos pais; a interação criada com os pais (vínculo afetivo) que permite o desenvolvimento em áreas chave; e por fim, que a intervenção deve sempre devolver o controlo aos pais. Este modelo tem sugestões de estratégias que ajudam a promover as competências parentais, o que, segundo as observações ecológicas, se chama de interação nos contextos holísticos (família, apoios informal e formal alargados e próximos).

Os pais poderão estimular comportamentos ou características da criança que estão relacionados com os seus valores parentais e que não estão, necessariamente, relacionados com a vinculação, mas com a sociabilidade e o temperamento (Fox, Kimmerly, & Schafer, 1991) e (Steele & Fonagy, 1996).

Uma perceção comum dos fatores de risco entre o grupo de pais e os educadores foi a hiperatividade / problemas de atenção (CBCL3) e problemas de atenção / aprendizagem (TRF2).

Quanto aos educadores a perceção de fatores de risco é mais alargada e distintiva. Identificam diferenças globais e parcelares em: agressividade (TRF1); problemas de atenção / dificuldades de aprendizagem (TRF2); isolamento social (TRF3); comportamentos estranhos (TRF6); e ansiedade (TRF7), nas crianças com IP. Todo este conjunto de perceções associados ao risco das crianças com IP parece sugerir alguma ausência de inclusão destas crianças no contexto.

Face aos indicadores de risco para a resiliência enfatizamos a depressão enquanto fator de risco visto pelos pais e a agressividade, o isolamento social e ansiedade nas perceções dos educadores.

Os educadores apenas não apresentam como perceção de fatores de risco, no grupo com IP, as características referentes a: comportamento obsessivo; e problemas sociais.

Deixar de fora das perceções de risco, os problemas sociais, característica associada à resiliência, não parece claro.

O facto dos educadores não apresentarem como fator de risco a perceção dos problemas sociais coloca um pouco a tónica das perceções de risco, no grupo com IP, nos fatores biológicos e não tanto nos fatores sociais. Isso afasta-nos um pouco do que o sistema de elegibilidade da IP, segundo o SNIPI e o decreto-lei nº 281/2009

propõem, e nos remete um pouco mais para a prática centrada na criança promovida maioritariamente pela educação especial e o decreto lei 3/2008.

Um dos trabalhos a fazer, pelo técnico de IP, será o de nivelar as perceções dos docentes e dos pais, por forma a trabalharem o mais uniformemente possível para potenciar o desenvolvimento da resiliência nas crianças com IP. Outro dos desafios para a equipa de IP consiste no trabalho conjunto com o docente, técnicos e pais promovendo ações, estratégias conjuntas para um trabalho verdadeiramente transdisciplinar entre todos os intervenientes nos contextos de vida da criança.

Sugere-se que um dos instrumentos que poderá ser um aliado para a alteração das perceções poderá ser a utilização da EBR (entrevista baseada nas rotinas), cujos autores são Rasmussen e McWilliam (2006). Este instrumento poderá ser utilizado na avaliação das necessidades, recursos e prioridades, adequados a algumas famílias. O objetivo é alicerçar a intervenção nas rotinas, nos diferentes contextos da criança, em parceria com os prestadores de cuidados, educadores e todos os intervenientes. Este instrumento enfatiza a capacidade de escutar as famílias como pilar para uma intervenção mais adequada às suas prioridades. Os mapas de rotinas podem ser outro aliado.

Outros instrumentos que poderão ser úteis para compreender e nivelar expectativas são: 1) a Escala de Avaliação da Satisfação da Família com as Rotinas, adaptada de Scott e McWilliam (2000); 2) a Escala de Avaliação do Apoio Social à Família (Dunst, Jenkins & Trivette, (1984); e 3) o Inventário das Necessidades da Família (Bailey & Simeonsson (1988); e 4) o Inventário de Rotinas na Família (Boyce, Jensen, James & Peacock, 1993).

Nas duas últimas questões de investigação referimo-nos à relação dos valores da qualidade da vinculação do adulto com as competências indicadoras de resiliência na criança. Verificámos que os valores médios de vinculação dos prestadores de cuidados não divergia muito e não apresentava qualquer correlação com o desenvolvimento das capacidades de autonomia e de interação social das crianças com e sem IP. Este dado poderá traduzir que ao nível da ansiedade, conforto com proximidade e confiança nos outros, a qualidade da vinculação dos prestadores de cuidados dos dois grupos não é um fator condicionante do desenvolvimento da resiliência nas crianças. A inexistência de uma relação direta, poderá dever-se à falta de cruzamento com a qualidade da vinculação da criança. Esta é uma questão que merece estudo específico, mais aprofundado.

A promoção de atividades conjuntas entre pais e filhos poderá ser conseguida através do recurso a um instrumento com evidência empírica aliçercada em resultados, como é o CARE-INDEX de Crittenden (2001). Este instrumento permite, através da filmagem de um momento lúdico, entre o prestador de cuidados e a criança, uma avaliação das relações afetivas e da vinculação da criança, e a posterior descrição e pontuação dos comportamentos maternos e dos comportamentos infantis. Com a devolução de resultados à família, com sugestões de alguns aspetos a trabalhar, pode promover-se o reforço desta relação e por conseguinte capacitar a família e potenciar o desenvolvimento da criança.

Sroufe (1989), escreve que a autonomia e vinculação não são opostas: a relação de vinculação fornece a base para a autonomia e o desenvolvimento da autonomia implica a transformação da relação de vinculação.

As crianças com relações de vinculação seguras apresentam maiores probabilidades de ter expectativas sociais positivas dos pares, que se sustentam no facto das suas figuras de vinculação terem respondido às suas necessidades de um modo positivo em fases mais precoces do seu desenvolvimento (Booth & Ainscow, 1998).

Um dos objetivos gerais da IP é apoiar a construção das competências sociais da criança. O desenvolvimento das competências sociais da criança implica treino de capacidades, modificações ambientais, apoio aos prestadores de cuidados e trabalho com os pares.

Luthar, Cicchetti & Becker, (2000), apresentam questões essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência e que se relacionam com este estudo. Realçamos a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem no desenvolvimento humano.

Em 2009, a NAEYC, (National Association for the Education of Young Children) definiu as práticas recomendadas para o atendimento de crianças dos 0 aos 3 anos. Estas deverão:

- Basear-se no nível desenvolvimental da criança e atuar na sua Zona de Desenvolvimento Potencial;
- Respeitar e ser responsivas à individualidade de cada criança;
- Constituir experiências de aprendizagem relevantes e significativas para a criança / família;
- Basear-se no conhecimento científico sobre desenvolvimento e aprendizagem (práticas baseadas na evidência).

McCubbin, Thompson e McCubbin (1996), tomando como base a teoria do stress e adaptação estudaram a resiliência no âmbito da família, considerando esta última na sua totalidade, submetida a desafios próprios do ciclo vital e outros inesperados. Enfatizaram que este processo passa pelos recursos internos da família e os externos da comunidade.

Segundo os mesmos autores, com a importância atribuída a redes de suporte social e a crenças construídas socialmente, a resiliência deixa de ter um caráter individual absoluto, e passa a ter um caráter sistémico e ecológico. É enfatizada a resiliência nos adultos frente a adversidades vividas na infância.

A resiliência é um conceito construído socio-historicamente, impregnado de valores e significados próprios da cultura em que ele se insere. Fatores de risco e protetores são diferentes dependendo da população e de suas origens. Portanto, o significado do que é resiliência, fatores protetores e fatores de risco, pode ser diferente para diferentes populações, da mesma forma que as pesquisas são um retrato dos problemas enfrentados por cada país e / ou região em particular. A definição do conceito evoluiu do indivíduo (traços de personalidade), para a família (construção relacional) e redes sociais mais amplas (visão ecológica), (Souza & Cervený, 2006).

A resiliência é uma família complexa de conceitos que exige sempre a cuidada definição conceitual e operacional. Resiliência não é uma característica única ou um processo. Muitos outros atributos e processos estão envolvidos. Há diversos caminhos para a resiliência (Masten & Obradovic, 2006).

A percepção do risco nos indicadores de resiliência, diminuta por parte dos pais, levanta a necessidade de um trabalho aprofundado nesta área, em verdadeira parceria entre pais e técnicos.

A percepção dos fatores de risco por parte dos docentes também deverá ser interligada com a componente comportamental e intimamente nivelada com as dos pais e restante equipa.

A inexistência de diferença significativa nos valores da qualidade da vinculação nos pais dos dois grupos, será algo revelador. Partindo-se destes indicadores que não são negativos, poder-se-á capacitar famílias, apoiando-nos nos pontos fortes para capacitar os pontos fracos, em ambos os grupos.

Parece claro no final do estudo a enorme importância da resiliência enquanto construto pessoal, relacional e social para todos os intervenientes no trabalho em IP,

podendo e devendo a vinculação, enquanto geradora de um modelo interno de desenvolvimento, ser o alicerce para fomentar os indicadores de resiliência necessários à criança.

