



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE LISBOA

**Estudo do sobre o impacto do risco biológico e ambiental na
qualidade da interacção mãe-filho(a)**

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

Dina Sofia Godinho Canelhas

2011



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

**Estudo exploratório sobre o impacto do risco biológico e
ambiental na qualidade da interacção mãe-filho(a)**

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

Dina Sofia Godinho Canelhas

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

2011

Este trabalho foi escrito sem obedecer ao novo acordo ortográfico

ÍNDICE

Agradecimentos	III
Siglas	IV
Índice de Esquemas	VI
Índice de Figuras	VI
Índice de Quadros	VI
Resumo	VIII
Abstract	IX

INTRODUÇÃO 1

Parte I - Enquadramento Teórico 4

Capítulo I - Intervenção Precoce

1.1. Origem da Intervenção Precoce	5
1.2. Intervenção Precoce em Portugal	9
1.3. Critérios de Elegibilidade em Intervenção Precoce em Portugal	13
1.4. Modelos Transaccional: um modelo conceptual para a intervenção com foco na promoção das relações	18

Capítulo II - Estudos da Vinculação

2. Estudos da Vinculação	23
2.1. Teoria da Vinculação	23
2.2. Vinculação e Sistemas Comportamentais	24
2.3. Fases do Desenvolvimento da Vinculação	26
2.4. Vinculação e <i>Situação Estranha</i>	28
2.5. Vinculação e seus antecedentes	33
2.6. Factores biológicos e ambientais que influenciam a interacção mãe-filho(a)	36
2.6.1. Factores biológicos <i>versus</i> ambientais	36
2.6.2. Pobreza	37

2.6.3. Prematuridade	38
2.6.4. Doença ou debilidade física	38
Parte II - Estudo Empírico	40
<u>Capítulo III - Metodologia</u>	
3. Métodos	41
3.1. Objectivos	41
3.2. Descrição da Amostra	41
3.3. Condições de recolha e protocolo experimental	46
3.4. Cotação dos Dados	47
4. Apresentação dos resultados	58
4.1. Associação entre as <i>Escalas Care-Index</i> e <i>Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho (a) - Adaptada para Condições de Risco</i>	58
4.2. Associação entre os Comportamentos Maternos e Infantis no seio da <i>Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a) - Adaptada para Condições de Risco</i>	59
4.3. Relação entre o Tipo de Risco e os Comportamentos Maternos ou Infantis em Jogo Livre	60
4.4. Associação entre os factores demográficos e os Comportamentos Materno e Infantis avaliados com a <i>Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho (a) - Adaptada para Condições de Risco</i>	63
4.5. Relação entre outros contextos de vida da criança e a qualidade do Comportamento Materno Infantil	68
5. Discussão dos Resultados	70
<u>Capítulo IV</u>	
6. Considerações Finais	75
Bibliografia	77
Anexos	86

AGRADECIMENTOS

Assim chegou ao fim um caminho.. Mas com empenho e dedicação, chegámos ao fim. E como tal dedico este trabalho a algumas pessoas que directa ou indirectamente fizeram parte dele.

Em primeiro lugar, dedico este trabalho à minha mãe, porque desde sempre ensinou-me que a vida é feita de lutas, sacrifícios e de sonhos.

Depois um agradecimento especial à Professora Doutora Marina Fuertes, minha orientadora, pela disponibilidade e dedicação desde o primeiro instante, o meu muito obrigado.

À minha amiga Sónia, por alguma revisão da literatura que disponibilizou para a realização do enquadramento teórico, assim como à minha colega Sandra.

À Rita, pela nossa amizade.

Às minha colegas da Casa da Criança Rainha Santa Isabel, porque juntas acalentamos o mesmo sonho, UM RISONHO FUTURO para as nossas crianças.

Aos meus colegas do Mestrado de Educação Especial, pelos momentos que passamos juntos.

A ti, tão longe, mas tão presente.

E por fim aos "meus meninos" que foram uma fonte de inspiração.

SIGLAS

ARS - Administração Regional de Saúde

APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

CDSSSC - Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Coimbra

DREC - Direcção Regional de Educação Centro

DSOIP - Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica

EEE - Equipas de Educação Especial

HPC - Hospital Pediátrico de Coimbra

IP - Intervenção Precoce

IPI - Intervenção Precoce na Infância

NEE - Necessidades Educativas Especiais

OD - Orientação Domiciliária

PIAF - Plano Individualizado de Apoio à Família

PIIP - Projecto Integrado de Intervenção Precoce

SNPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SOD - Serviços de Orientação Domiciliário

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1.1. Transições na qualidade interacção mãe-filho(a) ocorridas ao longo do tempo segundo o Modelo Transaccional	18
Esquema 1.2. Processo levando à emergência de problemas do comportamento	20

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Focos de intervenção na promoção da relação mãe-filho(a) segundo o Modelo Transaccional	22
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1. Critérios de Elegibilidade, segundo o SNIPI	14
Quadro.1.2. 3 Rs da Intervenção	20
Quadro 2.3. Sumário da Situação Estranha	28
Quadro 2.4. Padrões de Ligação à mãe	31
Quadro 3.5. Frequências e percentagens dos indicadores referentes à gravidez e nascimento	44
Quadro 3.6. Frequências das variáveis sócio-demográficas referentes à criança	45
Quadro 3.7. Dimensões e Unidades de Registo da Escala de Sensibilidade Materna em jogo livre (pontuação máxima)	48
Quadro 3.8. Dimensões e Unidades de Registo da Escala de Cooperação Infantil em Jogo Livre (pontuação máxima)	50
Quadro 3.9. Dimensões e Unidades de Registo da Escala de Sensibilidade Materna em Jogo Livre (pontuação mínima)	51
Quadro 3.10. Dimensões e Unidades de Registo da Escala de Cooperação Infantil em Jogo Livre (pontuação mínima)	52
Quadro 3.11. Caracterização sumária das escalas maternas do <i>CARE-Index</i>	54
Quadro 3.12. Caracterização sumária das escalas da criança do <i>CARE-Index</i>	55

Quadro 3.13. Correlação entre o comportamento interactivo materno e infantil em termos da Expressão Facial (Exp. Facial), Expressão Vocal (Exp. Vocal), Expressão Afectiva (Exp. Afectiva), Posicionamento, Reciprocidade, Directividade e Jogo	59
Quadro 3.14. Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante o tipo de risco (risco ambiental)	61
Quadro 3.15. Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante o tipo de risco (risco biológico)	62
Quadro 3.16. Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante o tipo de risco (risco ambiental e biológico)	63
Quadro 3.17. Correlações de Pearson entre as variáveis demográficas e a qualidade da interacção mãe-filho(a)	64
Quadro 3.18. Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante a situação de risco na gravidez	66
Quadro 3.19. Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais dos comportamentos infantis consoante a zona de residência	67
Quadro 3.20. Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante a situação de emprego da mãe	68
Quadro 3.21. Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante a frequência em creche <i>versus</i> ama	69

RESUMO

O presente estudo exploratório tem como principais objectivos: averiguar o impacto do risco biológico e ambiental, ou ambos, na interacção mãe-filho(a), e contribuir para a adaptação de uma escala de observação da qualidade da interacção mãe-filho(a) em interacção livre. Para o efeito observámos 40 díades mãe-filho(a) em jogo livre distribuídas por 4 grupos de estudo: o primeiro grupo composto por 14 díades sem condições assinaláveis de risco, o segundo grupo composto por 8 díades assinaláveis de risco biológico, o terceiro grupo composto por 7 díades em risco ambiental e por fim, o quarto grupo por 10 díades em risco ambiental e biológico. A recolha de dados foi realizada nos concelhos do Porto e Viseu.

A qualidade de interacção foi inicialmente observada em 50 casos com a *Escala de Comportamentos Interactivos dos bebés e das mães em jogo livre* (Fuentes, Faria, Oliveira-Costa & Soares, 2010), tendo sido posteriormente adaptada para condições de risco tomando a designação de escala *Escala de Avaliação de Comportamentos Interactivos mãe-filho(a)-Adaptada para Condições de Risco* (Fuentes & Canelhas, 2011). Os comportamentos maternos e infantis foram cotados, independentemente, relativamente à expressão facial, expressão vocal, expressão afectiva, posicionamento, directividade e jogo. Os resultados foram analisados com recurso a estatística descritiva e multinominal.

Os resultados do nosso estudo sugerem que as díades sem condições de risco tinham interacções mais positivas, recíprocas e ajustadas à idade das crianças, do que as díades sujeitas, quer a situações de risco biológico, quer a condições de risco ambiental. Adicionalmente, verificámos que alguns factores demográficos (e.g., risco na gravidez, área de residência, estabilidade profissional das mães e a frequência de creche (em oposição a amas) afectam a qualidade da interacção mãe-filho(a).

Por fim, encontramos uma forte concordância entre as duas escalas, sugerindo que a nossa escala (*Escala de Avaliação de Comportamentos Interactivos mãe-filho(a)-Adaptada para Situações de Risco*), tem indicadores capazes de captar a natureza interactiva do jogo mãe-filho(a) e deverá ser validada.

PALAVRAS-CHAVE: Interacção mãe-filho(a), risco biológico, risco ambiental.

ABSTRACT

The main goals of this exploratory study are: to investigate the impact of biological and environmental risk on the mother-infant interaction; and to adapt an observation scale of mother-infant quality of interaction for dyads at risk. For this purpose we observed 40 mother-infant dyads divided in four groups: 1) 14 dyads without risk, 2) of 8 dyads at biological risk, 3) 7 dyads at environmental risk and 4) of 10 dyads at biological and environmental risk. Data collection was conducted in Oporto and Viseu.

The quality of interaction was initially observed in 50 cases at risk with a *Escala de Comportamentos Interactivos dos bebés e das mães em Jogo Livre* (Fuertes, Faria, Oliveira-Costa & Soares, 2010). After, we performed an adapted and named the scale as *Escala de Avaliação de Comportamentos interactivos mãe-filho(a) - Adaptada para Condições de Risco* (Fuertes & Canelhas, 2011) to conditions at risk . The maternal and infant behaviors were rated independently for the facial expression, vocal expression, position, affection, turn-taking, control and activity in free play. The results were analyzed using descriptive statistics and multinomial.

The results of our study suggest that dyads without risk had more positive and reciprocal and age appropriate interactions than the dyads at risk (biological and social). Additionally, we found that some demographic factors (e.g., risk in pregnancy, residence area, employment stability and day care attendance) affected the quality of mother-infant interaction.

Finally, both scales scores were highly correlated. Therefore, we believe our scale after validation may be suitable to assess mother-infant quality of interaction for dyads at risk.

KEY-WORDS: Mother-child interaction, biological risk, environmental risk.

INTRODUÇÃO

No século XX foi dado especial relevo às questões da infância atribuindo-se às experiências dos primeiros anos de vida uma importância fundamental. Neste quadro, na parte final do século, a intervenção precoce (IP) assume-se como uma prática generalizada para responder às necessidades das crianças em risco de atraso de desenvolvimento ou portadoras de incapacidades bem como às suas famílias.

O conceito e as práticas de intervenção precoce sofreram, nas últimas quatro décadas, uma importante evolução, afastando-se de uma intervenção focada no modelo médico (centrada no técnico), para uma abordagem centrada na criança até uma intervenção centrada na família (Almeida, 2004). Em Portugal, as práticas de intervenção precoce são legisladas pela primeira vez em Outubro de 1999. Este despacho conjunto previa uma intervenção multidisciplinar, antes da criança perfazer 6 anos e centrada na família galvanizando a mudança das práticas. A avaliação das práticas salientou a necessidade de reorganizar serviços, dotar os técnicos de formação profissional especializada em IP e estabelecer critérios de elegibilidade. Com base neste diagnóstico e nos resultados da investigação empírica, nasce uma nova legislação de IP o Decreto-lei nº281/2009 que cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e define a Intervenção Precoce na Infância como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social”.

A intervenção centrada na família parte do pressuposto de que a família é uma peça chave no desenvolvimento da criança e que todas as famílias têm competências e capacidades que deverão ser reconhecidas e valorizadas (Almeida, Breia, Colôa, 2004, p.47). Com efeito, no seio da família, e particularmente na interacção com os pais, a criança aprende: a explorar o

mundo social e físico, a relacionar-se, a expressar-se afectivamente, e apreende o seu papel no mundo social. Estas primeiras experiências são cruciais na organização dos processos de desenvolvimento sócioemocional (Almeida, 2007).

Os primeiros trabalhos sobre os processos interactivos mãe-bebé partiram de uma perspectiva unidireccional, onde a criança era concebida como um ser passivo e moldado por estímulos externos (Cunningham & Mittler, 1981, citados por Leitão, 1994). Actualmente, a interacção entre a mãe e o bebé é entendida como um diálogo e o bebé concebido como um ser complexo, organizado, capaz de influenciar e interagir com o meio que o rodeia (e.g., Barnard & Kelly, 1990).

No presente trabalho, procuraremos estudar a interacção mãe-filho(a) em jogo livre e analisar o contributo de ambos para interacção.

O presente estudo tem dois grandes objectivos: 1) explorar o impacto do risco biológico e ambiental na qualidade da interacção mãe-filho(a); 2) contribuir para a adaptação de uma escala de observação da qualidade da interacção mãe-filho(a) em momentos de jogo livre.

O enquadramento teórico é constituída por dois capítulos:

Capítulo I - Origem da Intervenção Precoce; Intervenção Precoce em Portugal; Critérios de Elegibilidade em Intervenção Precoce em Portugal; Modelo Transaccional: um modelo conceptual para a intervenção com foco na promoção das relações.

Capítulo II - Vinculação: Teoria da Vinculação; Vinculação e Sistemas Comportamentais; Fases do Desenvolvimento da Vinculação; Vinculação e Situação Estranha; Vinculação e seus antecedentes; Factores biológicos e ambientais que influenciam a interacção mãe-filho(a); Factores biológicos *versus* ambientais; Pobreza; Prematuridade; Doença ou debilidade física.

A segunda parte deste trabalho, corresponde ao estudo empírico e é constituída por dois capítulos:

Capítulo III - A metodologia, apresentação dos resultados e discussão dos resultados.

Capítulo IV - Considerações finais.

Para finalizar, a nossa perspectiva é que cada investigação (mesmo exploratória) é um caminho aberto, para novas questões e novas pesquisas.

Parte I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I - Intervenção Precoce

1.1. Origem da Intervenção Precoce

O conceito de Intervenção Precoce tem sofrido nas últimas décadas uma notável evolução, essa mudança deve-se em larga medida aos resultados da investigação científica realizada sobre as práticas de intervenção precoce, educação na primeira infância e desenvolvimento infantil (Almeida, 1997).

Os primeiros programas de IP surgiram nos anos 60 nos Estados Unidos contendo duas vertentes: a vertente terapêutica e a vertente compensatória (Cruz et al., 2003, citado por Fernandes, 2008).

No que diz respeito à vertente terapêutica, os programas assumem uma perspectiva psicodinâmica onde são valorizadas as dimensões sócioemocionais, funcionando os adultos e os contextos envolventes como facilitadores para ajudar a criança a superar os períodos mais sensíveis, até atingir a maturidade. A sua prioridade dirigia-se em primeiro lugar, à criança que era considerada o foco dos problemas e mais tarde os adultos, no sentido de os apoiar na sua tarefa (Fernandes, 2008).

Na outra vertente, a compensatória, o programa Head Start ofereceu experiências e resultados chave. Este programa apoiava-se num modelo educacional remediativo compensando as crianças com atrasos de desenvolvimento, com respostas educativas, sociais e de saúde. Sendo o principal objectivo, proporcionar às crianças, de meios sócioeconómicos desfavorecidos, uma estimulação intensiva antes da entrada para a escola, no sentido de evitar insucessos futuros (Fernandes, 2008).

No início dos anos 70, também nos Estados Unidos, surge o programa Home-Star. Este programa é domiciliário e tem como principal objectivo valorizar as competências maternas para cuidar e para se relacionar com o bebé (Pimentel, 1999).

Mais tarde surgem os programas de IP para crianças com incapacidade e em risco biológico. No início, os programas de IP para crianças com incapacidades estavam muito aquém do desejado, como referem os autores Mahoney, O'Sullivan & Dennebaum (1990a, pp.1-2, citados por Pimentel, 1999), *"Os serviços de intervenção precoce para crianças com deficiência, nas questões de etiologia e tratamento, evoluiu a partir da ciência médica e dos modelos das teorias da aprendizagem...Na maioria dos casos, o tratamento previa a prestação de serviços directos que eram concebidos para compensar as complicações médicas ou físicas da criança e/ou fornecer-lhes experiências de aprendizagem directa que a ajudassem a adquirir as competências desenvolvimentais e funcionais que lhe faltavam"*.

Em termos legislativos, em 1975, a publicação da PL 94-142-Education of All Handicapped Children Act reconhece às crianças com alterações do desenvolvimento, o direito a uma educação pública e adequada num meio natural, e não restritivo (Pimentel, 2004).

A avaliação dos resultados da aplicação do programa HEAD Start, através da publicação de um conjunto de estudos elaborados pelo Consórcio para os Estudos Longitudinais (1983), revelou que as seguintes condicionantes melhoram a promoção do desempenho infantil (Fuertes, 2010, 2011a).

- a participação e envolvimentos dos pais no processo de intervenção;
- a recência da idade de ingresso da criança no programa;
- a adequada e eficaz coordenação de serviços;
- e acção no domicílio e nos contextos de vida.

Em 1986, a meta-análise de Castro & Mastropieri (com 74 estudos) sobre a eficácia do programa Head Start, corrobora os resultados anteriores, e verifica que a intervenção precoce como medida de compensação social depende directamente de 4 variáveis: o envolvimento dos pais; idade de

ingresso no programa; grau de estruturação do currículo; duração e intensidade do programa (Fuertes, 2010, 2011a).

Em 1987, a legislação anterior é alargada com a publicação de PL-99-457 e a intervenção passa a ser de carácter obrigatório abrangendo a população dos 3 aos 5 anos de idade. E também com carácter opcional dos 0 aos 3 anos. O papel da família, principalmente em relação à população dos 0 aos 3 anos, é bastante sublinhado. Assim, a IP é considerada como um serviço individualizado e centrado na família, orientada pelo Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF). O PIAF era elaborado com a família e em conjunto com a equipa multidisciplinar. Este documento incluía uma avaliação dos recursos, necessidades e prioridades da família e também dos passos necessários para atingir esses mesmos objectivos (Almeida, 1997).

Com efeito, a IP assistiu abertamente à mudança de uma perspectiva centrada na criança para uma perspectiva centrada na família (Fernandes, 2008). Uma vez que a família é o contexto de vida imediato da criança, tornava-se essencial envolver a família em todo o processo de intervenção.

É através das interacções na família que a criança pequena desenvolve os primeiros laços emocionais, que se torna num ser social e que constrói o significado das suas acções relacionais. Nesse sentido, a criança deixa de ser entendido como isolada do seu contexto e a avaliação bem como a intervenção passam a ter lugar nos contextos de vida da criança (Fernandes, 2008).

Dunst, Trivette e Deal (1988), citados por Fernandes (2008), referem que os serviços de IP prestados à família devem ser baseados nos recursos formais e informais existentes na comunidade, de forma a capacitar e a responsabilizar a família na implementação das suas soluções com vista a satisfação das suas necessidades e prioridades.

Em suma, os serviços de IP devem ser estabelecidos no contexto de relações de suporte/apoio entre o profissional e a família, baseadas em relações positivas, simétricas, francas e recíprocas entre técnicos e famílias (Correia e Serrano, 2008).

1.2. Intervenção Precoce em Portugal

No nosso país, a IP teve início por volta dos anos 60 com os S.O.D. (Serviços de Orientação Domiciliário), do então Ministério da Saúde e Assistência, este serviço tinha como objectivo apoiar crianças com incapacidade visual e suas famílias e era prestado pelo pessoal de enfermagem. Posteriormente, alargou-se este serviço a nível nacional, como um apoio directo e com um variado leque de recursos que muito contribuíram para a diminuição destes problemas (Santos et al., 2004, citado por Fernandes, 2008).

Com a extinção deste serviço em 1972, as equipas de OD (Orientação Domiciliária), assumem em Lisboa e no Porto, o compromisso de apoiar os pais de crianças com incapacidade. Posteriormente, em 1987, estes apoios são integradas na DSOIP (Direcção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica), do Ministério dos Assuntos Sociais. Neste programa valorizava-se a intervenção directa junto da criança pelo técnico e era este que tomava as decisões. Às famílias era pedido que cooperassem como agentes do programa definido pelo técnico (Fernandes, 2008).

No ano de 1973, surgem as Equipas de Educação Especial (EEE), criadas no Ministério da Educação, estas por sua vez são extintas em 1997, para dar lugar aos Apoios Educativos.

As EEE eram formadas por docentes de todos os níveis de ensino e vieram trazer um cariz mais educativo ao atendimento da população com incapacidade ou em risco de atraso de desenvolvimento. As crianças com idade inferior a três anos com risco de atraso de desenvolvimento, eram atendidas pelos educadores de infância que pertenciam às EEE. No entanto às famílias, mais uma vez, era pedido que desempenhassem o papel secundário cabendo ao técnico o poder da tomada de decisão (Fernandes, 2008).

Em Coimbra, nasce em Setembro de 1989, o Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP). Este projecto resultou da articulação de várias entidades, Administração Regional de Saúde (ARS), a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), a Direcção Regional de Educação do Centro (DREC), o Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Coimbra (CDSSSC) e o Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC). O PIIP tinha como objectivo desenvolver uma estrutura que garantisse a detecção precoce das situações de risco ou de atraso de desenvolvimento e a consequente intervenção.

Posteriormente, o interesse dos profissionais e a necessidade por estes sentida localmente, levaram ao aparecimento de diversos projectos de IP quer a nível de serviços públicos como privados.

Em 1995, o Ministério da Segurança Social através do Programa *SER CRIANÇA*, tenta promover a integração familiar e socioeducativa da criança e do jovem em risco de exclusão social e familiar, ou que evidenciem condutas anti-sociais ou desviantes.

Como nos Estados Unidos, também em Portugal, houve a preocupação de se regulamentar a Intervenção Precoce.

O Ministério da Educação reconhecendo formalmente a necessidade de haver Programas de Intervenção Precoce promulgou, em 1997, a Portaria 52/97, de 21 de Janeiro, a Portaria 1102/97, em 1991 o Decreto-Lei 319/91 e a Portaria 611, para atendimento às crianças com NEE, tendo por objectivo contribuir para que estas crianças vivam em meios o menos restritos possíveis, convivendo com as crianças normais, participando e partilhando todas as experiências da vida comum. Este decreto também contempla a participação e a responsabilização dos pais na vida escolar dos seus filhos.

"Os encarregados de educação devem ser convocados para participar na elaboração e na revisão do plano educativo individual e do programa educativo."

Decreto de Lei 319/91 art. 18º

Consequentemente existiam algumas questões pouco clarificadas deste despacho, segundo Brandão (2007), não estão definidas, as metas ou os objectivos a atingir no Plano Individual de Intervenção, também é necessário especificar o conceito de "atraso grave de desenvolvimento", isto porque como afirma a autora *"...vários autores consideram como valores de referência ou pontes de corte para definir situações de anomalia no desenvolvimento, os casos em que os quocientes de desenvolvimento da criança se situam dois desvios-padrão abaixo da média esperada para determinada idade, num determinado domínio do desenvolvimento ou, um desvio-padrão e meio, abaixo da média, em que cada um de dois dos referidos domínios"*.

Outra das críticas feitas ao despacho é que não está especificado quem é o coordenador do caso, isto porque, o coordenador é um elemento que faz a ponte entre a família e o resto dos técnicos que estão envolvidos no caso.

Em 1999, surge a primeira iniciativa legislativa para a IP, um despacho conjunto dos ministério da Saúde, Educação do Trabalho e Segurança Social. Segundo o Despacho Conjunto Nº 891/99 de 13 de Agosto, a intervenção precoce tinha como destinatários as crianças até aos 6 anos de idade, especialmente dos 0 aos 3 anos, que apresentassem incapacidades ou risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias. O principal objectivo proposto pelo despacho de 1999 era garantir a participação e a inclusão social de todas as crianças dos 0 aos 6 anos e das suas famílias, definindo-se Intervenção Precoce na Infância (IPI) como: *"O conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza*

preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social". Previam-se práticas multidisciplinares e cooperação entre os serviços de educação, saúde e acção social. Contudo, a avaliação das práticas notou alguns problemas na concretização destes objectivos.

A avaliação dos programas de IP em Portugal, foi feita com base nalguns estudos académicos. Por exemplo, num estudo sobre as percepções dos pais e dos profissionais sobre as práticas de intervenção precoce no distrito de Lisboa, Pimentel (2004) concluiu que ainda vigorava a falta de comunicação entre os técnicos e a família, que o processo de intervenção era, em muitos casos, centrado na criança e não na família e também que a intervenção era "(...) feita maioritariamente numa perspectiva monodisciplinar ou multidisciplinar, numa perspectiva diagnóstica e não funcional num único contexto e de forma pontual."

Outros trabalhos salientaram a necessidade de reorganizar e articular os serviços, dotar os técnicos de formação profissional especializada em IP e estabelecer critérios de elegibilidade para a IP (Bairrão e Almeida, 2000).

Com base neste diagnóstico e nos resultados da investigação empírica, nasce nova legislação de IP o Decreto-lei nº281/2009 que cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) que:

"(...) consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar; com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas no corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento"

Ainda é muito cedo para conhecer os resultados da aplicação desta nova legislação mas para já é uma boa notícia a designação de critérios de elegibilidade para a prática da intervenção precoce em Portugal.

1.3. Critérios de Elegibilidade em Intervenção Precoce em Portugal

A questão da elegibilidade é fundamental para as práticas de IP.

O despacho conjunto 891/99 relativo à IP, não incluía critérios de elegibilidade, cabendo a cada equipa de intervenção a definição dos seus próprios critérios de elegibilidade. Tal, colocou um dilema às equipas de IP: intervir nas incapacidades evidentes e de índole biológica ou intervir em casos de risco ambiental mais subtis mas com consequências mais nefastas a médio e longo prazo (Fuentes, 2010).

Brow e Brow (1993), citado por Fernandes (2008), identificaram três categorias que podem ser elegíveis para a Intervenção Precoce, na definição de crianças com incapacidades:

a) Crianças em Risco Estabelecido

Nesta categoria estão incluídas as crianças que apresentam problemas físicos ou mentais graves de etiologia conhecida, possíveis de originarem o atraso de desenvolvimento (e.g., síndrome de down, anomalias cromossómicas, alterações sensoriais, micro cefalias, paralisias cerebrais, entre outros).

b) Crianças com Atraso de Desenvolvimento

Na segunda categoria estão incluídas as crianças que apresentam antecedentes pessoais e familiares, nomeadamente, no que se prende com os períodos pré, peri e pós natais, que podem resultar em problemas de desenvolvimento (e.g., baixo peso à nascença, anóxia, nascimento prematuro, doença metabólica, entre outros).

c) Crianças em Risco Ambiental

Nesta categoria estão incluídas as crianças cujas experiências precoces, oportunidades de estimulação física, social e de adaptação, são de tal modo

limitadas que implicam uma alta possibilidade de atraso no desenvolvimento (Almeida, et al., 2008).

Em Junho de 2010, o SNIP estipula como elegíveis, todas as crianças dos 0 aos 6 anos e respectivas famílias, que apresentem condições incluídas nas seguintes categorias:

1. "**Alterações nas funções ou estruturas do corpo**" que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas actividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios para a respectiva idade e contexto social;

2. "**Risco grave de atraso de desenvolvimento**" pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso de relevante no desenvolvimento da criança. (Critérios de elegibilidade, 2010).

Para o acesso ao SNIPI, são elegíveis, todas as crianças do 1º e do 2º grupo, que tenham 4 ou mais factores de risco biológico e/ou ambiental (**ver quadro 1.1.**).

Quadro 1.1: *Critérios de Elegibilidade, segundo o SNIPI (Adaptado dos Critérios de Elegibilidade de 2010)*

1.Alterações nas funções ou estruturas do corpo (ICF-CY,2007)
1.1 Atraso de Desenvolvimento - Abrange uma ou mais áreas de desenvolvimento (motora, física, cognitiva, linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa)
Condições Específicas - Baseiam-se num diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, entre outras:
<ul style="list-style-type: none"> ● Anomalia Cromossómica (e.g., Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X-Frágil)

- Perturbação Neurológica (e.g., Paralisia Cerebral)
- Malformações congénitas (e.g., Mucopolisacarídeos, Glicogenoses)
- Perturbações relacionadas com exposição pré-natal e agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (e.g., Síndrome fetal alcoólico)
- Perturbações relacionadas com infecções severas congénitas (e.g., HIV, Grupo TORCH, Meningite)
- Doença crónica grave (e.g., Tumores do SNC)
- Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (e.g., Perturbações do Espectro do Autismo)
- Perturbações graves da Vinculação e outras perturbações emocionais.