Para futuras investigações, seria importante dar continuidade a este estudo procurando a replicação dos resultados e incluir a qualidade da relação de vinculação da criança, enquanto variável importante para compreender a origem do desenvolvimento da autonomia e da capacidade de interação social.

Limitações e dificuldades sentidas

A dissertação usou 4 diferentes tipos de instrumentos o que acarretou algumas dificuldades. O CBCL e o TRF apresentavam um espectro de idades bastante elevado, até aos 18 anos, existindo bastantes questões sem aplicabilidade na vida das crianças e famílias inquiridas. A EVA, escala de vinculação do adulto, mostrou-se um pouco intrusiva para alguns prestadores de cuidados no momento do preenchimento, originando muitas vezes várias não respostas ou duplas respostas. A medida de qualidade da vinculação dos pais, não apresentou resultados estatisticamente significativos, o que pode sugerir a necessidade de usar outras medidas semelhantes.

O estudo foi aplicado a uma amostra relativamente pequena e realizado numa área específica do país. Importaria alargar quer a dimensão da amostra quer diversificar os locais.

As metodologias de avaliação e de classificação das representações da vinculação dos pais podem não se adequar, uma vez que as representações da vinculação foram medidas através das respostas de apenas um dos prestadores de cuidados primários (pai, ou mãe, ou avó). Seria importante considerar as representações de ambos os pais ou das pessoas que têm, com a criança, uma relação quotidiana.

Poder-se-ia também aplicar o instrumento em versão ou alargada ou reduzida mas na totalidade das suas secções e em todas as equipas locais de Intervenção Precoce (ELI) e analisar, mais circunstanciadamente, as discrepâncias entre os indicadores de resiliência (capacidades de autonomia e de interação social) nos diferentes contextos da criança no grupo com IP.

É imperativo desenvolver a capacitação das famílias de crianças com e sem IP numa promoção dos indicadores de resiliência para que, face a situações de adversidade, possam estar munidas de recursos pessoais, relacionais e sistémicos de reação positiva ao risco.

Referências bibliográficas

- Ainsworth, M. D. (1965). Further research into the adverse effects of maternal deprivation. In J. Bowlby *Child Care and Growth of Love*. London: Penguin Book.
- Ainsworth, M. D., & Wittig, B. (1969). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.) *Determinants of infant behaviour*. London: MethuenAltman.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Ainsworth, M. & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 333-341.
- Alves, P. B. (1997). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados - Resenha. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10 , 369-373.
- Alves, S. (2000). *Qualidade da vinculação e o estatuto de risco no pré-escolar*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Anthony, E. J. & Cohler, B. J. (1987) *The invulnerable child*. New York: Guilford.
- APA - American Psychological Association (2000). *PsycINFO* [On-line].Disponível: www.psycinfo.com. Recuperado em 12 jul. 2003 e 10 dez.2004.
- Bailey, D.B., Simeonson, R. J., Yoder, D. E., Huntingtn (1990). Preparing professionals to serve infants and toddlers with handicaps and their families. *Exceptional children*, 58(4), 298-309.
- Bailey, D. B.; Simeonsson, R. J. (1988). *Family assessment in early intervention*. Columbus: Merrill Publishing Company.
- Bairrão, J. & Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de Intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica.

- Bairrão, J. (1993). *A educação pré-escolar em zonas desfavorecidas. Encontro sobre Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Baldwin, M. W. & Fehr, B. (1995). On the instability of attachment style ratings. *Personal Relationships*, 2, 247-261.
- Barnett, D. & Vondra, J. I. (1999). Atypical patterns of early attachment: theory, research, and current directions. *Monographs of the society for research in child development*, 1-24.
- Barrera, M., Biglan, A., Taylor, T. K., Gunn, B. K., Smolkowski, K., Black, C. & Fowler, R. C. (2002). Early elementary school intervention to reduce conduct problems: A randomized trial with Hispanic and non-Hispanic children. *Prevention Science*, 3(2), 83-94.
- Bartholomew, K. & Shaver, P. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. Simpson & W. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. (pp. 25-45). New York: Guilford press.
- Baumrind, D. (1993). The average expectable environment is not good enough: A response to Scarr. *Child Development*, 64, 1299-1307.
- Belsky, J., Steinberg, L. & Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: and evolutionary theory of socialization. *Child Development*, 62, 4, 647-670.
- Benard, B. (1997). Turning it around for all youth: From Risk to Resilience. [ERIC document reproduction n.º ED412309].
- Benard, B., & Marshall, K. (2001). *Opportunities for child-initiated learning: long-term follow-up studies of preschool programs*. Minnesota: National Resilience Resource Center, University of Minnesota.
- Berman, W. H. & Sperling, M. B. (1994). The structure and function of adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults – clinical and developmental perspectives*, (pp. 3-28). New York: Guildford Press

- Booth, T. & Ainscow, M. (1998). *From them to us: An international study of inclusion in education*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to the mother. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969, 1982). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. Londres: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Apego*. Volume I da trilogia Apego e Perda. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment* (2nd Rev. Ed.). New York: Basic Books (Original work published 1969).
- Boyce, Jensen, James & Peacock (1993). *The Family Routines Inventory: theoretical origins*. In social science and medicine, 17, 193-200.
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2003). *The irreducible needs of children: What every child must have to grow, learn, and flourish*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
- Brazelton, T.B., Kozlowski, B., & Main, M. (1974). *The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction*. In M. Lewis & L.A. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver* (pp. 49-77). Oxford: Wiley-Interscience.
- Brazelton, T. B. (1992). *Touchpoints: Your child's emotional and behavioral development*. Addison-Wesley Publishing Company, One Jacob Way, Reading, MA 01867-3999.
- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2006). *A criança dos 3 aos 6 anos. O desenvolvimento emocional e do comportamento*. Lisboa: Editorial Presença.
- Briggs, D. C. (2000). *A autoestima do seu filho*. São Paulo: Martins Fontes.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *The process-person-context model in developmental research: Principles, applications and implications*. Quebec: Laval.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Org.), *Handbook of child psychology* (v.1, pp.993-1027). New York: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: biocological perspectives on human development*. London: Sage.
- Bruder, M. B., Dunst, C. J. & Mogro-Wilson, C. (2010). *A national examination of the competence and confidence of early childhood interventionists*. Manuscript submitted for publication.
- Campos, J., Campos, R. & Barrett, K. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25, 294-402.
- Cecconello, A. M. (1999). *Competência social, empatia e representação mental da relação de apego em famílias em situação de risco*. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Cyrułnik, B. (2003). *Resiliência - essa inaudita capacidade de construção humana*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Collins, N. & Read, S. (1994). Cognitive representations of adult attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew e D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships*. Vol. 5: *Attachment processes in adulthood* (pp. 53-90). London: Jessica-Kingsley.
- Correia, C. & Karen, M. (1997). Reliability and validity of the addiction severity index among out patients with severe mental illness. *Psychological Assessment*, vol 9.
- Crittenden, P.M (2003). *Manual de Cotação "CARE-INDEX"*. Não publicado.
- Crittenden, P. M., Landini, A., & Claussen, A. H. (2001). A dynamic-maturational

- Approach to treatment of maltreated children. In J. Hughes, J. C. Conley, and A. La Greca (Eds.) *Handbook of Psychological Services for Children and Adolescents* (pp. 373-398), New York: Oxford University Press.
- Crowell, J., Fraley, C. & Shaver, P. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 434-468). New York: The Guilford Press.
- Cruz, I. (1995). Um programa de intervenção pré-escolar centrado na comunidade. *Psicologia, 10*, 91-106.
- Decreto-Lei nº 281/2009. Ministério da Educação. Diário da República – I Série, nº 193 – 6 de outubro de 2009, pp.7298-7301.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Dunst, C. J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In S. L. Odom, R. H. Homer, M. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 161-180). New York, NY: Guilford Press.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. (2009). Using research evidence to inform and evaluate early childhood intervention practices. *Early childhood Special Education*.
- Dunst, C., Jenkins, V. & Trivette, C. (1984). The family support scale: Reliability and validity. *The journal of Individual, Family and Community Wellness, 1* (4), 45-52.
- Edelman, G. M. (1987). *Neural darwinism: The theory of neuronal group selection*. New York: Basic Books.
- Espe-Sherwindt, M. (1990). Early intervention with parents with mental retardation: do we empower or impair? *Infants & Young Children, 2* (4), 21.
- Ferland, F. (2006). *O desenvolvimento da criança no dia a dia. Do berço até à escola primária*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (Suppl.2), 231-257.
- Fortin, L., & Bigras, M. (1996). *Les facteurs de risque et les programmes de prévention auprès d'enfants en troubles de comportement*. Québec: Éditions Behaviora.
- Fox, N., Kimmerly, N., & Schafer, W. (1991). Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. *Child development*, 62 (1), 210-225.
- Fraley, R.C., Shaver, P.R. (1999), Attachment theory and recent controversies concerning "grief work" and the nature of the attachment. *Handbook of attachment*, 735-759, Guilford Press.
- Fuertes, M. (2010). A outra face da investigação: Histórias da vida e práticas de investigação precoce. *Revista das práticas à investigação*, 89-109.
- Fuertes, M. (2010). Estudo exploratório sobre a classificação da vinculação atípica: desorganização ou adaptação? *Psychologica*, 52, vol.1.
- Fuertes, M. (2011). *Intervenção Precoce: Em perspectiva? Educação dos 0 aos 3 anos*. Actas do Concelho Nacional de Educação, pp. 117-119.
- 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, issue 4, p. 320-331.
- Fuertes, M. (2005). *Rotas da vinculação: o desenvolvimento do comportamento interactivo e a organização da vinculação no primeiro de vida do bebé prematuro*. Tese não publicada. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Garcia, I. (2001). Vulnerabilidade e resiliência. *Adolescência Latino-Americana*, 2:128-130.
- Garnezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.

- Garnezy, N. & Masten, A. (1994). Chronic Adversities. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Herson (Orgs.), *Child and Adolescent Psychiatry*, pp. 191-207. Oxford: Blackwell Scientific.
- Garnezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In R. J. Haggerty, L. R. Scherrod, N. Garnezy & M. Rutter, (Orgs.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms, and interventions* (pp.1-18). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gottlieb, G. (1991). Experiential canalization of behavioral development: Theory. *Developmental Psychology*, 27, 4-17.
- Gottlieb, G. (1991) Experiential canalization of behavioral development: Results. *Developmental Psychology*, 27, 35-39.
- Grossmann, K., Grossmann, K. E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Englisch, H., & Zimmermann, P. (2002). The uniqueness of the child-father attachment relationship: Father's sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social development*, 11 (3), 307-331.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.
- Hawley, D. & DeHaan, L. (1996). Towards a definition of family resilience: Integrating life span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-298.
- Harlow, H. F. & Harlow, M. K. (1965). The affectional systems. *Behavior of nonhuman primates*, 2, 287-334.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.
- Hetherington, E. M. (1989). Coping with family transitions: Winners, losers and survivors. *Child Development*, 60, 1-14.
- Hinde, R. A. (1997). *Relationships: a dialectical perspective*. London: Lawrence Earlbaum Associates.
- Hinde, R. A. & Stevenson-Hinde, J. (1986). Relating childhood relationships to individual characteristics. In W. W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development*, pp. 27-50. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

- Hornstein, S., & McWilliam, R. A. (2007). Measuring family quality of life in families of children with autism spectrum disorders. In *23rd Annual International Conference on Young Children with Special Needs and their Families, Division for Early Childhood*, Niagara Falls, ON, Canada.
- Howes, C., Matheson, C. C. & Hamilton, C. E. (1994). Maternal, teacher, and child care history correlates of children's relationships with peers. *Child Development*, 65, 264-273.
- Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In J. Cassidy e P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*, pp. 671-687. New York: Guilford Press.
- Kliewer, W. (1991). Coping in middle childhood: relations to competence, type A behavior, monitoring, blunting, and locus of control. *Developmental Psychology*, 27, 689-697.
- Koller, S. H. (2000). Resiliência e vulnerabilidade de crianças em situação de risco social e pessoal : estudo longitudinal com crianças pobres. *Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio Científico. Anais* [On-line], 8. Disponível em www.universiabrasil.net/teses.
- Kusisqa, W. (1997). Project description for Bernard van Leer grant application. documento interno. Lima, Promudeh (em espanhol).
- LaFrenière, P. & Dumas, J. E. (1996). Social competence and behavior evaluation in children ages 3 to 6 years: The short form (SCBE-30). *Psychological Assessment*, 8, 369-377.
- Lamb, M. (1977). Father-infant and mother-infant interactions in the first year of life. *Child Development*, 48, 167-181.
- LeBuffe, P. & Naglieri, J. (1999) *The Devereux Early Childhood Assessment*. Lewisville, NC: The Kaplan Company.
- Lemery, K. S., Goldsmith, H. H., Klinnert, M. D., & Mrazek, D. A. (1999). Developmental models of infant and childhood temperament. *Developmental Psychology*, 35 (1), 189.

- Lemos, M. & Meneses, I. (2002). A avaliação da competência social: Versão portuguesa da forma para professores do SSRS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18, 3, 267-274.
- Lewis, M. (1994). Does attachment imply a relationship or a multiple relationships? *Psychological Inquiry*, 5, 47-51
- Lewis, C. & Lamb, M. E. (2003). Fathers' influences on children's development: The evidence from two-parents families. *European Journal of Psychology of Education*, 18 (2), 211-228.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The Construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work: *Child Development*, 71 (3), p. 543-558.
- Luthar, S. S. & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (2nd ed., pp. 510-549). New York: Cambridge University Press.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D., Zoll, D. & Stahl, J. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23, 681-692.
- Main, M. & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. Brazelton & M. Joffe (Eds), *Affective Development in Infancy*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Martineau, S. (1999). *Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to "kids at risk"*. Tese de Doutorado não publicada, The University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Process in Development. *American Psychologist*, 56, 3, 277-238.

- Masten, A. & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in Developmental Psychopathology. Em B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Orgs.), *Advances in Clinical Child psychology* (pp. 1-52). New York: Plenum.
- Masten, A. S. & Wright, M. O. (1998). Cumulative risk and protection models of child maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 2, 7-30. (Also published as a monograph, in B. B. R. Rossman & M. S. Rosenberg (Eds.), *Multiple victimization of children: conceptual, developmental, research and treatment issues* (pp. 7-30). Binghamton, NY: Haworth).
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094 (1), 13-27.
- Masten, A. S., Sesma, A., Si-Asar, R., Lawrence, C., Miliotis, D. & Dionne, J. A. (1997). Educational risks for children experiencing homelessness. *Journal of School Psychology*, 35, 27-46.
- Masten, A. S. & Coastworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist*, vol 53, pp. 205-220.
- Masten, A. S., & Sesma, A. (1999). Risk and Resilience among children homeless in Minneapolis. *Cura Reporter*. 29 (1), 1-6.
- McCubbin, H. I. & McCubbin, M. A. (1988). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, 37, 247-254.
- McCubbin, H. I., Thompson A. I., & McCubbin, M. A. (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation*. Madison: University of Wisconsin Publishers.
- McWilliam, R. A. (2010). *Routines-Based early Intervention-Supporting Young Children and their Families*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- McWilliam, R.A., Tocci, L. & Harbin, G. (1998). Family-centered services: Service providers' discourse and behaviour. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18 (4), 206-221.

- McWilliam, R.A., Casey, AM & Sim, J. (2009). The routines based interview – A method for gathering information and assessing needs. *Infants & Young Children, 22*, 224-233
- McWilliam, R.A., & Hornstein, S. (2007). Medida de Envolvimento, Independência e Relações Sociais (MEIRS). *SISKIN Children's Institute*, 1-29
- McWilliam, R. A. & Scott, S. (2000). A support approach to early intervention: A three part framework. *Infants and Young Children, 13* (4), 55-66.
- Meltzoff, A. N. (1995). Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children. *Developmental psychology, 31* (5), 838.
- Metropolitan Educational Research Consortium (1992). A qualitative study of resilient at-risk students. [ERIC document reproduction n.º ED 389 779].
- Ministério da Educação (1997). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Mogilka, M. (1999) Autonomia e formação humana em situações pedagógicas: um difícil percurso. *Educação e Pesquisa*. São Paulo: USP, n. 2, p.57-68.
- Mondell, S., & Tyler, F. B. (1981). Child psychosocial competence and its measurement. *Journal of Pediatric Psychology, 6*, 145-154.
- Montandon, C. (2005). As práticas Educativas Parentais e a experiência das crianças. *Educação e Sociedade, Campinas, 26* (91), 485-507. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>.
- Monteiro, L., Veríssimo, M., Castro, R. & Oliveira, C. (2006). Partilha da responsabilidade parental. Realidade ou expectativa? *Psychologica, 42*, 213-229.
- Moreira, A. P. (2010). *Situação-Limite na Educação Infantil: Contradições e possibilidades de intervenção*. Dissertação de Doutorado. Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, 140p).