2. Crianças com Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento

2.1 Crianças expostas a factores de Risco Biológico - Crianças que estão em risco de vir a manifestar limitações na actividade e participação (ICY,2007), por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento, por exemplo:

- História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento;
- Exposição intra-uterina a tóxicos (álcool, drogas de abuso);
- Complicações pré-natais severas (Hipertensão, Toxémia, Infecções, Hemorragias, etc);
- Prematuridade < 33 semanas de gestação;
- Muito baixo peso à nascença (<1,5kg);
- Atraso de Crescimento Intra-Uterino (ACIU): Peso de nascimento < percentil 10 para o tempo de gestação;
- Asfíxia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto < 4 ou PH do sangue do cordão < 7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais);

- Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas, convulsões);
- Hemorragia intraventricular;
- Infecções congénitas (Grupo TORCH);
- Criança com HIV positivo;
- Infecções graves do SNC;
- Traumatismos cranianos graves;
- Otite média crónica com risco de défice auditivo.

2.2 Crianças expostas a factores de risco ambiental - Consideram-se condições de risco ambiental a existência de factores parentais ou contextuais, que actuam como obstáculo à actividade e à participação da criança (ICF-CY, 2007), limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar. São entendidos como factores de risco parentais, entre outros:

- Mães adolescentes < 18 anos;
- Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas;
- Maus-tratos activos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança);
- Doença do foro psiquiátrico;
- Doença física incapacitante ou limitativa

Consideram-se factores contextuais, entre outros:

- Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sociocultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança);
- Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da acção social);
- Desorganização familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene);

- Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados a criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interacção mãe/pai-criança.

Como revela o quadro anterior, um dos critérios contemplados no grupo 1 são as "Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais". Pela primeira vez, é oficialmente proposto que as crianças com perturbações na vinculação e suas famílias sejam apoiadas por serviços de intervenção precoce. Estudos internacionais indicam que em Portugal, apenas cerca de 3% das crianças com este tipo de problemas recebem apoio educativo por problemas socioemocionais contrastando com 20% de prevalência noutros países europeus (European Agency for Development in Special Needs Education, 2003). Esta mudança é aparentemente uma tomada de consciência de que a organização dos processos sócioemocionais afecta todas as outras áreas do desenvolvimento e a saúde mental infantil como claramente indica a literatura científica (e.g., Greenberg, Speltz, & Dekleyn, 1993; Fuertes, Lopes dos Santos, Beegly & Tronick, 2006; 2009; 2011; van IJzendoorn, Dijkstra, & Bus, 1995; Buss & van ijzendoorn, 1988 van ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999 in Fuertes, 2011).

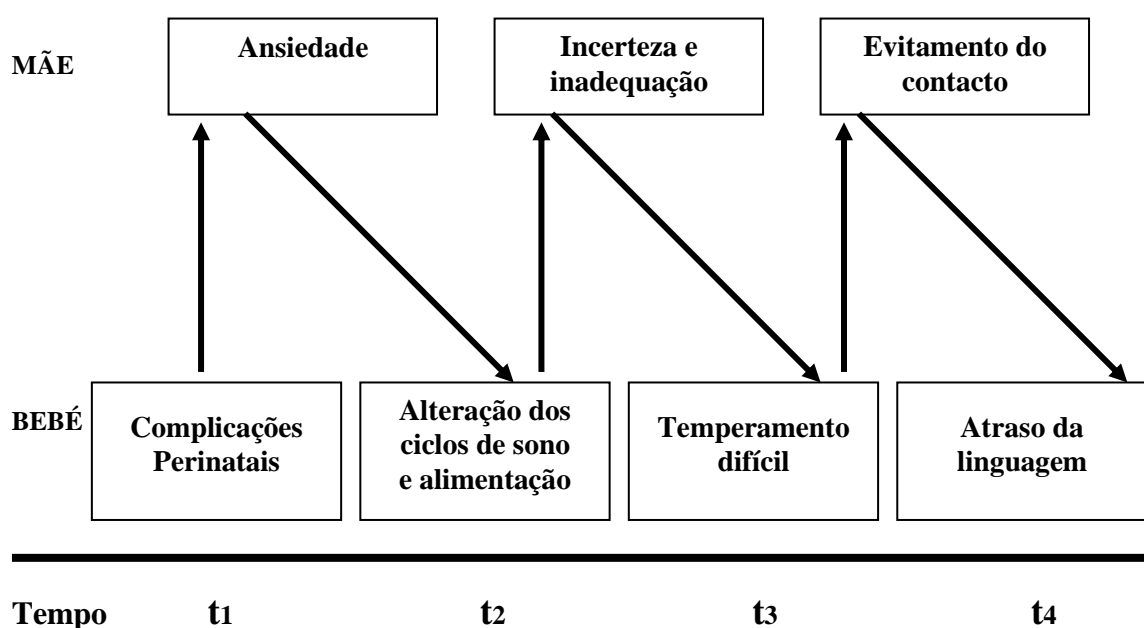
Afinal, quais são as implicações de crescer sem uma base socioemocional segura? Que estilos de comportamento diádico mãe-filho(a) podemos observar?

1.4. Modelo Transaccional: um modelo conceptual para a intervenção com foco na promoção das relações

Sameroff (1975) e Sameroff & Chandler (1975), citados por Almeida (2007), propuseram um modelo que denominaram de *Modelo Transaccional*. Este modelo afasta-se das explicações linearmente causais assentes em factores considerados isoladamente, sejam de ordem biológica ou ambiental.

O Modelo Transaccional entende o desenvolvimento infantil como um processo decorrente de interacções contínuas, dinâmicas e bidireccionais, entre a criança e as experiências que lhe são proporcionadas pela família e pelo contexto social (**ver esquema 1.1**). Assim sendo, as situações de risco biológico ou social (capazes de afectar o desenvolvimento durante os primeiros anos de vida) podem ser atenuadas ou potencializadas pelas experiências de vida (Sameroff, 1983, 1995; Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff & Fiese, 1990, 2000, in Almeida, 2007).

Esquema 1.1 – *Transições na qualidade interacção mãe-filho(a) ocorridas ao longo do tempo segundo o Modelo Transaccional* (Sameroff & Fiese, 2000)



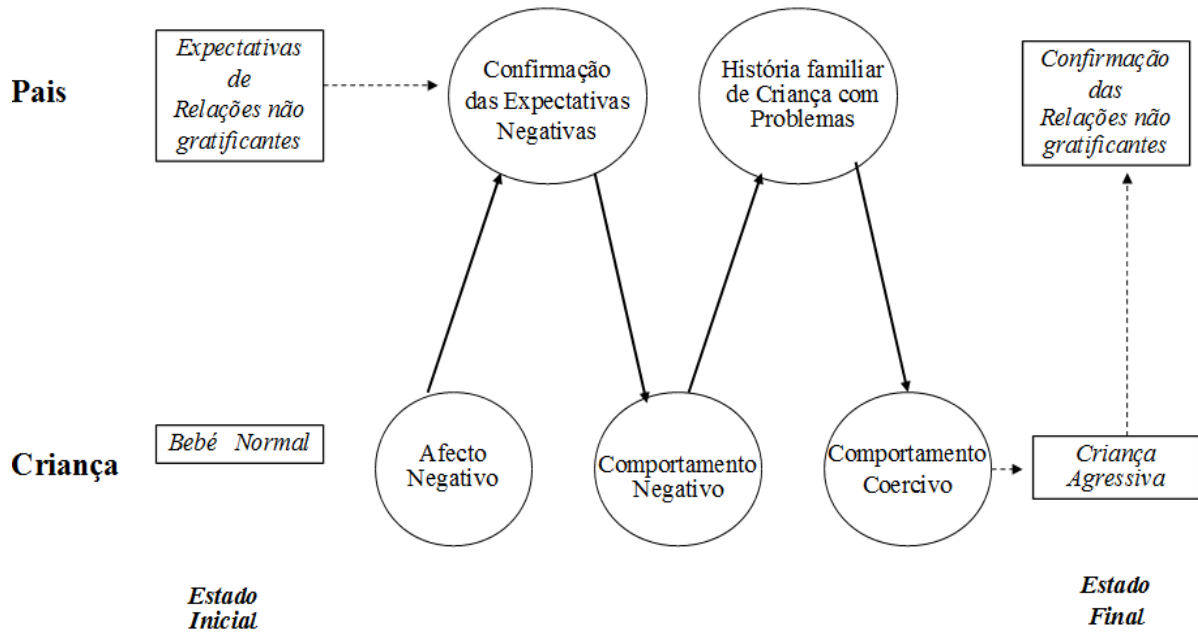
A investigação realizada no quadro do Modelo Transaccional notou que a pior condição de risco é acumulação de factores de risco. Com efeito, a partir de um determinado ponto a associação de factores de risco parece fazer ruir as estruturas de protecção do desenvolvimento da criança e abala o funcionamento da família (Sameroff & Fiese, 1990, 2000).

Da investigação anterior resulta que, para além dos factores biológicos, múltiplos factores pessoais, sociais, ou culturais afectam o desenvolvimento da criança. Com efeito, mesmo em crianças sem factores de risco associados a perturbação do desenvolvimento pode ocorrer pela adversidade de experiência vividas (**ver esquema 1.2**). Sameroff e colegas (*op. cit.*), após profusa revisão de literatura, sublinham (por exemplo) o papel da distorção das representações maternas como uma variável crítica. Variáveis desta natureza parecem funcionar como uma peça que perturba o funcionamento de uma engrenagem e a cada transição vai prejudicando cada vez mais esse sistema.

Esquema 1.2 - Processo levando à emergência de problemas do comportamento

Processo levando à emergência de problemas do comportamento

Sameroff & Fiese (2000)



No que diz respeito à IP, o *Modelo Transaccional* tem implicações a nível da identificação de objectivos e estratégias de intervenção.

O modelo proposto por Sameroff, faz uma separação entre: o efeito elicitado pela criança, a interpretação do modelo, feita pelos pais e a resposta que dão ao modelo. Assim, Sameroff, identifica três categorias de intervenção, a que chamou de 3 Rs, (**ver quadro 1.2**), (Sameroff, 1995; Sameroff & Fiese, 1990, 2000; Sameroff & MaCkenzie, 2003, citados por Almeida, 2007).

Quadro 1.2: 3 Rs da Intervenção

Remediação
Incide na alteração de uma condição identificada na criança e é,

normalmente, desenvolvida por um profissional, fora do sistema familiar. Vai alterar a forma como a criança se comporta em relação aos pais. A decisão a tomar, numa dada situação, é se esta intervenção é apropriada ou viável. Um exemplo será a medicação dada para controlar a hiperactividade de uma criança.

Redefinição

Incide numa modificação da forma como os pais percebem a criança, em casos em que eles a vêem como desajustada relativamente aos seus códigos familiares. A intervenção deverá focar-se nos pontos fortes da criança para que os pais passem a reconhecê-la como um parceiro interactivo gratificante. Vai alterar a forma como os pais interpretam o comportamento da criança. A decisão a tomar, numa dada situação, é se a dificuldade na interacção pais/criança se deve a uma inadequada das percepções dos pais, as experiências parentais anteriores inadequadas, ou se os pais simplesmente não têm as competências necessárias para desempenharem adequadamente a sua função. Como exemplo de redefinição, podemos considerar uma criança com trissomia 21 que à medida que vai crescendo cada vez se ajusta menos às expectativas iniciais dos pais.

Reeducação

Incide na passagem de novos conhecimentos e competências dos pais. O objectivo é ensinar os pais a prestar cuidados aos seus filhos, seja a nível dos cuidados básicos, a mães adolescentes, por exemplo, seja em relação a

aspectos específicos como nos posicionamentos ou técnicas de alimentação numa criança com paralisia cerebral. Vai alterar a forma como os pais se comportam em relação à criança. Um exemplo será proporcionar estratégias dos pais que lhe permitam controlar as birras da criança.

Este modelo, concebe a intervenção em múltiplos domínios quer ao nível da criança, das relações e da família e é, especialmente, pensado para apoiar e fortalecer as relações e as transições como podemos ver na **figura 1.1** (Almeida, 2007).

Figura 1.1 – *Focos de intervenção na promoção da relação mãe-filho(a) segundo o Modelo Transaccional*



Adaptado de Fuertes, 1998

Capítulo II - Vinculação

2. Estudos da Vinculação

2.1. Teoria da Vinculação

Bowlby (1958) concebe os fenómenos de procura e de manutenção da proximidade à figura materna como resultantes de um sistema de comportamentos presentes desde o nascimento. Nas palavras de Ainsworth & Bell (1970, p.50) a vinculação pode ser definida "*(...)as an affection tie that one person or animal forms between himself and another specific one - a tie that binds them together in space and endures over time. The behavioral hallmark of attachment is seeking to gain and maintain a certain degree of proximity to the object of attachment, which ranges from close physical contact under some circumstances to interaction or communications across some distance under other circumstances.*"

Esta ligação só é possível porque a criança dispõe de uma lista de comportamentos que, mesmo antes da locomoção, permitem sinalizar o desejo de proximidade à mãe (chorando, sorrindo, balbuciando, chamando) e, posteriormente, possibilitam a procura activa e manutenção do contacto (*e.g.*, agarrando-se, seguindo, trepando para o colo). Bowlby (1976), considera tratar-se de uma relação organizada segundo modelos de reciprocidade. Com efeito, o bebé desenvolve uma afeição privilegiada com uma figura particular, que pelo seu lado, lhe confere segurança e protecção nos cuidados que lhe dispensa.

Durante os primeiros tempos de vida, os seres humanos apresentam-se relativamente vulneráveis às condições do meio, em virtude da falta de experiência ou mesmo da imaturidade do próprio organismo. Os sinais de procura e conservação de proximidade funcionam como pedidos, que (em

condições ideais) a figura materna interpreta e responde de modo a salvar o bebé do perigo.

2.2 - Vinculação e Sistemas Comportamentais

Os fenómenos da vinculação são ordenados por um método comportamental onde se inscrevem vários tipos de resposta. A vinculação não se exprime, assim, morfologicamente através de comportamentos mínimos singulares cuja presença ou a ausência indicaria, a cada momento, se o método está ou não a funcionar. Com efeito, as formas particulares de resposta são, aqui, desprezáveis, interessando antes os resultados obtidos pela acção. Nesta perspectiva, o modo pelo qual uma criança se desloca em direcção à mãe (e.g., correndo, gatinhando, arrastando-se, etc.), este tipo de comportamento não tem muita relevância, o que importa sim, é o objectivo da sua locomoção (Fuertes, 1998).