- Morgado, R. (2001). *Abuso Sexual Incestuoso: Seu Enfrentamento pela Mulher/Mãe*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Moshman, D., Glover, J. A. & Bruning, R. H. (1987). *Development psychology: a topical approach*. Boston: Little, Brown and Company.
- Nucci, L. P., Killen, M. & Smetana, J. G. (1996). Autonomy and the Personal: Negotiation and Social Reciprocity in Adult-Child Social Exchanges. In M. Killen (Ed.), *Children's Autonomy, Social Competence and Interactions with Adults and Other Children: Exploring Connections and Consequences* (pp. 7-24). New York: Joussey-Bass.
- Pipp-Siegel, S., Siegel, C. H. & Dean, J. (1999). Neurological aspects of disorganized / disoriented attachment classification system: differentiating quality of the attachment relationship from neurological impairment. In J. I. Vondra e 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, 3, 25-44.
- Preyer, W. (1988). *The Mind of the Child*. New York:Appleton.
- Rae-Grant, N., McConville, B., Kenned, J., Vaug, W. & Steiner, H. (1999). Violent behavior in children and youth: preventive intervention from a psychiatric perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38 (3),235-241.
- Rose-Krasnor, L., Rubin, K. H., Booth, C. L. & Coplan, R. (1996). The relation of maternal directiveness and child attachment in preschoolers. *International Journal of Behavioral Development*, 19 (2), 309-325.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatric*, 147 (6), 598 611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.

- Rutter, M. (1991): Resilience: Some conceptual Considerations. Trabalho apresentado em *Initiatives Conference on Fostering Resilience*. Washington D.C., dezembro de 1991.
- Rutter, M. (1996). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Orgs.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.181-214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1998). Developmental catch up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol 39, 465-476.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Rutter, M. & Caron, C. (2006). Comorbidity in child psychopathology : concepts, issues and research strategies, *Journal of child psychology and psychiatry*. Volume 32, (7), pp. 1063–1080.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81 (1), 6–22.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of Child Development Research*, 4, pp. 187-244. Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, pp. 364 – 391. New York: Cambridge University Press.
- Santos, L.P. & Fuertes, M. (2005). Vinculação em populações especiais. In J. Bairrão (coord.) *Desenvolvimento: contextos familiares e educativos* (pp. 172-199). Porto: Livpsi.
- Shaver, P. R. & Mikulincer, M. (2002). Dialogue on adult attachment: Diversity and integration. *Attachment and Human Development*, 4 (2), 243-257.
- Shaver, P. R. & Fraley, R.C. (2000). Adult romantic attachment: theoretical

- developments, emerging controversies, and answered questions. *Review of General Psychology*, vol 4, pp.132-154.
- Shonkoff, J. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*, 81 (1) 357-367.
- Silva, A. M. (2004). *Desenvolvimento de competência social nos adolescentes*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Simeonsson, R. & Bailey, D. (1990). Family Dimensions in early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkof (eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 428-444). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sinclair, V. G. & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of brief resilient coping scale. *Assessment*, 10, pp.1-9.
- Smetana, J. G. (1988). Adolescents and parents conceptions of parental authority. *Child Development*, 59(2), pp. 321-35.
- Soczka, L. (1989). *A perspectiva ecológica em psicologia*. Lisboa: Laboratório Nacional de Engenharia Civil.
- Souza, M. T. & Cervený, C. M. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Interamerican Journal of Psychology*, 40 (1), 115-122.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: an inquiry into de genesis of psychiatric condition in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Sroufe, L. A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M. Perimutter (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology*, pp. 44-81. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sroufe, A., Fox, N. E., & Pancake, V. R. (1983). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Sroufer L. A. & Rutter, M. (1984) The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55,17-29.

- Sroufe, L. A. (1989). Relationships, self and individual adaptation. In A.Sameroff & R.Emde (Eds), Relationships and disturbances in early childhood - a developmental approach. New York: Basic Books, pp.70-94.
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants. *Child Development*, 67, 541-555.
- Strayer, F. F. (1989). Coadaptation within the peer group: A psychobiological study of early competence. In B. Schneider, G. Atilia, J. Nadel, & R. Weisman (Eds.), *Social competence in developmental perspective*, pp. 145-174. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Strayer, F. (1997). *La psychobiologie de la sélection sociale chez le jeune enfant: recherches écologiques sur la construction précoces des habilités sociales*. Toulouse: Laboratoire d'Ecologie Sociale et Culturelle.
- Tyler, F. (1984). El comportamiento psicosocial, la competencia psicosocial individual y las redes de intercambio de recursos como ejemplos de psicología comunitaria. *Revista Latino-Americana de Psicología*, 16, 77-92.
- Tudge, J. (2002). Vygotsky, the zone of proximal development, and peer collaboration: Implications for classroom practice. In L. C. Moll (Ed.), *Vygotsky and education: Instructional implications and applications of sociohistorical psychology*, pp.155-176. Cambridge: Cambridge University Press.
- Valsiner, J. (1987). *Culture and the development of children's action*. Chichester: Wiley.
- Van, I. M. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, 8-21.
- Vaughn, B. E. (2001). A hierarchical model of social competence for preschool-age children: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 14 (2),13-40.
- Vaughn, S. & Fletcher, J.M. (2009). Response to intervention preventing and remediating academic difficulties. *Child Development Perspectives*, 3, (1), pp. 30–37.

- Veríssimo, M., Monteiro, L. & Santos, A. J. (2006). Para além da mãe: vinculação na tríade mãe-pai-criança. In J. C. Coelho Rosa, & S. Sousa (Eds.), *Caderno do bebé*, pp. 73-85. Lisboa: Fim de Século.
- Veríssimo, M., Monteiro, L., Vaughn, B. & Santos, A. (2003). Qualidade da vinculação e desenvolvimento sócio-cognitivo. *Análise Psicológica*, 4, 419-430.
- Walsh F. (1996). The concept of family resilience: crisis and challenge. *Family Process*, 35, pp.261-81.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening Family Resilience*. London: Guilford Press.
- Waters, E. & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71, 164-172.
- Waters, E. (2002). Live long and prosper. Retrieved from http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/gallery/live_long_/live_long.html.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes e J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 171-184). New York: Basic Books.
- Weiss, R. S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In P. Marris, J. Stevenson-Hinde & C. Parkes (Eds.), *Attachment across the life cycle*, pp. 66-76. New York: Routledge.
- Wendt, N. C. (2006). Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.
- Yunes, M. A., Miranda, A. T. & Cuello, S. E. (2004). Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenções no Brasil*, 197-218.
- Zigler, E., & Trickett, P. K. (1978). IQ, social competence, and evaluation of early childhood intervention programs. *American Psychologist*, 33, 789-798.

Zimmerman, M. A. & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 8 (4),1-18.

Anexos:

Anexos dos instrumentos de resiliência

GSII “The Schedule of Growing Skills II” (Bellman, Lingam e Aukett, 1996)

Nome:			
Data de nascimento:		Idade:	
Sexo:			
Data de Avaliação:			
Responsável pela avaliação:			
Responsável de caso:			

Itens	CAPACIDADES POSTURAS PASSIVAS	Pontuação	
	Posição Supina		
1	Cabeça na linha média(1)	1	
2	Levanta as pernas na vertical e olha para os pés(6)	2	
	Suspensão Ventral		
3	Cabeça alinhada com o corpo, ancas em semi – extensão(1)	1	
4	Cabeça acima da linha do corpo, ancas e ombros em extensão(3)	2	
	Tracção Para a Posição Sentado		
5	Queda considerável da cabeça, quando o corpo está na vertical, controlo momentâneo da cabeça antes de cair para a frente(1)	1	
6	Pouca ou nenhuma queda da cabeça(3)	2	
7	Tracção pelas mãos, retesa os ombros e faz força para se sentar(6)	3	
	Posição Sentado (apoiado pelo adulto)		
8	Costas moderadamente curvadas(3)	1	
9	Costas direitas(6)	2	
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES POSTURAS PASSIVAS		

Itens	CAPACIDADES POSTURAS ACTIVAS(0-12m.)	Pontuação	
	Posição de Decúbito Ventral		
10	Cabeça de lado, joelhos flectidos sob o abdómen, com ancas elevadas (cintura pélvica em flexão), braços encostados ao tórax com cotovelos flectidos(RN)	1	
11	Levanta a cabeça momentaneamente, ancas elevadas (cintura pélvica em semi-flexão)(1)	2	
12	Levanta a cabeça e a região superior do peito, com apoio nos antebraços, sem flexão da cintura pélvica(3)	3	
13	Apoia peso nas palmas das mãos com braços em extensão(6)	4	
14	Coloca-se na posição de gatas(8)	5	
	Posição Sentada (Sem apoio)		
15	Mantém-se sentado, momentaneamente sem apoio(6)	1	
16	Mantém-se sentado por períodos prolongados (contar pelo menos até 10)(8)	2	
17	Passa para posição sentado a partir de decúbito ventral ou dorsal(10)	3	
	Posição de pé (Com apoio nas axilas ou ancas)		
18	Apoia algum peso nos membros inferiores(6)	1	
19	Apoia todo o seu peso nos membros inferiores(8)	2	
20	Mantém-se de pé agarrado (ex. Móvelia)(10)	3	
21	Põe-se de pé agarrado à móvelia(12)	4	
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES POSTURAS ACTIVAS		