Bowlby (1969/1984) distingue 5 métodos comportamentais: o sexual (reprodutivo), o parental (prestação de cuidados), o alimentar, o exploratório (reconhecimento e experimentação do ambiente) e o de vinculação. Assim, um determinado comportamento pode estar simultaneamente ao serviço de vários métodos comportamentais (e.g., o olhar, por exemplo, é um meio através do qual a criança apreende o ambiente - comportamento exploratório - ou uma das formas que a criança utiliza para seguir os movimentos da mãe).

Numa primeira fase, Bowlby (1969), em relação aos comportamentos da vinculação, estes são activados por um conjunto de informações sensoriais e desactivados por outros, segundo uma causalidade de tipo *Estímulo-Resposta*. Assim sendo, as condições como, o cansaço, a dor, o frio, a fome, a ocorrência de situações inesperadas ou alarmantes, o aparecimento de uma figura estranha, a entrada num ambiente familiar, a ausência ou o afastamento da mãe, entre outras, aparecem como agitações capazes de desencadear a acção.

Bowlby, em 1984, na reedição do 1º volume da trilogia *Attachment and loss*, considera que os processos de vinculação são controlados comportamentalmente e contribuem para a organização da personalidade. Bowlby considera, então, que o organismo só consegue desempenhar efectivamente a sua função se estiver dotado de sensores que o informem continuamente dos acontecimentos relevantes. O organismo realiza uma avaliação das condições internas ou externas e face à necessidade de uma resposta activa, os mecanismos mais apropriados de acção. De acordo com Soares (1996, p.37), "*As acções adequadas às circunstâncias serão escolhidas e implementadas até ao momento em que os sensores dos sistemas indicarem que a situação mudou, o que será experienciado pela criança através de sentimentos de conforto e segurança*". Para a realização deste processo é necessário ter em atenção o conhecimento que a criança aos poucos vai construindo acerca dos outros, de si própria e do meio que a rodeia. Como tal, poderá ganhar um maior autodomínio e exercer um controlo mais eficaz sobre os outros (Fuentes, 1998).

2.3. Fases do Desenvolvimento da Vinculação

Bowlby (1969), refere que o bebé quando nasce não é uma tábua rasa, mas vem equipado com um conjunto de sistemas que são activados no meio e que estão na base do desenvolvimento da vinculação. No início, os sistemas são um pouco diferenciados e elementares, compostos por padrões fixos de acção, que lentamente, se vão articulando entre si de maneira a poderem funcionar solidariamente no contexto de acções corrigidas para a meta.

Bowlby (1969/1984), para traçar o desenvolvimento da vinculação, descreve quatro grandes fases de evolução (Adaptado de Fuertes, 1998):

1ª Fase - *Orientação e sinais com discriminação limitada das figuras (0-8/12 semanas)* - a capacidade de discriminar pessoas. Nesta fase limita-se a estímulos visuais e auditivos. O bebé procura atrair a presença do adulto com o seu choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços. A intensidade do choro diminui com a companhia, mas o ping-pong social ainda é apenas embrionário. O bebé começa a aprender a diferenciar o familiar do estranho, e nesta diferenciação assentam as fases subsequentes;

2ª Fase - *Orientação e sinais dirigidos para uma ou mais figuras discriminadas (3-6 meses)* - o comportamento amistoso mantém-se, mas é preferencialmente dedicado à figura materna ou de substituição.

3ª Fase - *Manutenção de proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e sinais (6-24 meses)* - nesta fase a criança é ainda mais discriminatória e orientada para a mãe, respondendo à sua ausência e regresso. A tentativa de aproximação à figura materna é nítida, e realizada através de comportamentos mais variados e eficazes. Em contrapartida, o estranho recebe agora, menos respostas sociais. Existe, nesta fase, objectivamente, uma direcção comportamental com intuito vinculativo à mãe (ou seu substituto).

4ª Fase - Formação de uma relação recíproca corrigida para objectivos (a partir dos 24 meses) - a mãe passa a ser concebida como independente, mas constante no espaço e no tempo. A criança percebe que a permanência da mãe não depende apenas da sua vontade, vendo-se obrigada a negociar e a ajustar comportamentos, de modo a influenciar a conduta materna. A flexibilidade passa a fazer parte da postura da criança, que adapta os seus objectivos, de acordo com a previsão que faz das metas e comportamentos da mãe. Tal conhecimento não é alheio a um mapa conceptual que o indivíduo vai construindo com crescente acuidade e complexidade.

2.4 - Vinculação e Situação Estranha

Vista como um fenómeno instintivo, o sistema da vinculação revela uma grande labilidade relativamente às experiências do meio.

O caminho para distinguir as diferenças na qualidade da vinculação começou com as medidas centradas em comportamentos isolados, como o protesto à separação ou a procura de proximidade.

Ainsworth & Wittig (1969) imaginaram um procedimento experimental, pensado no pressuposto de que as respostas de apego são activadas face à ausência da mãe, em particular, perante pessoas e ambientes desconhecidos, este procedimento é designado de *Situação Estranha*, e é constituído por oito breves episódios (**ver quadro 2.3**), com duas separações e duas reuniões à mãe.

Quadro 2.3: *Sumário da Situação Estranha*

Episódio	Participantes	Duração	Descrição da acção
1	M,B,E(1)	30s	E mostra a sala a M e B, e saí.
2	M,B	3m	M deixa B a explorar.
3	E,M,B	3m	E entra: 1º minuto: E senta-se calada; 2º minuto: E conversa com M;

			3° minuto: aproxima-se de B;
			M saí discretamente.
4	E, B	3m ou menos	E responde a B, se necessário conforta.
5	M, B	3m	M entra e E saí: M saúda e/ou conforta B; M instiga B a voltar a brincar; M saí, despedindo-se.
6	B	3m ou menos	B fica sozinho.
7	E, B	3m ou menos	E entra e interage com B.
8	M, B	3m	M entra, saúda B, pega-lhe ao colo e E saí.

(1) M = Mãe, B = Bebê, E = Estranho, O = Observador (in Soares, 1992)

Primeiramente, a Situação Estranha foi aplicada a 13 bebês de 12 meses de idade, e permitiu observar três tipos de sensibilidade nos episódios de separação: a) escassa perturbação; b) clara perturbação, e c) *maladaptive* i.e. manifestações contraditórias de ansiedade.

Posteriormente, os autores centraram a sua atenção nos episódios de reunião, avaliando em escalas de 7 pontos os seguintes comportamentos: de procura, de proximidade e contacto; manutenção do contacto; evitamento; resistência; procura da mãe e distância na interacção.

A investigação que se seguiu (Ainsworth, Blehar, et al., 1978) permitiu obter três classificações da vinculação com base na organização de padrões de comportamento durante as fases de reunião da Situação Estranha.

A primeira classificação denomina-se de *Vinculação Segura* (Grupo B), e diz respeito às crianças com relações de vinculação segura, que são o grupo mais representativo, atingindo 65% dos sujeitos das amostras típicas (de classe média). O prestador de cuidados serve como base segura para a exploração durante toda a situação, o seu regresso suscita satisfação, a criança saúda-a ou sorri à sua chegada, e pode procurar activamente a proximidade ou o contacto.

A segunda classificação denomina-se de *Insegura-Evitante* (Grupo A), e constitui 20% das amostras típicas. Os comportamentos predominantes são de evitamento da proximidade e do contacto, não se verificando respostas à chegada da mãe.

E por último, a terceira classificação denomina-se *Insegura-Resistente* (Grupo C), e constitui 15% das amostras típicas. Nas primeiras classificações, este tipo de vinculação, foi denominado *Ambivalentes* porque as crianças deste grupo revelam ao longo de toda a interacção alguma preocupação com a mãe, mas no seu regresso, reagem com alguma resistência ou com demonstrações de irritação, (**ver quadro 2.4**).

Contudo e após a distribuição das amostras pelos padrões aferidos, registou-se que um pequeno grupo de bebés não era classificável com aquela tipologia. Este grupo foi estudado por Main & Solomon (in Ainsworth, 1978), designando-o como *inseguro-desorganizado/desorientado* (Grupo D), por

apresentar comportamentos anómalos, contraditórios, estereotipados, sem propósito aparente e expressões de confusão e desorientação.

Quadro 2.4: Padrões de Ligação à mãe

PADRÃO A: Ligação Ansiosa/Evitante
<p>A. Exploração independente da língua materna</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Separa-se facilmente para explorar antes da separação 2. Pouca partilha de afecto 3. Aproximação do estranho mesmo na ausência da mãe (pouca preferência) <p>B. Evitamento activo na reunião</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Volta-se, olha, orienta-se para outros lados, ignora 2. Pode misturar evitamento e proximidade 3. Evitamento mais intenso na segunda reunião 4. Não evita o estranho
PADRÃO B: Ligação Segura
<p>A. A figura maternal como base de segurança para a exploração</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Separa-se facilmente para explorar os brinquedos 2. Partilha de afecto e do jogo 3. Aproximação do estranho na presença da mãe 4. Rapidamente confortado se perturbado (regresso ao jogo) <p>B. Procura activa de contacto ou de interacção na reunião</p>

1. Se perturbado:
 - a) Procura e manutenção do contacto imediato
 - b) O contacto basta para acabar com a perturbação
2. Se não perturbado:
 - a) Comportamento de saudação activo (contente por ver a mãe)
 - b) Forte iniciação da interacção

PADRÃO C: Ligação Ansiosa/Resistente

A. Pobreza de exploração

1. Dificuldade em separar-se para explorar (pode necessitar de contacto mesmo antes da separação)
2. Desconfiado e cauteloso perante pessoas e situações novas

B. Dificuldade em se acalmar na reunião

1. Pode misturar procura de contacto com resistência ao contacto (batendo, dando pontapés, contorcendo-se, rejeitando brinquedos)
2. Pode simplesmente continuar a chorar ou a rabujar
3. Pode evidenciar uma passividade impressionante

Fonte: Portugal, 1998, p.64

Os trabalhos de Ainsworth (Ainsworth, Behar, et al., 1978) puderam comprovar que, por volta do ano de vida, as crianças diferem entre si no modo como, em ambiente estranho, regulam a proximidade com a mãe e a utilizam como base segura.

2.5. Vinculação e seus antecedentes

Na sua discussão sobre os antecedentes do *attachment* Ainsworth focaliza-se principalmente nas características maternas (Ainsworth et al., 1978), e considera que a sensibilidade e a responsividade materna são particularmente importantes na determinação da natureza da vinculação.

Com efeito, Ainsworth e colegas (1978) em observações domiciliárias, verificam que as mães de bebés seguros respondem mais prontamente aos sinais do seu bebé (choro, sorriso, vocalizações, etc.). Comparativamente às restantes, as mães das crianças B (in Fuertes, 2005):

- 1-Demoravam menos tempo a responder ao choro dos filhos;
- 2-Eram mais afectuosas no modo como pegavam os bebés ao colo;
- 3-Enquanto os seguravam no colo eram mais ternas e cuidadosas;
- 4-Revelavam menor aversão ao contacto físico;
- 5-Evidenciavam maior contingência das respostas diádicas.

Posteriormente, Isabella (1993) observa que a origem do padrão A poderá decorrer da rejeição do adulto ou da adopção de um sobrestimulante por parte da mãe. A estratégia evitante constitui um meio de o bebé conseguir manter o equilíbrio interno perante o conflito entre o desejo de proximidade com a mãe e a antecipação de uma possível resposta de rejeição ou excessiva. No mesmo estudo, Isabella (*op. cit.*) descreve as mães das crianças ambivalentes/resistentes como não necessariamente rejeitantes, mas antes inconsistentes nas suas respostas.

Embora a relação entre as medidas da sensibilidade materna e a segurança da vinculação infantil seja repetidamente observada, alguns autores sublinham que essas associações não são tão fortes como inicialmente se previa. Goldsmith e Alansky (1987), na primeira meta-análise realizada sobre

os antecedentes da vinculação, com base em 13 artigos, concluem que o peso da sensibilidade maternal na vinculação é, apenas, moderada. De Wolff e van Ijzendoorn (1997), dez anos mais tarde, elaboram uma segunda meta-análise e sugerem que a circunstância de vários resultados que a moderada associação entre as medidas de sensibilidade e o desenvolvimento de uma vinculação de tipo seguro, pode ser atribuída a diferenças ou a fraquezas no plano das metodologias usadas. Considerando que:

1. Algumas abordagens socorrem-se de procedimentos mais simplificados de avaliação que não abrangem, necessariamente, toda a extensão e riqueza do conceito original de sensibilidade;
2. Determinados trabalhos recolhem amostras de comportamento relativamente exíguas, circunscrevendo as observações a uma só sessão de poucos minutos efectuada, muitas vezes, em contexto de laboratório;
3. Vários estudos utilizam um intervalo demasiado longo entre a avaliação da sensibilidade dos pais e a obtenção das medidas da vinculação infantil, não controlando a eventual ocorrência de *life events* ou de outras mudanças importantes que podem alterar as atitudes face à criança e a expressão da própria sensibilidade. (In Fuertes, 2008).

O próprio conceito “*sensibilidade materna*” foi alvo de reflexão acerca do conteúdo e da homogeneidade das medidas. Apesar das múltiplas adaptações existem, de facto, duas componentes a considerar segundo a proposta original de Ainsworth et al., (1978):

- a- a leitura apropriada dos sinais do bebé;
- b- a implementação de respostas adequadas a esses sinais.

Não obstante múltiplos entendimentos podem decorrer destas definições. Neste sentido, os trabalhos de De Wolf e van Ijzendoorn (1997), dão uma importante ajuda ao revelar as dimensões da sensibilidade materna que mais pesam na qualidade da vinculação. Por esta ordem, as dimensões que

obtêm relações mais fortes da vinculação segura são: a *Mutualidade* (trocas interactivas em que mãe e filho atendem ou se orientam para o mesmo objectivo), a *Sincronia* (grau em que as transacções diádicas são recíprocas e mutuamente gratificantes), o *Apoio* (grau em que a figura materna se mostra atenta e suporta os esforços da criança), a *Atitude Positiva* (expressão materna de afecto positivo) e a *Estimulação* (quantidade de acções dirigidas ao bebé). Estes dados não são apresentados sem polémica. Crittenden (1999) discute o conceito de sensibilidade materna como algo diádico e não, apenas, possível de ser compreendido do ponto de vista materno. Por exemplo, a mutualidade e a sincronia dificilmente podem ser consideradas exclusivamente como um atributo da prestação materna. Estas medidas parecem ser mais do foro diádico do que um contributo individual.

Actualmente, a maioria dos autores não entende a relação mãe-filho(a) como um produto do temperamento da criança versus sensibilidade materna mas como um processo transaccional de mútuas – uma unidade diádica (para uma revisão ver Beeghly, Fuertes, Liu & Delonis, 2010). A mesma criança pode ter uma vinculação segura com a mãe e não ter como o pai (ou vice-versa) e a mesma mãe pode ser sensível com um filho e não ser com outro (revisão em Faria, 2011).

2.6 - Factores biológicos e ambientais que influenciam a interacção mãe-filho(a)

Algumas características maternas favorecem o desenvolvimento de uma conduta adequada na interacção com a criança, enquanto outras características da mãe parecem estar associadas a condutas inadequadas.

2.6.1 Factores biológicos versus ambientais

O dilema *nature* versus *nurture* produziu, durante décadas, modelos teóricos opostos e um, tão aceso como inconclusivo, debate no meio científico. Os modelos actuais (*nature* via *nurture*) explicam o desenvolvimento infantil pela integração progressiva da informação ambiental e biológica (Simpson, 1999). A perspectiva ecológica, um exemplo teórico do actual paradigma, considera o desenvolvimento humano como o resultado da concorrência sistemática de vários domínios, nos quais as características pessoais (biológicas e psicológicas), o contexto em que surgem e o processo pelas quais ocorrem, ocupam lugar determinante (Bronfenbrenner, 1979).

Paralelamente, no quadro das teorias transaccionais, Sameroff e Fiese (2000) ao analisarem as relações a nível microssistémico verificaram que estas desenrolam-se por passos ou transacções, sendo que cada interlocutor contribui para a qualidade da interacção e é, simultaneamente, afectado por esta. No passo/transacção seguinte os dois interlocutores já foram objecto de mudança, que poderá ter ocorrido tanto no sentido do risco como no da promoção do desenvolvimento equilibrado.

Os trabalhos da equipa de Sameroff e Fiese (2000) revelaram que o risco é um processo transaccional afectado, em grande medida, pelo contributo da criança e da mãe. Porém, é conhecido que algumas crianças não são atingidas quando expostas a situações de risco, saindo ilesas das situações mais adversas. A resiliência, ainda mal compreendida, é entendida como um

fenómeno interactivo que se refere à superação pessoal de situações de stress e de adversidade (Rutter, 2006).

No âmbito dos estudos sobre risco para a relação mãe-filho(a), foram relevantes os resultados da equipa de Sameroff (2000) que referem a acumulação de factores de risco como a maior condição de risco. Ora, Fuertes, Faria, Soares e Crittenden (2008) encontraram resultados surpreendentes ao verificarem que a relação mãe-filho(a) era tão prejudicada pela condição de pobreza isoladamente, como pela associação entre a prematuridade e pobreza. Na verdade, a situação de pobreza parecia ter um tal impacto negativo na interacção diádica, que a condição de prematuridade dos bebés não agravava a qualidade da relação. Este trabalho não pesa, o número de factores de risco como os trabalhos de Sameroff e Fiese (op. cit.) dando-nos, apenas, o peso global de duas grandes categorias de risco. De qualquer forma, os autores especulam que alguns *clusters* de risco podem ter, pela sua associação negativa, um peso maior do que outras associações com mais factores de risco mas em que as condições de risco são menos intensas entre si.

Outros trabalhos também suportam a evidência de que a pobreza parece ser o factor mais crítico no desenvolvimento infantil, na socialização e na qualidade da relação mãe-filho(a). Não obstante, doença e debilidade infantis surgem como o segundo factor mais crítico na literatura.

2.6.2 Pobreza

A pobreza não pode ser considerada com um mero factor de risco mas antes como uma agregação de factores de risco. Sameroff et al., (1987) verificaram que a baixa condição económica está altamente associada à baixa instrução materna, ao baixo suporte familiar, ao elevado stress diário, à ansiedade materna, à destruição das representações maternas, às crenças e às atitudes que afectam o quotidiano das famílias. Segundo este estudo, os efeitos

da pobreza são persistentes e podem ter múltiplas implicações (como por exemplo, violência familiar, maus tratos, problemas de higiene, problemas de saúde). Com efeito, vários estudos longitudinais indicam que a pobreza afecta o desenvolvimento social, emocional e cognitivo das crianças e a prestação de cuidados parentais (ver revisão Fuertes et al., 1998).

2.6.3 Prematuridade

A prematuridade pode afectar directamente o desenvolvimento da criança (em particular quando existem complicações neurológicas ou psicomotoras) e indirectamente é geradora de ansiedade nas mães (Allen, Manuel, Legault, Naughton, Pivor & O'Shea, 2004). Com efeito, os bebés nascidos de pré-termo são normalmente descritos na literatura como tendo menores períodos de estado de alerta, permanecem menos tempo atentos, são menos activos e menos responsivos quando comparados com os bebés de termo (ver revisão em Fuertes, 1998). Por seu lado, as mães destes bebés tendem a ser mais intrusivas (até pelos cuidados que prestam), directivas ou algo depressivas (ver revisão em Fuertes, 1998). No entanto, muitos estudos indicam que estes bebés já ultrapassaram estas dificuldades interactivas aos 6 meses - se a condição de prematuridade não estiver associada a problemas de saúde física ou doenças crónicas (ver revisão em Fuertes, 1998).

2.6.4 Doença ou debilidade física

Neste contexto, os trabalhos com gémeos de Mann (1992) bem como as anteriores pesquisas de Trivers (1972) evidenciam que o irmão mais saudável recebe maior número de respostas positivas por parte da mãe. Os estudos de Mann são, particularmente, ilustrativos quando comparados com os gémeos que nascem primeiro, estes vão mais cedo para perto da mãe, vão mais cedo para casa com a mãe e os mais sociáveis aqueles que obtêm mais respostas positivas (em número e qualidade) são os mais saudáveis. Vários estudos tem

dado conta da importância da variável saúde (ver revisão Fuertes, et al., 2008). Esta variável está associada à qualidade de resposta infantil (são bebés que tendem a chorar mais, a demonstrar mais desconforto, que rejeitam mais o toque, são mais difíceis de acalmar) e, por outro lado, as mães são tendencialmente mais ansiosas e sentem-se mais impotentes para responder às dificuldades do bebé. Os problemas agravam-se quando a família tem baixos recursos financeiros para fazer face às despesas médicas ou quando têm dificuldade de aceder à informação e aos serviços (como nalguns casos, acontece às mães com menos anos de escolaridade).

No presente trabalho combinamos vários factores biológicos e ambientais e procuramos ver o seu efeito acumulado e isolado na interacção mãe-filho(a).

Parte II
ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo III

3. Métodos

3.1. Objectivos

Procurámos nesta investigação exploratória averiguar o impacto do tipo de risco (biológico, ambiental e agregação de risco biológico e ambiental) na qualidade da interacção mãe-filho(a). Simultaneamente, procuramos adaptar a *Escala de Comportamentos Interactivos dos bebés e das mães em jogo livre* (aferida em amostras sem risco) para a avaliação da interacção mãe-filho(a) em condições de risco biológico e/ou ambiental.

3.2. Descrição da Amostra

Do presente estudo fizeram parte 39 crianças, entre os 4 meses e os 36 meses, e divididos em quatro grupos

- Grupo 1: 14 bebés sem condições de risco

Neste grupo, existem mais meninas do que meninos, ou seja, 8 meninas e 6 meninos. A maioria dos participantes ($n = 9$).

No que respeita ao tipo de parto, neste grupo 6 bebés nasceram de parto eutócico e 8 nasceram de parto distócico.

A maioria destes bebés, as mães tiveram uma gravidez vigiada ($n = 12$) e só 2 tiveram uma gravidez vigiada a partir dos 3 meses de gestação.

No parto, apenas, um bebé necessitou de ser reanimado.

Em relação à posição na fratria neste grupo 6 bebés são filhos únicos, 5 têm mais um irmão, 2 têm mais 2 irmãos e apenas 1 bebé tem mais 5 irmãos.

- Grupo 2: 8 bebés em Risco Biológico

Neste grupo a amostra de crianças em Risco Biológico era composta por 8 bebés de pré-termo: 5 meninas e 3 meninos.

Todas as crianças deste grupo viviam em zonas rurais

No que respeita ao tipo de parto, neste grupo 4 bebés nasceram de parto eutócico e os outros 4 nasceram de parto distócico.

Todas as mães deste grupo tiveram uma gravidez vigiada e no parto só dois bebés necessitaram de ser reanimados.

Em relação à posição na fratria neste grupo 2 bebés são filhos únicos, 3 têm mais um irmão, 1 têm mais 2 irmãos e apenas 1 bebé tem mais 3 irmãos.

- Grupo 3: 7 bebés em Risco Ambiental

Neste grupo a amostra de Risco Ambiental era composta por 7 casos de famílias pobres (subsistência suportada por subsídios estatais).

Este grupo, era constituído por, 5 meninos e 2 meninas. A maioria vivia em zonas urbanas (n = 5) e as restantes em zonas rurais (n = 2).

No que respeita ao tipo de parto, neste grupo 3 bebés nasceram de parto eutócico e 4 nasceram de parto distócico.

A maioria destes bebés, as mães tiveram uma gravidez vigiada (n = 4) e só 3 tiveram uma gravidez não vigiada, no parto nenhum bebé precisou de ser reanimado.

Em relação à posição na fratria, neste grupo 2 bebés são filhos únicos, 4 têm mais um irmão, e apenas 1 bebé tem mais 4 irmãos.

- Grupo 4: 10 bebés em risco ambiental e biológico

Neste grupo, a amostra de Risco Ambiental agregado ao Risco Biológico é composto por 5 casos de pobreza combinado com prematuridade, 2 casos de pobreza e crianças com atraso de desenvolvimento global, 2 casos de pobreza com crianças com complicações de saúde (asma e angina de peito) e, por último, 1 caso de pais invisuais com um bebé com um atraso de desenvolvimento.

As díades eram compostas de 5 meninos e 5 meninas. Em relação ao à zona de residência o grupo era igualmente distribuído, ou seja, 5 bebés vivem em zonas urbanas e os outros 5 vivem em zonas rurais.

No que respeita ao tipo de parto, neste grupo 4 bebés nasceram de parto eutócico e 6 nasceram de parto distócico.

A maioria das mães destes bebés tiveram uma gravidez vigiada (n = 5) sendo que 3 tiveram uma gravidez vigiada a partir dos 3 meses de gestação, e 2 uma gravidez vigiada após 6 meses ou não vigiada. Apenas, 2 bebés necessitaram de ser reanimados.

Em relação à posição na fratria, neste grupo 4 bebés são filhos únicos, 4 têm mais um irmão, 1 tem mais 2 irmãos e apenas 1 bebé tem mais 4 irmãos.

Estas amostras correspondem a uma sub-amostra proveniente de um trabalho prévio cujo objectivo era averiguar a influência de factores ambientais, biológicos e da conjugação de ambos na qualidade da interacção mãe-filho(a). Do conjunto de casos seleccionamos aleatoriamente 40 casos. Apenas um não foi possível cotar por dificuldades técnicas (qualidade da imagem).

Para além da descrição por grupo de estudo, olhando para o conjunto de dados verificamos que neste estudo participaram 19 meninos e 20 meninas. Das quais, 27 crianças viviam em meio urbano e as restantes em meio rural.

A maioria dos bebés do nosso estudo nasceu de uma gravidez saudável e vigiada (**ver quadro 3.5**). No que se refere ao nascimento, verificamos a maioria dos bebés nasceu saudável e sem requerer reanimação.

Quadro 3.5: *Frequências e percentagens dos indicadores referentes à gravidez e nascimento*

	Variáveis	Frequências	%
Vigilância médica durante a gravidez	Vigiada	29	74,4%
	Vigiada após 3 meses	5	12,8%
	Vigiada após 6 meses ou não vigiada	5	12,8%
Situação de risco durante a gravidez	Gravidez normal	16	41%
	Gravidez de risco	13	33,3%
	Gravidez de alto risco (frequentou a consulta de alto risco)	10	25,6%
Reanimação do bebé ao nascer	Sim	5	13,2%
	Não	33	86,8%
Indicadores de saúde	Bebé saudável	27	69,2%
	Bebé doente com gravidade ou	7	17,9%
	doença crónica	5	12,8%

Bebé com doenças pouco graves

A maiorias das crianças viviam com a família nuclear (29 casos) e eram primogénitas (17). No que diz respeito à socialização, 59% das crianças contactam diariamente com crianças da mesma idade (**ver quadro 3.6**).

Quadro 3.6: *Frequências das variáveis sócio-demográficas referentes à criança*

	Variáveis	Frequências	%
Tipologia do Agregado Familiar	Nuclear	29	74,4%
	Monoparental	1	2,6%
	Reconstruída	2	5,1%
	Alargada	6	15,4%
	Numerosa	1	2,6%
Posição na fratria	Primeiro filho	17	43,6%
	Segundo e último filho	11	28,5%
	Segundo filho	5	12,8%
	Terceiro ao quinto filho	5	12,8%
	Sexto filho e seguintes	1	2,6%
Contacto directo com crianças	Contacta diariamente com crianças da mesma idade	23	59%
	Não contacta diariamente com crianças da mesma idade	16	41%

Assim, podemos concluir que este conjunto de crianças é muito heterogénea tal como era previsível. Com efeito, era esperado que a

variabilidade individual fosse grande quando em cerca de 70% das díades da amostra se encontravam face a diferentes formas de risco. A opção por um grupo heterogéneo deveu-se à necessidade de verificar se a nossa escala era capaz de captar situações tão diversas. Por outras palavras, quisemos saber se os indicadores da escala anterior descreviam todas as condições observadas nos nossos filmes.

3.3 Condições de recolha e protocolo experimental

As condições de recolha não foram controladas pela autora do estudo, mas por uma colega da equipa de investigação. Ou seja, a autora deste estudo realiza a cotação dos dados cega quanto às hipóteses de estudo e aos problemas associados à amostra. Assim, a autora não teve conhecimento ou contacto prévio com os casos. Recebendo os vídeos filmados, apenas, com a designação da idade da criança. Não obstante a orientadora e chefe de equipa, coordenou e supervisionou a recolha de dados.

A investigadora do estudo original contactou através das creches e centro de saúde do distrito de Viseu e Porto cerca de 200 famílias que foram incluídas num estudo maior da qual resultou a nossa amostra. A investigadora solicitou autorização a estas instituições para a realização do estudo que colaboraram fornecendo espaços para recolha de dados e permitindo o acesso às famílias. As famílias aceitaram participar depois de informadas e assinaram o consentimento informado e assinado. Foi garantida e respeitada a confidencialidade dos dados. As famílias foram informadas que para além da investigadora que recolheu os dados, mais 3 elementos da equipa (incluindo a autora deste estudo) iriam analisar os dados e que todos os investigadores estão sujeitos à mesma obrigação de respeito da confidencialidade (formalmente assinada).