Itens	CAPACIDADES LOCOMOTORAS	Pontuação	
	Movimento e Equilíbrio		
22	Rebola e vira-se (apoiado sobre a barriga) para se deslocar	1	
23	Tenta gatinhar ou arrastar-se (por vezes para trás)	2	
24	Anda, seguro por ambas as mãos, apoiando todo o peso nos pés	3	
25	Anda agarrado à mobília (ou empurra carrinho com rodas)	4	
26	Anda sozinho, pés afastados e braços elevados para manter o equilíbrio	5	
27	Anda bem, pés ligeiramente afastados, consegue virar esquinas e parar subitamente	6	
28	Apanha um objecto do chão sem cair	7	
29	Corre com confiança, pára e inicia com cuidado, evita obstáculos	8	
30	Salta elevando ambos os pés do chão	9	
31	Anda em “bicos dos pés”	10	
32	Corre em “bicos dos pés”	11	
33	Dá 3 saltos ao pé-coxinho	12	
34	Anda, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé (ex. em cima de uma linha) (pelo menos 4 passos)	13	
35	Mantém-se 8 segundos em equilíbrio, em cada um dos pés	14	
	Escadas		
36	Sobe escadas de gatas	1	
37	Sobe escadas com a mão segura, colocando ambos os pés no mesmo degrau (sem alternância de pés)	2	
38	Sobe e desce escadas, com confiança, sem alternância de pés	3	
39	Sobe escadas com alternância de pés e desce escadas sem alternância de pés, de modo independente	4	
40	Sobe e desce escadas de modo independente, colocando um pé em cada degrau (padrão adulto)	5	
41	Sobe escadas a correr	6	
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES LOCOMOTORAS		

Itens	CAPACIDADES MANIPULATIVAS	Pontuação	
	Mãos		
42	Mãos fechadas e polegar flectido	1	
43	Olha para as mãos e brinca com os dedos	2	
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra	3	
45	Preensão palmar (o objecto é agarrado pelo polegar e vários dedos, contactando com a palma da mão) ?	4	
46	Transfere objecto de uma mão para a outra ?	5	
47	Segura 2 cubos, um em cada mão e junta-os ?	6	
48	Pega num pequeno objecto realizando pinça inferior (segura o objecto entre o polegar e outros dedos, sem oposição completa – ex. Pinça lateral) ?	7	
49	Pega num pequeno objecto realizando uma pinça nítida (oposição completa entre o polegar e o indicador) ?	8	
50	Atira deliberadamente os brinquedos ao chão (arremeço)	9	
51	Vira páginas de um livro (várias de cada vez) ?	10	
52	Vira uma página de cada vez ?	11	
53	Coloca 10 pinos dentro da chávena em 30 segundos ?	12	
54	Coloca 8 pinos na tábua de encaixe em 30 segundos ?	13	
	Cubos		
55 ©	Torre de 2 cubos ?	1	
56 ©	Torre de 3 cubos ?	2	
57 ©	Torre de 4-6 cubos ?	3	
58 ©	Torre de 7 + cubos ?	4	
59 ©	Constrói ponte de cubos (com modelo à vista) ?	5	
60 ©	Constrói escada de 3 degraus com 6 cubos (modelo à vista) ?	6	
	Desenho		
61 ©	Rabisca para cá e para lá ?	1	
62 ©	Rabisco circular ?	2	
63 ©	Copia linha vertical e / ou horizontal ?	3	

Itens	CAPACIDADES MANIPULATIVAS	Pontuação	
64 ©	Copia círculo ?	4	
65 ©	Copia cruz ?	5	
66 ©	Copia quadrado ?	6	
	Desenho da Figura Humana		
67 ©	Criança desenha a cabeça e uma outra parte ?	1	
68 ©	Criança desenha cabeça, pernas e braços (2) ?	2	
69 ©	Criança desenha cabeça, face, tronco, pernas e braços ?	3	
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES MANIPULATIVAS		

Itens	CAPACIDADES VISUAIS	Pontuação	
	Função Visual		
70	Volta-se para a luz difusa (ex. Janela)	1	
71	Fixa momentaneamente um pom-pom a 30 cm de distância ?	2	
72	Foca objecto (a 30 cm distância) que balança com movimento pendular e segue-o com os olhos num trajecto de 90° ?	3	
73	Segue objecto que balança, num trajecto de 180° ?	4	
74	Converge os olhos com aproximação do objecto ?	5	
75	Apona com o indicador com precisão para objecto pequeno ?	6	
	Compreensão Visual		
76 ©	Observa objecto que cai, mas não o procura no chão (sem permanência do objecto) ?	1	
77 ©	Olha para o local correcto à procura de objecto que cai (permanência do objecto) ?	2	
78 ©	Procura objecto escondido ?	3	
79 ©	Atento e interessado pelo movimento à distância (ex. Através da janela, movimento de um pássaro, etc.)	4	
80 ©	Apona com o dedo para objectos distantes	5	
81 ©	Mostra-se interessado em gravuras ?	6	
82 ©	Reconhece detalhes do Livro de Figuras ?	7	
83 ©	Completa o quadro de formas ?	8	
84 ©	Completa o quadro do peixe ?	9	
85 ©	Reconhece pequenos detalhes de figuras ?	10	
86 ©	Combina 2 cores ?	11	
87 ©	Combina 4 cores ?	12	
88 ©	Emparelha os 10 cartões de cores ?	13	
89	Coopera em teste formal de visão (6 metros) (ex. Carta de Snellen) ?	14	
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS		

Itens	AUDIÇÃO E FALA	Pontuação	
	Função Auditiva		
90	Assusta-se com ruído súbito	1	
91	Responde à voz	2	
92	Olha para o local de onde vem a voz da mãe	3	
	Compreensão Auditiva		
93	Vira a cabeça na direcção a fonte sonora	1	
94	Atento aos sons rotineiros	2	
95	Compreende “não / adeus”	3	
96	Reconhece o próprio nome	4	
97	Mostra compreender os nomes de pessoas ou objectos familiares	5	
98	Selecciona, a pedido, 2 de 4 objectos ?	6	
99	Aponta para 2 partes do corpo nomeadas (ex. nariz e mãos)	7	
100	Aponta para partes do corpo na boneca (ex. olhos e barriga) ?	8	
101	Segue ordem de 2 passos (ex. “Dá de beber à boneca”; “Penteia o cabelo da boneca”) ?	9	
102	Mostra compreender os verbos, utilizando as gravuras de actividades ou acções ?	10	
103	Mostra compreender as funções dos objectos, utilizando gravuras ?	11	
104	Mostra compreender as preposições (ex. debaixo, em cima, atrás, etc.) ?	12	
105	Compreende adjectivos relacionados com a dimensão ?	13	
106	Compreende negativos (ex. Qual é que não tem sapatos ?) ?	14	
107	Cumprir uma ordem com duas instruções (ex. “Põe a boneca no chão e depois vai fechar a porta”) ?	15	
108	Compreende perguntas mais complicadas (ex. O que fazes se te perderes ?)	16	
109	Cumprir ordem com 3 instruções (ex. “Antes de dares o copo à mãe, põe a colher no chão e dá-me a boneca”) ?	17	

Itens	AUDIÇÃO E FALA	Pontuação	
110	Compreende negativos em frases complexas (ex. “Qual é que não serve nem para comer nem para beber”) ?	18	
PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E FALA			

Itens	FALA E LINGUAGEM	Pontuação	
Vocalização			
111	Faz sons guturais ocasionais	1	
112	Vocaliza quando satisfeito	2	
113	Ri e grita durante a brincadeira	3	
114	Palra continuamente e com entoação	4	
115	Imita sons dos adultos, sons divertidos (ex. tosse, “brr”)	5	
Linguagem Expressiva			
116	Lalações incessantes contendo vogais e muitas consoantes	1	
117	Usa uma palavra com significado	2	
118	Comunica utilizando simultaneamente gestos e vocalizações	3	
119	Usa várias palavras com significado (pelo menos 4)	4	
120	Usa mais de 7 palavras com significado	5	
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros	6	
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases simples	7	
123	Nomeia objectos e gravuras familiares	8	
124	Discurso geralmente compreendido pela mãe	9	
125	Usa palavras interrogativas (ex. Onde? O quê?) e usa 2 pronomes pessoais (ex. eu, tu,...)	10	
126	Capaz de manter conversação simples e descrever acontecimentos	11	
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais	12	
128	Consegue relatar vagamente acontecimentos recentes	13	
129	Discurso fluente e claro	14	

Itens	FALA E LINGUAGEM	Pontuação	
130	Consegue construir frases com 5 ou mais palavras ?	15	
131	Consegue descrever uma sequência de acontecimentos ?	16	
132	Consegue explicar acontecimentos ?	17	
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE LINGUAGEM E FALA			