Nas salas preparadas para o efeito, as díades mãe-filho(a) foram filmadas em situação de jogo livre durante 5 minutos. Todas as salas tinham boas condições luminosidade, mobiliário infantil (já eram espaços adaptados ao jogo infantil), não havia ruído concorrente nem nenhum outro constrangimento relevante. As sessões começavam depois de explicado às mães o processo de recolha de dados, pedindo-lhes que durante a sessão de observação deveriam escolher os brinquedos presentes no local e que interagissem com os filhos(as) de um modo espontâneo, o mais próximo possível do que faziam habitualmente em casa.

3.4 Cotação dos Dados

O primeiro objectivo deste estudo era testar a aplicabilidade da *Escala de Comportamentos Interactivos dos bebés e das mães em jogo livre* (Fuentes, Faria, Oliveira-Costa e Soares, 2010) para díades em condições de risco (biológico, ambiental ou ambos) e formular uma adaptação para essas situações. Com efeito, a escala original foi aplicada em 99 casos numa amostra sem risco, ilustrando a interacção típica em díades sem condições assinaláveis de risco. Neste trabalho começamos por realizar 50 narrativas iniciais em casos com risco biológico e ambiental para enriquecer a escala prévia com novos indicadores adaptados a condições de risco. Nesse sentido a escala final preserva os indicadores anteriores e acrescenta mais indicadores que incluem estilos de interacção passiva, abrupta/abusiva ou muito inconsistente (em anexo 1).

A *Escala de Avaliação de Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a) - Adaptada para Condições de Risco*, avalia independentemente o comportamento materno e comportamento infantil nas seguintes dimensões: Expressão Facial; Expressão Vocal; Expressão Afectiva: Posicionamento; Reciprocidade; Directividade e Jogo. Com a aplicação da *Escala de Avaliação*

de Comportamentos interactivos mãe-filho(a) - Adaptada para Condições de Risco, avaliámos a sensibilidade materna e a cooperação infantil, em jogo livre. Esta escala, é composta por sete itens de avaliação, e cada item é composto por 6/7 subitens, aos quais são atribuídos uma pontuação que de cinco a um, sendo o cinco o comportamento mais positivo e um o comportamento interactivo menos ajustado.

A título de exemplo, mostramos nos **quadros 3.7, 3.8, 3.9 e 3.10**, a pontuação infantil e materna de 5 pontos e 1 ponto nos domínios avaliados (Expressão Facial; Expressão Vocal; Expressão Afectiva: Posicionamento; Reciprocidade; Directividade e Jogo).

Quadro 3.7: *Dimensões e Unidades de Registo da Escala de Sensibilidade Materna em Jogo Livre (pontuação máxima)*

<i>Dimensões</i>	<i>Comportamento Materno</i>
<u><i>Expressão Facial</i></u>	Atenta, disponível, alegre e adequada à actividade e ao humor da criança
<u><i>Expressão Vocal</i></u>	Adequada em volume (nem muito alto nem muito baixo), no timbre (agradável e melodioso), nos turnos de comunicação (com pausas necessárias à resposta da criança) e nos conteúdos
<u><i>Expressão Afectiva</i></u>	Respostas afectivas positivas e contingentes com o comportamento da criança
<u><i>Posicionamento e Manipulação</i></u>	O adulto posiciona a criança de forma

confortável, coloca-a de frente para si e manipula-a de um modo gentil; ou procura posicionar-se, em cada momento, confortavelmente para a criança ou em posição favorável à interacção

Reciprocidade

O adulto procura estabelecer sequências interactivas em que cada parceiro alterna regularmente a sua participação

Directividade

O adulto apoia o jogo da criança e segue espontaneamente os seus interesses, oferece indicações ou faz ajustes quando necessário (e.g., reposicionar um brinquedo, mostrar outras facetas ou utilizações do brinquedo)

Jogo

O adulto apresenta, numa atmosfera de prazer, jogos adequados ao desenvolvimento da criança (na zona de desenvolvimento próximo)

Quadro 3.8: *Dimensões e Unidades de Registo da Escala de Cooperação Infantil em Jogo Livre (pontuação máxima)*

<i>Dimensões</i>	<i>Comportamento Infantil</i>
<u><i>Expressão Facial</i></u>	A criança mantém uma expressão atenta, sorridente e alegre, com variações adequadas à interacção
<u><i>Expressão Vocal</i></u>	A criança dirige-se ao adulto com vocalizações positivas (palrar, sons de excitação, risos), demonstrando prazer e satisfação ao longo da interacção
<u><i>Expressão Afectiva</i></u>	A criança deu, ao longo da interacção, respostas calorosas e positivas ao adulto (e.g., sorrisos, interesse pelas actividades propostas pelo adulto, seguindo o adulto com o olhar)
<u><i>Posicionamento/Postura</i></u>	A criança mantém uma postura cómoda, dinâmica, favorável à interacção e ao contacto com os brinquedos
<u><i>Reciprocidade</i></u>	A criança está atenta e participativa, convidando o adulto a continuar ou a participar na actividade
<u><i>Tipo de Jogo</i></u>	O jogo da criança está dentro do

Qualidade do Jogo

esperado relativamente à sua idade de desenvolvimento

A criança demonstra abertamente o seu interesse por determinadas actividades, mas também aceita com prazer, ou pelo menos interesse as propostas do adulto; as mudanças de actividade são fluídas

Quadro 3.9: *Dimensões e Unidades de Registo da Escala de Sensibilidade Materna em Jogo Livre (pontuação mínima)*

<i>Dimensões</i>	<i>Comportamento Materno</i>
<u>Expressão Facial</u>	Activamente atenta, mas com longos períodos de desatenção ou alheamento
<u>Expressão Vocal</u>	Raramente vocaliza ou fala com voz sussurrante
<u>Expressão Afectiva</u>	Respostas afectivas ou ténues
<u>Posicionamento e Manipulação</u>	O adulto evita a objectiva escondendo-se atrás do corpo da criança; ou apresenta posturas anómalas (e.g., posição fetal, curvado ou hipotónico)
<u>Reciprocidade</u>	O adulto e a criança jogam em paralelo ou o adulto não joga, assiste.

<p><u>Directividade</u></p>	<p>Não há reciprocidade</p> <p>Ausência de directividade, sem ajustes ao jogo da criança, ou limites ao comportamento da criança. Adulto sem uma estratégia motivadora</p>
<p><u>Jogo</u></p>	<p>O adulto não se envolve no jogo - permanece num papel de observador ou apenas, dá brinquedos à criança ou não consegue estabelecer, uma actividade com comunidade</p>

Quadro 3.10: *Dimensões e Unidades de Registo da Escala de Cooperação Infantil em Jogo Livre (pontuação mínima)*

<i>Dimensões</i>	<i>Comportamento Infantil</i>
<p><u>Expressão Facial</u></p>	<p>A criança mantém-se inexpressiva, sem contacto ocular e com a atenção dirigida para o jogo ou distraída com o observador</p>
<p><u>Expressão Vocal</u></p>	<p>Vocalizações atípicas: a criança solicita objectos através de sons repetitivos, "urros" e voz arquejante</p>
<p><u>Expressão Afectiva</u></p>	<p>Expressões anómalas: a criança procura morder brinquedos com frequência; ou bate no adulto com o</p>

	brinquedo
<u>Posicionamento/Postura</u>	Criança senta-se longe do adulto ou o adulto senta-se longe dela e não tenta recuperar a proximidade
<u>Reciprocidade</u>	A criança brinca sozinha sem que o adulto a tente activamente envolver numa actividade
<u>Tipo de Jogo</u>	O jogo da criança está abaixo do esperado relativamente à sua idade de desenvolvimento
<u>Qualidade do Jogo</u>	Situações anómalas: a criança apela activa e insistentemente à participação do adulto que se mantém inactivo e/ou sem dar resposta

CARE-Index: Por fim, quisemos comparar pontuação atribuída a nossa amostra através da aplicação da nossa escala com a escala *Child-Adult Relationship Experimental Index* (Crittenden, 2003) que se encontra popularizada na literatura sob a designação de CARE-Index. As escalas, cuja definição operacional sucinta fornecemos no quadro 5 e 6, quantificam o padrão de resposta do adulto, repartindo entre elas, um total de 14 pontos. O objectivo era compará-la com outra escala já validada e usada em amostras nacionais (Fuertes et al., 2010). A Escala CARE-Index tem a mais valia de ser uma escala indexada à qualidade da vinculação, contudo, a sua aplicação é difícil e pouco operacional. A presente escala tal como a escala CARE-Index foi realizada a partir de dezenas (mais de 100) de narrativas de casos (Fuertes

et al., 2010). Por conseguinte, oferecem descrições com grande particularização de comportamentos (**ver quadro 3.11 e 3.12**).

Quadro 3.11: *Caracterização sumária das escalas maternas do CARE-Index*

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

<p><u>Não-responsividade</u></p>	<p>conseguem irritá-la ou levar à diminuição do seu nível de participação activa.</p> <p>Reflecte a ausência da implicação activa do adulto na interacção que se manifesta através de um retraimento e passividade face às aberturas ou sinais da criança.</p>
-----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 3.12: *Caracterização sumária das escalas da criança do CARE-Index*

<i>Escala</i>	<i>Caracterização</i>
<p><u>Cooperação</u></p>	<p>Identifica padrões de comportamento associados à expressão de prazer ou satisfação bem como à facilitação dos turnos comunicacionais. Manifesta-se através de expressões faciais radiosas e atentas, iniciativas de contacto e aceitação participante, face às aberturas sociais do adulto. Os resultados nesta escala mantêm, usualmente, correlações positivas elevadas com a escala da sensibilidade.</p>
<p><u>Compulsividade-Complacência</u></p>	<p>Diz respeito a padrões de comportamento que indicam submissão face às iniciativas do</p>

adulto. Postura dominada por nível baixo de espontaneidade, participação pouco entusiasmada nos jogos propostos pelo parceiro de interacção, sem contudo manifestar sinais de resistência. Notória preocupação em agradar (ou pelo menos em não desagradar) ao adulto que pode manifestar-se mediante ofertas de prestação de cuidados ou de uma atenção fixa, sem grande envolvimento activo, às iniciativas daquele.

Dificuldade

Descreve padrões de comportamentos marcados pelo selo da oposição e resistência aberta às respostas do adulto. Revela-se por comportamentos como o choro, esgares de irritação, empurrar objectos oferecidos.

Passividade

Indica padrões de comportamento com baixo nível de envolvimento e iniciativa com respostas cujo resultado previsível é o de reduzir o contacto com o adulto - expressões faciais vazias, ausência de resposta às aberturas sociais, participação errática

no jogo interactivo.

Importa ressaltar, que a cotação através da escala CARE-Index foi realizada por investigadoras que não tiveram em contacto com o nosso trabalho de construção e cotação com a *Escala de Avaliação de Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a) - Adaptada para Condições de Risco*, ou seja, houve independência entre as duas cotações.

4. Apresentação dos Resultados

4.1- Associação entre os resultados da *Escalas Care-Index* e da *Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a) - Adaptada para Condições de Risco*

Em primeiro lugar, quisemos estudar a relação entre a Escala de CARE-Index e a *Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a) - Adaptada para Condições de Risco* (Canelhas e Fuertes, 2011) Para o efeito, recorremos a Estatística Paramétrica do tipo correlacional.

Os resultados indicam que a Sensibilidade Materna, avaliada pela Escala CARE-Index correlaciona-se positivamente com a pontuação total das mães na *Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a) - Adaptada para Condições de Risco*, (Rho de Pearson = .410; $p \leq 0.01$). Por outras palavras, existe uma concordância entre as escalas no que respeita à qualidade do comportamento interactivo materno. As mães com maior sensibilidade materna segundo a escala Care-Index obtiveram pontuação mais alta na qualidade interactiva segundo a nossa escala.

Igualmente, a Cooperação Infantil avaliada com a escala CARE-Index correlacionou-se positivamente com o total de pontos obtidos pelas crianças na *Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a) - Adaptada para Condições de Risco*, (Rho de Pearson = .394; $p \leq 0.05$).

Não encontramos correlações significativas entre as pontuações da *Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a) - Adaptada para Condições de Risco*, e o Controlo Materno, a Passividade Materna, a Compulsão Infantil, a Dificuldade Infantil e a Passividade Infantil avaliadas com o CARE-Index.

4.2 Associação entre os Comportamentos Maternos e Infantis no seio da *Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a)* - Adaptada para Condições de Risco

Novamente com recurso a Estatística Paramétrica Correlacional, avaliámos a associação entre os comportamentos maternos e infantis observadas com a *Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a)* - Adaptada para Condições de Risco.

Numa primeira fase, avaliamos a correlação entre a pontuação materna total e pontuação infantil total e verificamos que são altamente correlacionadas (Rho de Pearson = .847; $p \leq 0.01$).

Posteriormente, avaliamos a correlação entre o comportamento materno e infantil em cada dimensão da escala Expressão Facial; Expressão Vocal; Expressão Afectiva: Posicionamento; Reciprocidade; Directividade e Jogo. Tendo verificado em todas as dimensões que o comportamento materno está fortemente associado ao comportamento infantil (**ver quadro 3.13**).

Quadro 3.13: *Correlação entre o comportamento interactivo materno e infantil em termos da Expressão Facial (Exp. Facial), Expressão Vocal (Exp. Vocal), Expressão Afectiva (Exp. Afectiva), Posicionamento, Reciprocidade, Directividade e Jogo.*

<i>Comportamento Materno</i>							
<i>Comportamento Infantil</i>	<i>Exp. Fac.</i>	<i>Exp. Voc.</i>	<i>Exp. Afect.</i>	<i>Posic.</i>	<i>Recip</i>	<i>Direc</i>	<i>Jogo</i>
Exp. Facial	.589**						
Exp. Vocal		.526**					

Exp. Afectiva	.792**		
Pocionamento		.474**	
Reciprocidade			.427**
Tipo de Jogo			.526**
Qualidade do Jogo			.566**

** $p < .01$

4.3. Relação entre o Tipo de Risco e os Comportamentos Maternos ou Infantis em jogo livre

Com o recurso ao teste de comparação de médias, testamos o impacto do tipo de risco nos comportamentos maternos e infantis. De facto, o tipo de risco afecta o comportamento materno e infantil de modo não linear.

Verificámos que as mães de díades sem risco pontuam significativamente mais alto do que as mães de crianças em condições de risco ambiental ($t(19) = 2.098; p \leq 0.05$); e as crianças de díades sem risco, por sua vez também pontuam significativamente mais alto do que as crianças portadoras de risco ambiental ($t(18) = 1.480; p \leq 0.05$ (**ver quadro 3.14**)). Por outras palavras, o risco ambiental comparado com a ausência de risco parece ser uma adversidade para interacção mãe-filho(a).

Quadro 3.14: Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante o tipo de risco (risco ambiental)

Tipo de Risco	N	Média	d.p
<u>Totais do comportamento materno</u>			
Sem condições de risco	14	26.8929	6.32510
Risco Ambiental	7	19.8571	8.91494
<u>Totais do comportamento infantil</u>			
Sem condições de risco	13	23.9615	7.05768
Risco Ambiental	7	18.9286	7.62905

Quando comparamos as mães cujos os filho são portadores de algum risco biológico com as mães de díades sem risco, verificamos mais uma vez, que as mães de díades sem risco pontuam significativamente mais alto ($t(19) = 1.979; p \leq 0.05$). Do mesmo modo, as crianças das díades sem risco, pontuam significativamente mais alto do que as crianças portadoras de algum tipo risco de biológico ($t(18) = 2.148; p \leq 0.05$; (ver quadro 3.15). Igualmente, o risco biológico parece constituir um desafio à normal interacção mae-filho(a) para as díades observadas.

Quadro 3.15: Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante o tipo de risco (risco biológico)

Tipo de Risco	N	Média	d.p
<u>Totais do comportamento materno</u>			
Sem condições de risco	14	26.8929	6.32510
Risco Biológico	7	20.9286	6.89461
<u>Totais do comportamento infantil</u>			
Sem condições de risco	13	23.9615	7.05768
Risco Biológico	7	17.2857	5.67786

Não existem diferenças significativas nas díades de risco ambiental e biológico ($t(12) = .252; p \leq 0.05$) (ver quadro 3.16).

Quadro 3.16: Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante o tipo de risco (risco ambiental e biológico)

Tipo de Risco	N	Média	d.p
<u>Totais do comportamento materno</u>			
Risco Ambiental	7	19.8571	8.91494
Risco Biológico	7	20.9286	6.89461
<u>Totais do comportamento infantil</u>			
Risco Ambiental	7	18.9286	7.62905
Risco Biológico	7	17.2857	5.67786

4.4. Associação entre os factores demográficos e os comportamentos maternos e infantis avaliados com a *Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a)* - Adaptada para Condições de Risco

Estudamos o impacto dos factores demográficos na qualidade da interacção mãe-filho(a). Neste sentido procuramos averiguar se alguns factores demográficos associadas à criança (idade do bebé, idade gestacional dos bebés (semanas), peso dos bebés ao nascer (gramas), apgar ao primeiro minuto, apgar ao quinto minuto), e associadas à família (número de irmãos, idade da mãe à data do nascimento, idade do pai à data do nascimento, número

de anos de formação académica da mãe e número de anos de formação do pai) afectavam os comportamentos maternos e infantis segundo a *Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a) - Adaptada para Condições de Risco*. Todavia, a maioria das variáveis não se correlacionou com o comportamento materno ou infantil (ver quadro 3.17).

Quadro 3.17: *Correlações de Pearson entre as variáveis demográficas e a qualidade da interação mãe filho(a)*

Variáveis Demográficas	Qualidade do comportamento Materno	Qualidade do comportamento infantil
Idade do bebé	Rho = .092; <i>p</i> = .582	Rho = .141; <i>p</i> = .404
Idade corrigida do bebé em meses	Rho = .091; <i>p</i> = .588	Rho = .140; <i>p</i> = .407
Idade gestacional dos bebés (semanas)	Rho = .010; <i>p</i> = .951	Rho = -.012; <i>p</i> = .943
Peso dos bebés ao nascer (gramas)	Rho = -.005; <i>p</i> = .975	Rho = .046; <i>p</i> = .786
Apgar ao primeiro minuto	Rho = -.149; <i>p</i> = .394	Rho = -.059; <i>p</i> = .742
Apgar ao quinto minuto	Rho = -.018; <i>p</i> = .918	Rho = .23; <i>p</i> = .897
Número de irmãos	Rho = .236; <i>p</i> = .154	Rho = .186; <i>p</i> = .271
Idade da mãe à data do nascimento	Rho = .187; <i>p</i> = .262	Rho = .161; <i>p</i> = .341

Idade do pai a data do nascimento	Rho = .181; <i>p</i> = .284	Rho = .267; <i>p</i> = .115
Número de anos de formação académica da mãe	Rho = .273; <i>p</i> = .097	Rho = .141; <i>p</i> = .407
Número de anos de formação académica do pai	Rho = .296; <i>p</i> = .075	Rho = .243; <i>p</i> = .154

Através do Teste de comparação de médias verificámos que não existem diferenças significativas no comportamento materno ($t(36) = .491$; *n.s.*) e no comportamento infantil ($t(35) = -.865$; *n.s.*) mediante o género da criança.

Por fim, a saúde do bebé testada através, do teste não paramétrico Kruskal Wallis, também não teve impacto na qualidade dos comportamentos maternos ($X^2(2) = 2.373$; *p* = .305) e nem nos comportamentos infantis ($X^2(2) = 3.552$; *p* = .169) em jogo livre.

Não obstante, não ter sido possível encontrar relações significativas entre os factores demográficos anteriores e a qualidade da interacção mãe-filho(a), outros factores afectaram as interacções observadas.

Mais uma vez, com o recurso ao teste de comparação de médias, testámos o impacto do risco na gravidez nos comportamentos interactivos maternos e infantis em jogo livre e verificámos que as mães que experimentaram uma gravidez normal pontuam significativamente mais alto na escala de sensibilidade materna do que as mães que tiveram uma gravidez de risco ($t(23) = 2.284$; $p \leq 0.05$) (ver quadro 3.18).

Quadro 3.18: Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante a situação de risco na gravidez

Situações de risco durante a gravidez	N	Média	d.p
<u>Comportamento Materno</u>			
Gravidez Normal	16	25.1250	6.18196
Gravidez de alto risco (frequentou consulta de alto risco)	9	19.0556	6.72888
<u>Comportamento Infantil</u>			
Gravidez Normal	15	20.9667	6.52869
Gravidez de alto risco (frequentou consulta de alto risco)	7	17.7222	5.16667

Curiosamente, constatámos que as mães que habitam em zona rural pontuam mais significativamente mais alto nas escalas de sensibilidade materna do que aquelas que habitam em zona urbana ($t(36) = 2,389; p \leq 0.05$) (ver quadro 3.19).

Quadro 3.19: Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais dos comportamentos infantis consoante a zona de residência

Zona de Residência	N	Média	d.p
<u>Comportamento Materno</u>			
Zona Rural	12	26.9167	5.70818
Zona Urbana	26	21.0962	7.47264
<u>Comportamento Infantil</u>			
Zona Rural	11	23.2727	5.74614
Zona Urbana	26	19.2500	6.96599

Relativamente à situação de empregabilidade das mães, verificámos que as mães, que possuem um emprego estável, pontuam mais significativamente do que as mães que têm uma situação de emprego instável ($t(19) = 2.303; p \leq 0.05$) (ver quadro 3.20).

Verificámos que as crianças, cujas as mães possuem um emprego estável, pontuam mais significativamente do que as crianças, cujas as mães têm um emprego instável ($t(18) = 1.769; p \leq 0.05$) (ver quadro 3.20). Por outras palavras, a estabilidade profissional das mães parece constituir um factor positivo para as interacções mãe-filho(a).

Quadro 3.20: Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante a situação de emprego da mãe

Situação de empregabilidade da mãe	N	Média	d.p
<u>Comportamento Materno</u>			
Emprego Estável	19	25.1579	7.29546
Emprego Precário	2	13.0000
<u>Comportamento Infantil</u>			
Emprego Estável	18	21.7778	6.77196
Emprego Precário	2	13.0000	4.24264

4.5. Relação entre outros contextos de vida da criança e a qualidade do comportamento materno e infantil

Inopinadamente, verificámos que as mães das crianças que frequentam a creche pontuam significativamente mais alto do que as mães das crianças que frequentam as amas ($t(19) = -2.382; p \leq 0.05$) (ver quadro 3.21). Igualmente, verificamos que as crianças que frequentam a creche também pontuam significativamente mais alto do que as restantes ($t(18) = -1.051; p \leq 0.05$) (ver quadro 3.21). Por outras palavras, a frequência da creche esteve associada a comportamentos maternos e infantis mais positivos, recíprocos, e construtivos para a relação

Quadro 3.21: Média e Desvio Padrão dos totais do comportamento materno e dos totais do comportamento infantil consoante a frequência em creche versus ama

Frequência em Creche versus Ama	N	Média	d.p
<u>Comportamento Materno</u>			
Ama	2	15.5000	9.19239
Creche	19	23.6316	7.83837
<u>Comportamento Infantil</u>			
Ama	2	15.0000	9.89949
Creche	18	21.0278	7.54491

5. Discussão dos Resultados

O presente trabalho teve vários objectivos, o primeiro foi construir uma versão para díades em condições de risco da *Escala de Avaliação dos Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a)* (Fuertes, Faria, Oliveira-Costa e Soares, 2010). Na verdade, esta escala foi criada a partir da observação de díades sem condições de risco (ditas normais) em jogo livre. Neste sentido aplicámos a 50 díades atípicas a escala original e estabelecemos novos indicadores mais adequados a estas interacções. Posteriormente, reorganizamos a pontuação da escala.

Esta nova escala permitiu delinear um estudo exploratório que realizamos com o intuito de averiguar o impacto do tipo de risco biológico, ambiental e agregação do risco biológico e ambiental na qualidade da interacção mãe-filho(a). Para o efeito, reunimos uma amostra de 39 crianças (14 sem condições de risco, 8 em risco biológico, 7 em risco ambiental e 10 em risco ambiental e biológico) e suas mães. As díades foram observadas por períodos de aproximadamente 5 minutos em interacção livre.

Os resultados não surpreenderam ao revelarem que as díades mãe-filho(a) sem condições assinaláveis de risco tinham interacções mais positivas, recíprocas e ajustadas à idade das crianças do que as díades sujeitas a condições quer de risco biológico quer de risco ambiental (analisados independentemente). A literatura prévia tem indicado que a qualidade da interacção mãe-filho(a) é afectada por condições de risco biológico e ambiental (ver revisão Beeghly, Fuertes et al., 2010). Curiosamente, um trabalho realizado com amostras portuguesas (Fuertes, Faria, Soares, Crittenden, 2008) revelou que uma condição biológica (prematividade) tinha um impacto menos negativo na qualidade da interacção mãe-filho(a) do que factores ambientais como a pobreza, a baixa escolaridade materna, desemprego, etc. Ora, no nosso estudo não encontramos diferenças

significativas entre o risco biológico e ambiental. Tal pode dever-se ao facto dos grupos de estudo serem de dimensão reduzida e a organização dos grupos ser grosseira comparando com o estudo anterior. Estas limitações não permitem generalizar os resultados. O nosso permite, no entanto, levantar novas hipóteses para futuros estudos que preferivelmente longitudinais.

Embora não fosse um indicador directo da acuidade da escala que construímos, comparamos os resultados obtidos com a nossa escala e com a avaliação dos casos feita com a escala Care-Index (cuja a escala está validada e da qual é originária a nossa escala). Para o efeito, a cotação dos nossos casos com a escala Care-Index foi realizada por uma equipa de investigação independente e cega relativamente às hipóteses do nosso estudo. Com este procedimento, procurámos manter a independência das cotações e aumentar a fiabilidade do estudo. Os resultados revelam concordância entre as duas cotações realizadas por cotadores diferentes com estas duas escalas sugerindo que a nossa escala terá indicadores capazes de captar a natureza interactiva do jogo mãe-filho(a). Numa fase posterior, julgamos que será importante que outras equipas independentes usem a nossa escala e testem a sua aplicabilidade e fiabilidade.

Internamente, as dimensões comportamentais maternas (expressão facial, expressão vocal, expressão afectiva, posicionamento, reciprocidade, directividade, jogo) e infantis (expressão facial, expressão vocal, expressão afectiva, posicionamento, reciprocidade, tipo de jogo, qualidade de jogo) surgem altamente correlacionadas, ou seja, quanto maior é sensibilidade materna numa determinada dimensão maior é cooperação infantil nesse mesmo domínio. Tal, indica uma relativa coerência interna da escala.

Por fim, o nosso estudo ainda sugere que alguns factores demográficos afectam a qualidade da interacção mae-filho(a). Embora estes resultados não possam ser generalizados verificámos que risco na gravidez, área de residência

(urbana versus rural), a estabilidade profissional das mães e a frequência de creche (em oposição a amas) pesam na qualidade da relação mãe-filho(a).

O risco na gravidez tem sido um factor flutuante na investigação. Algumas vezes surge como factor importante (Gomes-Pedro, Patrício, Carvalho, Goldschmidt, Torgal-Garcia & Monteiro, 1995) e embora geralmente não apareça como um factor determinante na relação mãe-filho(a). Pois, ao longo do desenrolar da relação outros factores acabam por ter um peso maior. As mães parecem superar estas dificuldades da gravidez (até esquecer) se outros factores de risco não se associarem a seguir ao nascimento do bebé. Possivelmente, na presença de vários factores de risco como problemas de desenvolvimento da criança ou excessiva reactividade do bebé, o risco na gravidez poderá através de um processo transaccional perigar a auto-regulação infantil juntamente e reciprocamente com a perda de sensibilidade da resposta materna (Sameroff & Fiese, 2000).

De todos os resultados encontrados, o menos esperado é a diferença entre o meio urbano e rural, especialmente, porque raramente estas diferenças têm sido alvo de estudos em Portugal. Na nossa opinião, não faz sentido, fazer comparações com a realidade de outros países tão distintos do nosso como é o caso dos EUA.

A situação de empregabilidade superou neste estudo a importância da escolaridade materna, um factor recorrente apresentado na literatura como importante domínio das relações mãe-filho(a) (e.g., Fuertes, Lopes dos Santos, Beeghly & Tronick, 2009). Interrogamos se este não será um novo factor a considerar em futuras investigações atendendo à actual conjuntura económica do país. Será que para as mães portuguesas nesta fase é importante ter e poder manter o emprego? Com efeito, vários estudos, tem indicado um efeito negativo do baixo rendimento social no desenvolvimento dos bebés em termos

sociais, emocionais e cognitivos (Furstenberg et al., 1999; Sameroff et al., 1987 citados por Fuertes et al., 2008).

O impacto negativo do baixo rendimento económico pode ser parcialmente explicado pelo número de factores de risco associados e pela interacção desses factores. De facto, Sameroff et al., (1987) constataram que o baixo rendimento está altamente relacionado com um conjunto de factores entre os quais destaca-se a educação maternal, apoio familiar, acontecimentos adversos da vida, mas por a própria condição de pobreza gera ansiedade materna e depressão (citado por Fuertes et al., 2008). Owen e Cox (1998, citados por Portugal, 1998), referem também que as mães mais satisfeitas com o seu estatuto profissional eram psicologicamente mais saudáveis e menos ansiosas.