Itens	CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL	Pontuação	
Comportamento Social			
133	Sorri	1	
134	Responde ao tratamento carinhoso	2	
135	Gosta do banho e dos cuidados de rotina	3	
136	Leva tudo à boca (exploração oral) ?	4	
137	Mostra-se irritado quando frustrado	5	
138	Bate palmas e acena adeus	6	
139	Explora objectos que estão à sua volta	7	
140	Imita actividades da vida diária	8	
141	Comportamento rebelde quando contrariado	9	
142	Brinca com outras crianças mas não partilha brinquedos	10	
143 ©	Partilha brinquedos	11	
144 ©	Mostra-se preocupado com irmãos e amigos	12	
145	Ajuda activamente irmãos e amigos	13	
146	Escolhe os melhores amigos	14	
Jogo			
147	Quando lhe é oferecida uma roca, abana-a para obter som ?	1	
148	Encontra um objecto parcialmente escondido ?	2	
149	Encontra rapidamente um objecto escondido ?	3	

Itens	CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL	Pontuação	
150 ©	Explora com interesse as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos ?	4	
151	Brinca sozinho ou perto de pessoa familiar	5	
152 ©	Brinca com os brinquedos de modo habilidoso (ex. Empurrar objectos grandes sem bater na parede)	6	
153	Chuta bola pequena ?	7	
154	Atira com a mão uma bola pequena (por cima da cabeça) ?	8	
155 ©	Sabe aguardar a sua vez no jogo ?	9	
156 ©	Participa em jogos de cooperação e imaginação, cumprindo as regras	10	
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL			

Itens	CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA	Pontuação	
	Alimentação		
157	Segura no biberão enquanto está a ser alimentado	1	
158	Agarra na colher	2	
159	Segura, morde e mastiga uma bolacha	3	
160	Bebe por um copo (adequado para bebés) com ajuda	4	
161	Segura na colher mas não se alimenta	5	
162	Segura na colher, leva-a à boca mas entorna	6	
163	Segura no copo com ambas as mãos e bebe sem entornar muito	7	
164	Come sozinho com a colher, sem entornar muito	8	
165	Levanta o copo com uma mão, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade	9	
166	Come perfeitamente sozinho, com colher	10	
167	Come com colher e garfo	11	
168	Come com garfo e faca (com pequena ajuda)	12	
169	Não necessita de ajuda durante toda a refeição	13	
	Higiene		

Itens	CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA	Pontuação	
170	Dá sinal, chorando ou contorcendo-se, quando está molhado ou com fezes	1	
171	Antecipa as necessidades de higiene com comportamento agitado ou vocalizações	2	
172	Mantém-se seco durante o dia	3	
173	Verbaliza necessidade de ir à casa de banho em tempo razoável	4	
174	Mantém-se geralmente seco durante a noite	5	
175	Lava as mãos	6	
176	Lava e seca as mãos, e tenta escovar os dentes	7	
177	Lava e seca completamente as mãos e cara	8	
178	Veste-se e despe-se sozinho (excepto botões e fechos)	9	
179	Veste-se e despe-se sozinho (incluindo botões e fechos)	10	
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA			

PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES COGNITIVAS	
---	--

LEGENDA

??? É necessário material para aplicar este item

© Este item contém um elemento cognitivo

Q Utilizar quando a qualidade da prestação é questionada. Manter a pontuação do item.

Perfil de Desenvolvimento (“The Schedule of Growing Skills II”)

	Postura Passiva	Postura Activa	Locomotora	Manipulativa	Visual	Audição Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognitiva
60 meses			20 19	28 27	20	21 20	22 21	24	23 22 21	34 33 32
48 meses			18 17	26 25 24	19	19 18	20 19	23	20 19 18	31 30 29 28
36 meses			16 15	23 22 21	18 17	17 16	18 17	22 21 20	17 16	27 26 25 24
30 meses			14 13	20 19 18	16	15 14	16 15	19 18	15 14	23 22 21 20
24 meses			12 11 10	17 16 15	15 14	13 12	14 13 12	17 16	13 12 11	19 18 17 16
18 meses			9 8 7	14 13 12	13	11 10	11	15 14	10 9 8	15 14 13 12
15 meses			6 5	11 10	12	9	10 9 8	13 12 11	7 6	11 10 9
12 meses		12	4 3	9 8	11 10	8 7	7 6	10 9 8	5 4	8 7 6
10 meses		11 10	2 1	7	9	6	5	7	3	5 4
8 meses		9 8 7		6	8	5	4	6	2	3 2
6 meses	9 8 7	6 5 4		5 4	7 6	4 3	3	5 4	1	1
3 meses	6 5 4	3		3 2	5 4	2	2	3 2		
1 mês	3 2 1	2		1	3 2		1	1		
0 meses		1			1	1				

CBCL Questionário do Comportamento da Criança (para Pais) 4 a 18 anos (1991 adaptado pelo Núcleo de Psicologia-Departamento de Pediatria HFF).

Nome: _____	Data de Nascimento: __/__/__	Idade: _____
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Ano de Escolaridade: _____	Escola: _____
Mãe: _____		Idade: _____
Profissão: _____		Nacionalidade: _____
Pai: _____		Idade: _____
Profissão: _____		Nacionalidade: _____
		Data de aplicação: __/__/__

Segue-se uma lista de afirmações que descrevem crianças. Para cada afirmação que descreva o/a seu/sua filho/a, **AGORA** ou **NOS ÚLTIMOS 6 MESES**:

Por favor, marque uma cruz (X) no **2** se a afirmação é **MUITO VERDADEIRA** ou **FREQUENTEMENTE VERDADEIRA**.

Marque a cruz (X) no **1** se a afirmação é **ALGUMAS VEZES VERDADEIRA**.

Por fim, marque com uma cruz (X) no **0**, se a afirmação **NÃO É VERDADEIRA**.

Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar exactamente ao seu/sua filho/a.

SUBLINHE QUALQUER UMA QUE O/A PREOCUPE.

- 0 1 2 1. Age de maneira infantil para a sua idade.
- 0 1 2 2. Tem alergia (s), (*descreva*): _____

- 0 1 2 3. Discute muito
- 0 1 2 4. Tem asma
- 0 1 2 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto
- 0 1 2 6. Faz as suas necessidades fora da casa de banho
- 0 1 2 7. Mostra-se vaidoso, gabarola
- 0 1 2 8. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento muito tempo
- 0 1 2 9. Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (está sempre a pensar e a falar do mesmo) (*descreva*): _____

- 0 1 2 10. Não consegue ficar sentado sossegado, é muito activo ou irrequieto
- 0 1 2 11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
- 0 1 2 12. Queixa-se de estar muito sozinho
- 0 1 2 13. Fica confuso, parece não saber onde está
- 0 1 2 14. Chora muito
- 0 1 2 15. É cruel com os animais
- 0 1 2 16. Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros
- 0 1 2 17. Sonha acordado ou perde-se nos seus pensamentos
- 0 1 2 18. Magoa-se deliberadamente ou já fez tentativas de suicídio
- 0 1 2 19. Exige muita atenção
- 0 1 2 20. Destrói as suas próprias coisas
- 0 1 2 21. Destrói objectos da família ou de outras crianças
- 0 1 2 22. É desobediente em casa
- 0 1 2 23. É desobediente na escola
- 0 1 2 24. Não come bem
- 0 1 2 25. Não se dá bem com outras crianças
- 0 1 2 26. Não parece sentir-se culpado depois de se ter comportado mal
- 0 1 2 27. Fica ciumento com facilidade, é invejoso
- 0 1 2 28. Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (*descreva*): _____

- 0 1 2 29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares (sem incluir medo da escola) (*descreva*): _____

- 0 1 2 30. Tem medo de ir para a escola
- 0 1 2 31. Tem medo de pensar em coisas más
- 0 1 2 32. Acha que deve ser perfeito
- 0 1 2 33. Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele
- 0 1 2 34. Sente que os outros o perseguem, que o querem apanhar em falta
- 0 1 2 35. Sente-se sem valor, inferior ou desprezível
- 0 1 2 36. Magoa-se com frequência, tem tendência para acidentes
- 0 1 2 37. Mete-se em muitas brigas
- 0 1 2 38. É frequentemente ridicularizado, fazem pouco dele
- 0 1 2 39. Anda com crianças que se metem em sarilhos
- 0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (*descreva*): _____
-
- 0 1 2 41. É impulsivo ou age sem pensar
- 0 1 2 42. Gosta de estar sozinho
- 0 1 2 43. Mentira ou faz batota
- 0 1 2 44. Rói as unhas
- 0 1 2 45. É nervoso, muito excitado ou tenso
- 0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (*descreva*): _____
-
- 0 1 2 47. Tem pesadelos
- 0 1 2 48. As outras crianças não gostam dele
- 0 1 2 49. Tem prisão de ventre, obstipação
- 0 1 2 50. É demasiado nervoso ou ansioso
- 0 1 2 51. Sente tonturas
- 0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado
- 0 1 2 53. Come demais
- 0 1 2 54. Cansa-se demasiado
- 0 1 2 55. Tem peso a mais
- 0 1 2 56. Tem problemas físicos sem causa médica conhecida:
- 0 1 2 a) Dores
- 0 1 2 b) Dores de cabeça
- 0 1 2 c) Náuseas, sente enjoos
- 0 1 2 d) Problemas com a vista (*descreva*): _____
- 0 1 2 e) Borbulhas ou outros problemas de pele
- 0 1 2 f) Dores de estômago
- 0 1 2 g) Vômitos

- 0 1 2 h) Outros problemas (*descreva*): _____

- 0 1 2 57. Agride fisicamente outras pessoas
- 0 1 2 58. Tira coisas do nariz, coça a pele ou outras partes do corpo (*descreva*):

- 0 1 2 59. Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público
- 0 1 2 60. Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
- 0 1 2 61. O seu trabalho escolar é fraco
- 0 1 2 62. É desastrado, desajeitado ou tem falta de coordenação
- 0 1 2 63. Prefere brincar com crianças mais velhas
- 0 1 2 64. Prefere brincar com crianças mais novas
- 0 1 2 65. Recusa-se a falar
- 0 1 2 66. Repete várias vezes as mesmas acções ou gestos; compulsões (*descreva*): ____

- 0 1 2 67. Já tem fugido de casa
- 0 1 2 68. Grita muito
- 0 1 2 69. É reservado, guarda as coisas para si mesmo
- 0 1 2 70. Vê coisas que não existem, que não estão presentes (*descreva*): _____

- 0 1 2 71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado
- 0 1 2 72. Provoca fogos
- 0 1 2 73. Tem problemas sexuais (*descreva*): _____

- 0 1 2 74. Gosta de se “exibir”, de fazer palhaçadas
- 0 1 2 75. É tímido ou envergonhado
- 0 1 2 76. Dorme menos que a maioria das crianças
- 0 1 2 77. Dorme mais do que a maioria das crianças, durante o dia e/ou durante a noite
(*descreva*): _____
- 0 1 2 78. Suja-se ou brinca com as fezes
- 0 1 2 79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (*descreva*): _____

- 0 1 2 80. Fica de olhar fixo, sem expressão
- 0 1 2 81. Rouba coisas em casa
- 0 1 2 82. Rouba coisas fora de casa
- 0 1 2 83. Guarda e arrecada coisas de que não necessita (*descreva*): _____

-
- 0 1 2 **84.** Tem comportamentos estranhos (*descreva*): _____
-
- 0 1 2 **85.** Tem ideias estranhas (*descreva*): _____
-
- 0 1 2 **86.** É teimoso, mal-humorado ou irritável
- 0 1 2 **87.** Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
- 0 1 2 **88.** Amua muito
- 0 1 2 **89.** É desconfiado
- 0 1 2 **90.** Usa palavrões ou linguagem obscena
- 0 1 2 **91.** Fala em matar-se
- 0 1 2 **92.** Fala ou caminha durante o sono (*descreva*): _____
-
- 0 1 2 **93.** Fala demais
- 0 1 2 **94.** É muito arreliador, faz muita troça
- 0 1 2 **95.** Tem crises de fúria, temperamento exaltado
- 0 1 2 **96.** Pensa demasiado em sexo
- 0 1 2 **97.** Ameaça as pessoas
- 0 1 2 **98.** Chucha no dedo
- 0 1 2 **99.** Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
- 0 1 2 **100.** Tem dificuldade em dormir (*descreva*): _____
-
- 0 1 2 **101.** Falta à escola por motivos triviais, foge da escola
- 0 1 2 **102.** É pouco activo, move-se com lentidão, tem falta de energia
- 0 1 2 **103.** Infeliz, triste ou deprimido
- 0 1 2 **104.** É barulhento, fala invulgarmente alto
- 0 1 2 **105.** Consome álcool ou drogas (*descreva*): _____
- 0 1 2 **106.** Comete actos de vandalismo
- 0 1 2 **107.** Urina-se durante o dia
- 0 1 2 **108.** Urina na cama
- 0 1 2 **109.** Anda sempre a choramingar
- 0 1 2 **110.** Desejava ser do sexo oposto
- 0 1 2 **111.** Introvertido, não se mistura nem estabelece relações com os outros (isola-se)
- 0 1 2 **112.** É preocupado
- 113.** Por favor, indique outros problemas do aluno que não tenham sido referidos

atrás:

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

<p>I. Enumere, por favor, os desportos favoritos do seu filho. Ex.: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, ballet, etc.</p>	Em comparação com outras crianças da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?				Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?				
	<input type="checkbox"/> Nenhum	Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média	Não sei	Pior que a média	Dentro da média	Melhor que a média
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>II. Enumere, por favor, os passatempos, actividades e jogos favoritos do seu filho, que não sejam desportos. Ex.: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar, etc. (não inclua ouvir rádio ou ver TV)</p>	Em comparação com outras crianças da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?				Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?				
	<input type="checkbox"/> Nenhum	Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média	Não sei	Pior que a média	Dentro da média	Melhor que a média
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>III. Por favor enumere quaisquer organizações, clubes, equipas ou grupos a que o seu filho pertença:</p>	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau é activo em cada um?				
	<input type="checkbox"/> Nenhum	Não sei	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____				

IV. Por favor enumere quaisquer empregos ou tarefas do seu filho. Por exemplo: lavar a loiça, tomar conta de crianças, fazer a cama, etc. (inclui tanto trabalhos pagos como não pagos):

Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-los bem?

<input type="checkbox"/> Nenhum	Não sei	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.

1. O seu filho tem aproximadamente quantos amigos íntimos? (não irmãos ou irmãs)	Nenhum <input type="checkbox"/>	Um <input type="checkbox"/>	2 ou 3 <input type="checkbox"/>	4 ou mais <input type="checkbox"/>
2. O seu filho tem actividades com os amigos fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana? (não inclua irmãos ou irmãs)	Menos de uma <input type="checkbox"/>	1 ou 2 <input type="checkbox"/>	3 ou mais <input type="checkbox"/>	

VI. Em comparação com outras crianças da sua idade, até que ponto:

	Pior	Próximo da média	Melhor	Não tem irmãos nem irmãs
a. Consegue relacionar-se adequadamente com os seus irmãos e irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Consegue relacionar-se adequadamente com outras crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Consegue comportar-se adequadamente com os pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Consegue divertir-se e trabalhar sozinho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Para crianças com 6 ou mais anos de idade – desempenho em disciplinas escolares (se a criança não vai à escola indique as razões, por favor):	Maus resultados	Abaixo da média	Médio	Acima da média
a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Francês/Inglês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Outras disciplinas escolares.</u>				
d) História	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por exemplo: Físico-química, Biologia, Geografia, Educação Visual, etc. Não inclua disciplinas de formação específica. Por exemplo: Relações	f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O seu filho frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial?	Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
		Que tipo de estabelecimento? _____		
O seu filho já repetiu algum ano?	<input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
		Qual e porquê? _____		
O seu filho teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro?	<input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>	
		Descreva-o, por favor: _____		

Quando começaram os problemas?

Os problemas mencionados já acabaram? Não Sim

Quando? _____

O seu filho tem alguma doença, deficiência física ou deficiência mental? Não Sim Descreva, por favor _____

TRF Questionário do Comportamento da criança, Relatório do Professor, (1991 adaptado pelo Núcleo de Psicologia-Departamento de Pediatria HFF).

Nome do aluno: _____ Idade: _____
Ano de Escolaridade: _____ Estabelecimento de Ensino: _____
Professor: _____ Data de aplicação: _____

1. Há quanto tempo conhece este aluno?

2. Acha que o conhece: Muito bem Razoavelmente Não muito bem

3. Quanto tempo por semana passa ele na sua sala?

4. De que tipo de aula se trata (*concretize disciplina*)

5. Já alguma vez ele mereceu tratamento especial, por exemplo, em termos de escolha de turma, serviços de apoio ou aulas particulares?

6. Já repetiu algum ano? Sim Não Se sim, que ano e por que motivo?

7. Rendimento escolar actual relativamente ao nível da turma (*coloque as disciplinas e assinale com uma cruz no espaço referente ao nível, por comparação com a turma*):

Disciplina	Muito abaixo	Um pouco abaixo	Dentro do nível	Um pouco acima	Bastante acima

8. Em comparação com os outros alunos da turma:

Disciplina	Muito menos	Menos	Um pouco mais	Mais	Muito mais
Está a trabalhar...					
Está a comportar-se adequadamente...					
Está a aprender...					
E feliz...					

9. Resultados mais recentes nas provas de avaliação (se disponíveis):

10. Este aluno tem alguma doença, problema físico ou mental? Sim Não Descreva, por favor:

11. O que o preocupa mais neste aluno?

12. Descreva os aspectos mais positivos deste aluno:

13. Descreva, se assim desejar, outros comentários referentes ao comportamento e trabalho deste aluno:

Segue-se uma lista de itens que descrevem o aluno agora ou nos últimos 2 meses. Por favor, coloque uma cruz no **2** se a **afirmação é muito verdadeira** ou **frequentemente verdadeira**, no **1** se a **afirmação é algumas vezes verdadeira**, e no **0**, se a **afirmação não é verdadeira**.

- | | | | | |
|---|---|---|-----|---|
| 0 | 1 | 2 | 1. | Comporta-se de maneira infantil para a sua idade. |
| 0 | 1 | 2 | 2. | Cantarola com os lábios fechados ou faz barulhos esquisitos na aula |
| 0 | 1 | 2 | 3. | Discute muito |
| 0 | 1 | 2 | 4. | Não chega a acabar as coisas que começa |
| 0 | 1 | 2 | 5. | Comporta-se como se fosse do sexo oposto |
| 0 | 1 | 2 | 6. | Desafiador, refila com os professores e funcionários |
| 0 | 1 | 2 | 7. | Fanfarrão, gabarola |
| 0 | 1 | 2 | 8. | Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento muito tempo |
| 0 | 1 | 2 | 9. | Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas
(descreva): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 10. | Não consegue ficar sentado sossegado, é muito activo ou irrequieto |
| 0 | 1 | 2 | 11. | Agarra-se aos adultos ou é muito dependente |
| 0 | 1 | 2 | 12. | Queixa-se de estar muito sozinho |
| 0 | 1 | 2 | 13. | Fica confuso, parece não saber onde está |
| 0 | 1 | 2 | 14. | Chora muito |
| 0 | 1 | 2 | 15. | Tem gestos e movimentos de irrequietude ou desassossego |
| 0 | 1 | 2 | 16. | Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros |
| 0 | 1 | 2 | 17. | Sonha acordado ou perde-se nos seus pensamentos |
| 0 | 1 | 2 | 18. | Magoa-se deliberadamente ou já fez tentativas de suicídio |
| 0 | 1 | 2 | 19. | Exige muita atenção |
| 0 | 1 | 2 | 20. | Destrói as suas próprias coisas |
| 0 | 1 | 2 | 21. | Destrói o que é propriedade dos outros |
| 0 | 1 | 2 | 22. | Dificuldades em seguir instruções |
| 0 | 1 | 2 | 23. | É desobediente na escola |
| 0 | 1 | 2 | 24. | Perturba os colegas |
| 0 | 1 | 2 | 25. | Não se dá bem com as outras crianças |
| 0 | 1 | 2 | 26. | Não parece sentir-se culpado depois de se ter comportado mal |
| 0 | 1 | 2 | 27. | Fica ciumento com facilidade, é invejoso |
| 0 | 1 | 2 | 28. | Come ou bebe coisas que não são próprias para comer (descreva): _____
_____ |
| 0 | 1 | 2 | 29. | Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola
(descreva): _____ |

- 0 1 2 30. Tem medo de ir para a escola
- 0 1 2 31. Tem medo de pensar em coisas más
- 0 1 2 32. Acha que deve ser perfeito
- 0 1 2 33. Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele
- 0 1 2 34. Sente que os outros o perseguem, que o querem apanhar em falta
- 0 1 2 35. Sente-se sem valor, inferior ou desprezível
- 0 1 2 36. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
- 0 1 2 37. Mete-se em muitas brigas
- 0 1 2 38. É frequentemente ridicularizado, fazem pouco dele
- 0 1 2 39. Anda com crianças que se metem em sarilhos
- 0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (*descreva*): _____
-
- 0 1 2 41. É impulsivo, age sem pensar
- 0 1 2 42. Gosta de estar sozinho
- 0 1 2 43. Mentira ou faz batota
- 0 1 2 44. Rói as unhas
- 0 1 2 45. É nervoso, muito excitado ou tenso
- 0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (*descreva*): _____
-
- 0 1 2 47. Submete-se em excesso às regras
- 0 1 2 48. As outras crianças não gostam dele
- 0 1 2 49. Tem dificuldade em aprender
- 0 1 2 50. É demasiado nervoso ou ansioso
- 0 1 2 51. Sente tonturas
- 0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado
- 0 1 2 53. Fala fora da vez dele
- 0 1 2 54. Cansa-se demasiado
- 0 1 2 55. Tem peso a mais
- 0 1 2 56. Tem problemas físicos sem causa médica conhecida:
- 0 1 2 a) Dores
- 0 1 2 b) Dores de cabeça
- 0 1 2 c) Náuseas, sente enjoos
- 0 1 2 d) Problemas com a vista (*descreva*): _____
- 0 1 2 e) Borbulhas ou outros problemas de pele
- 0 1 2 f) Dores de estômago
- 0 1 2 g) Vômitos

- 0 1 2 h) Outros problemas (*descreva*): _____
- 0 1 2 **57.** Agride fisicamente outras pessoas
- 0 1 2 **58.** Tira coisas do nariz, coça a pele ou outras partes do corpo
- 0 1 2 **59.** Dorme nas aulas
- 0 1 2 **60.** Apático ou desmotivado
- 0 1 2 **61.** O seu trabalho escolar é fraco
- 0 1 2 **62.** É desastrado, desajeitado ou tem falta de coordenação
- 0 1 2 **63.** Prefere brincar com crianças mais velhas
- 0 1 2 **64.** Prefere brincar com crianças mais novas
- 0 1 2 **65.** Recusa-se a falar
- 0 1 2 **66.** Repete várias vezes as mesmas acções ou gestos; compulsões (*descreva*): _____

- 0 1 2 **67.** Quebra a disciplina da aula
- 0 1 2 **68.** Grita muito
- 0 1 2 **69.** É reservado, guarda as coisas para si mesmo
- 0 1 2 **70.** Vê coisas que não existem, que não estão presentes (*descreva*): _____

- 0 1 2 **71.** Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado
- 0 1 2 **72.** Trabalho sujo ou confuso
- 0 1 2 **73.** Comporta-se irresponsavelmente (*descreva*): _____

- 0 1 2 **74.** Gosta de se “exibir”, de fazer palhaçadas
- 0 1 2 **75.** É tímido ou envergonhado
- 0 1 2 **76.** Dorme menos que a maioria das crianças
- 0 1 2 **77.** Os seus pedidos têm de ser satisfeitos imediatamente; propenso à frustração
- 0 1 2 **78.** Desatento, distraído
- 0 1 2 **79.** Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (*descreva*): _____

- 0 1 2 **80.** Fica de olhar fixo, sem expressão
- 0 1 2 **81.** Sente-se melindrado quando criticado
- 0 1 2 **82.** Rouba
- 0 1 2 **83.** Guarda e arrecada coisas de que não necessita (*descreva*): _____

- 0 1 2 **84.** Tem comportamentos estranhos (*descreva*): _____

- 0 1 2 **85.** Tem ideias estranhas (*descreva*): _____

-
- 0 1 2 86. É teimoso, mal-humorado ou irritável
- 0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
- 0 1 2 88. Amua muito
- 0 1 2 89. É desconfiado
- 0 1 2 90. Usa palavrões ou tem uma linguagem obscena
- 0 1 2 91. Fala em matar-se
- 0 1 2 92. Baixo aproveitamento
- 0 1 2 93. Fala demais
- 0 1 2 94. É muito arreliador, faz muita troça
- 0 1 2 95. Tem crises de fúria, temperamento exaltado
- 0 1 2 96. Pensa demasiado em sexo
- 0 1 2 97. Ameaça as pessoas
- 0 1 2 98. Chega atrasado às aulas
- 0 1 2 99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
- 0 1 2 100. Não cumpre as tarefas de que é incumbido
- 0 1 2 101. Falta à escola, por motivos triviais, foge da escola
- 0 1 2 102. É pouco activo, move-se com lentidão, tem falta de energia
- 0 1 2 103. Infeliz, triste ou deprimido
- 0 1 2 104. É barulhento, fala invulgarmente alto
- 0 1 2 105. Consome álcool ou drogas (*descreva*): _____
- 0 1 2 106. Extremamente desejoso de agradar
- 0 1 2 107. Não gosta da escola
- 0 1 2 108. Tem receio de cometer erros
- 0 1 2 109. Anda sempre a choramingar
- 0 1 2 110. Ar pouco asseado
- 0 1 2 111. Introverso, não se mistura nem estabelece relações com os outros (isola-se)
- 0 1 2 112. É preocupado
113. Por favor, indique outros problemas do aluno que não tenham sido referidos atrás:
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____

Escala de Vinculação do Adulto

EVA - M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R Collins & Read*, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que esbelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extramente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Não</u> me preocupo com os factos das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>