Um outro dado importante aferido pelo nosso estudo é a relevância da frequência ou não da criança em creche na relação mãe - filho(a). De acordo com os nossos resultados, constatamos que a qualidade da interacção mãe-filho(a) é maior nas díades em que as crianças frequentavam a creche. A frequência ou não da creche foi sempre, um tema controverso. Ora vejamos, o estado actual do conhecimento indica que nenhuma criança deve transitar do meio exclusivamente familiar para a creche durante o período crítico da vinculação, ou seja, dos 6 aos 12 meses (e.g., Brazelton & Greenspan, 2002; van Ijzendoorn et al., 2004, citados por Fuertes, 2010). Contudo, Fuertes (2010) na sua revisão de literatura, refere que depois dos 2 anos, a frequência do Jardim de Infância, pode ajudar a compensar atrasos de desenvolvimento e facilitar a integração das crianças com necessidades educativas especiais (revisão em Bairrão, 1992; 1998), bem como ser um factor de resiliência para crianças em risco social ou oriundas de meios disfuncionais (e.g., Schweinhart & Weikart, 1980; Schweinhart, Weikart & Lerner, 1986; Lazar & Darlington, 1982). No entanto, as crianças até aos 2 anos parecem beneficiar da frequência

da creche quando os serviços são de elevada qualidade e quando existe uma relação estreita família-escola (Barnett, 1995; Brooks-Gunn et al., 1994; Burchinal et al., 1997; Lamb, 1997; Leventhal et al., 2000; NICH ECCRN, 1996; 1998; 2000a; 2000b; 2004; 2005; 2007; Ramey & Ramey, 1998, citados por Fuertes, 2010). Ora, estes dados não podem deixar de ser considerados inquietantes quando um estudo realizado por Aguiar, Bairrão & Barros (2002), na área metropolitana do Porto, refere que a maioria das creches portuguesas tem qualidade média, longe da elevada qualidade necessária.

Com efeito, o nosso estudo associa-se a uma vasta literatura que indica que vários factores (ambientais e biológicos) estão implicados na qualidade da interação entre pais e filhos. Alguns tem um efeito directo ou contribuem indirectamente para o comportamento materno e infantil. Deslindar este novelo será sempre uma tarefa interminável mas podemos destrinçar algumas tendências partindo da nossa investigação. Uma vez mais, as díades mais vulneráveis têm maior dificuldade em estabelecer relações prazerosas, recíprocas, funcionais, ajustadas ou adequadas. Nesse sentido, a inclusão dos problemas da vinculação (pela primeira vez) nos critérios de elegibilidade da Intervenção Precoce foi um marco importante para oferecer respostas às famílias. Especialmente, na prevenção do abuso ou mau trato infantil cujos os comportamentos de risco no seio das famílias tantas vezes escapam à malha grossa das avaliações.

CAPITULO IV

6. Considerações Finais

Procurámos, num carácter exploratório, adaptar uma escala da interacção mãe-filho(a) aferida numa amostra sem risco para diades sujeitas a factores de risco biológico, ambiental ou ambos. Com efeito, a aplicação da escala original aos nossos casos de risco foi difícil, dado que a escala não continha descritores de elevada perturbação que narrassem os comportamentos observados nas nossas amostras. Neste sentido, atribuímos novos descritores e reajustamos a pontuação da escala. Este trabalho, todavia, não fica concluído requerendo futura pesquisa e aferição.

Não podemos deixar de reflectir sobre as limitações do nosso trabalho. Atendendo ao seu carácter académico de uma tese de mestrado disponhamos, apenas, de 6 meses para o trabalho experimental. Logo, tivemos que optar por uma amostra pequena (40 casos distribuídos por 4 grupos). Adicionalmente, a definição dos grupos de risco é grosseira e dificilmente estamos face a grupos *exactamente* exclusivos. Não obstante, a diversidade de casos era pretendida para poder observar uma larga variedade de comportamentos interactivos das mães e das crianças. Tal, foi conseguido. Apesar destas limitações, alguns dados obtidos nesta pesquisa levantam interessantes hipóteses para futuros estudos.

Ressalvamos o laborioso trabalho de descrição dos comportamentos e constante conferência de juízes para estabelecer os “novos” indicadores da *Escala de Avaliação de Comportamentos Interactivos Mãe-Filho(a) - Adaptada para Condições de Risco*, o que trouxe a autora do estudo novos *insights* sobre o comportamento materno e infantil e sobre as interacções. Ganhos para a minha prática como educadora e enquanto parceira das famílias com quem trabalho diariamente.

A existência destes instrumentos de observação são essenciais para a investigação científica mas também são úteis para a prática com crianças pequenas. Um olhar treinado com instrumentos rigorosos é um olhar que julga menos e de modo menos precipitado.

Actualmente, a legislação que regula a intervenção precoce prevê os problemas de vinculação como critério de elegibilidade. Ora, estudos internacionais indicam que a prevalência de problemas ao nível socio-emocional ronda os 20% tendo um peso significativo no desenvolvimento subsequente (European Agency for Development in Special Needs Education, 2003, citado por Fuertes, 2010) Este tipo de instrumentos de observação podem ajudar os técnicos a questionar-se sobre interacções de risco. Nenhum instrumento por si só serve de scan do risco (nem mesmo se aferido) mas é certamente uma ferramenta útil no processo de observação das interacções, ao longo do tempo e nos contextos de vida da criança.

BIBLIOGRAFIA

Aguiar, C., Bairrão, J. & Barros, S. (2002). Contributos para o estudo da qualidade em contexto de creche na área metropolitana do Porto. *Infância e Educação Investigação e Práticas*, 5, pp. 7-28.

Ainsworth, M. & Bell, S. (1969). Attachment, exploration and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, pp. 49-65.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment - A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Allen, E. C., Manuel, J. C., Legault, C., Naughton, M. J., Pivor, C. & O'Shea, T. M. (2004). Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. *Pediatrics*, 113, pp. 267-273.

Almeida, I. C. (1997). A Perspectiva Ecológica em Intervenção Precoce. *Cadernos CEACF 13/14*, pp. 29-40.

Almeida, I. C. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade; *Psicologia*, 23(1), pp. 56-72.

Almeida, I. Breia, G. Coloa, J. (2004). *Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce*, Colecção Apoios Educativos. Ministério da Educação. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio- Educativo.

Bairrão, J. "Mayday, Mayday"- Intervenção Precoce. Retirado de <http://homepage.mac.com/jbarbo00/Public/InterPrecoce-.Mac.pdf> em 16 de Abril de 2010.

Bairrão, J. & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em Intervenção Precoce *Psicologia*, 17(1), pp. 15-29.

Barnard, K. & Kelly, J. F., (1990). Assessment of parent-child interaction. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early intervention* pp. 279-302. Cambridge: Cambridge University Press.

Beeghly, M., Fuertes, M., Liu, C., Delonis, M. S. (2010). *Maternal sensitivity in dyadic context: Mutual regulation, meaning-making, and reparation*. In: D.W. Davis & M.C. Logsdon (Eds). *Maternal sensitivity: A scientific foundation for practice*. Hauppauge pp. 59-83. NY: Nova Science Publishers, Inc.

Bell, R. Q.(1979). The reinterpretation of the directions of effects in studies of socialization *Psychological Review*, 75, pp. 81-95.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother; *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, pp. 350-373.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (vol. I). London: Penguin Book.

Bowlby, J. (1976). *Human Personality in Ethological Light in Animal Models in Human Psychobiology*. Plenum Press.

Brandão, M. (2007). Intervenção Precoce: Parecer sobre o Despacho Conjunto nº 891/99. Retirado de http://www.fmh.utl.pt/feei/docs/despacho_891.pdf em 04 de Dezembro de 2010.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton, & Waters (Eds.), *Growing points of attachment: Theory and research* pp. 3-35. Chicago: University of Chicago Press.

Colôa, J.(2010). Pressupostos de acção em Intervenção Precoce retirado de <http://www.slideshare.net/jcoloa/pressupostos-de-aco-em-intervencao-precoce>, em 17 de Julho de 2011.

Correia, L. & Serrano, A. (2002). Envolvimento parental em Intervenção Precoce das práticas centradas na criança às práticas centradas na família. Colecção Ensino Especial Porto: Porto editora.

Crittenden, P. M. (1999). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. In J. I. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among at developmental risk. Monographs of the society for research in child development*, 258, 64, pp. 145-171.

Crockenberg, S. B. & McCluskey, K. (1986); Change in maternal behaviour during the baby's first year of life. *Child Development*, 57, pp. 746-753.

Crockenberg, S. B. & Smith, P. (1982); Antecedents of mother-infant interaction and infants irritability in the first three months of life. *Infant behaviour and development*, 5, pp. 105-119.

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

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

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

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

Dimova, A. (2005) *Professional Education in Early Intervention Systems in Europe An overview*. Graz

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

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

Fuertes, M. Faria, A, Soares, H. Oliveira-Costa, A., Corval, R., & Figueiredo, S. (2009). *Dois parceiros, uma só dança: Contributos do estudo da interacção mãe-filho para a Intervenção Precoce*. In Portugal, G. (Ed.) *Ideias, projectos e inovação no mundo das infâncias - o percurso e a presença de Joaquim Bairrão* pp. 127-140.

Fuertes, M., Faria, A., Soares, H., & Crittenden, P. (2008). *Mother-child patterns of interaction: the impact of premature birth and social economical background*. *Acta Ethologica*, 12(1), pp. 1-11.

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*, 4, pp. 320-331.

Fuertes, M. (2005). *Rotas da Vinculação: O desenvolvimento do comportamento interactivo e a organização da vinculação no primeiro ano de*

vida do bebé prematuro. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

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

Fuertes, M. (2011a). Se não pergunta como sabe? Dúvidas dos pais sobre a educação de infância. In *Actas 4.º Encontro de Investigação e Formação – CIED*. Lisboa: ESELx/IPL.

Fuertes, M. (2011b). Vários olhares sobre as diferenças na vinculação e contributos para a intervenção precoce. *Revista Das Investigação às práticas*, 2, (in press).

Fuertes, M. (2010). Histórias de vida: da investigação à intervenção precoce. *Revista Das práticas à Investigação* (on line), 1 (1), pp. 89-109.

Fuertes, M., & Lopes dos Santos, P. (2005). Vinculação em populações de risco. Joaquim Bairrão (coord.). *Desenvolvimento: Contextos familiares e educativos* pp. 172-199. Porto: Livpsi.

Gallagher, J. (1990). The family as a focus for intervention. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (eds.) *Handbook of early childhood intervention* pp.540-559. Cambridge: Cambridge University Press.

Gomes-Pedro J., Patrício M., Carvalho A., Goldschmidt T., Torgal-Garcia F. & Monteiro M. B. (1995). Early intervention with Portuguese mothers: a 2-year follow-up. *Journal of Developmental Behavior and Pediatrics*, 16(1), pp. 21-8.

Gottesman, M. (1992). Maternal adaptation during pregnancy among adult early, middle and late childbearing: Similarities and differences. *Maternal Child Nursing Journal*, 20 (2), pp. 93-110.

Goldsmith, H., & Alansky, J. (1987). Maternal and infant temperamental predictors of attachment: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 6, pp. 805-816.

Gronita, J. Marques, J. Matos, C. Pimentel, J. (2003). *Os nossos filhos são... diferentes. Como podem os pais lidar com uma criança com deficiência*. Fundação Calouste Gulbenkian. Programa Gulbenkian de desenvolvimento humano

Henderson, S. (1982). The significance of social relationships and the etiology of neurosis. In C.M. Parkes, & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour*, pp. 165-185. New York: Basic Books.

Hooff-Ginsberg, E. & Shatz, M. (1982). Linguistic input and the children's acquisition of language. *Psychological Bulletin*, 92, pp. 3-26.

[http://ausenda.wordpress.com/2010/11/03 snipi-criterios-de-elegibilidade](http://ausenda.wordpress.com/2010/11/03/snipi-criterios-de-elegibilidade). Retirado em 08 de Fevereiro de 2011.

<http://www.limafreitas.org/portal/downloads/trabalhos-de-alunos/mary-ainsworth>. Retirado em 31 de Janeiro de 2011.

Isabella, R. (1993). Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64, pp. 605-621.

Kaye, K. & Charney, R. (1981). Conversational asymmetry between mothers and children. *Journal of Child Language*, 8, pp. 35-49.

Kinderman, (1993). Fostering independence in mother child interactions: Longitudinal changes in contingency patterns as children grow competence in developmental tasks. *International Journal of Behavioral Development*, 16, pp. 513-535.

Kumar, R. Robson, K.M. & Smith, A.M.R. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, pp. 43-51.

Kurtz, L. & Derevensky, J. (1994). Adolescent motherhood: An application to the stress and coping model to child rearing attitudes and practices. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 13 (1), pp. 5-24.

Langlois, J. & Sawin, D. (1981). Infant physical attractiveness as an elicitor of differential parenting behaviour, *Paper presented at the meeting of the Society Research in Child Development*. Boston.

Leitão, F. R. (1994). *Interacção mãe-criança e actividade simbólica*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Lewis, M. & Feiring, C. (1989). Infant, mother and mother - infant interaction behavior and subsequent attachment. *Child Development*, 60, pp.831-837.

Mann, J. (1992). Nurture or negligence: maternal psychology and behavioral preference among preterm twins. In J. Barkow & L. Cosmides & J. Tooby (Eds.), *The adapted mind: evolutionary psychology and the generation of culture*, pp. 367-390. New York: Oxford University Press.

Milliones, J. (1978). Relationship between perceived child temperament and maternal behaviors. *Child Development*, 49, pp. 1255-1257.

- Muller, M.E. (1994). A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. *Journal of Nursing Measurement*, 2 (2), pp. 129-141.
- Osofsky, J. (1976). Neonatal characteristics and mother-infants interaction in two observational situations. *Child Development*, 47, pp.1138-1147.
- Osofsky, J, & Eberhart - Wright, A. (1992). Risk and protective factors for parent and infants; In G. Suci & S. Robertson (Eds.), *Human Development: Future directions in infant development research*, pp. 25-39. New York: Springer- verlag.
- Pimentel, J. S. (1999). Reflexões sobre a avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*, 1(XVII), pp. 143-152.
- Pimentel, J. S. (2004). Avaliação de programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica* 1 (XXVII), pp. 43-54.
- Portugal, G. (1998). *Crianças, famílias e creches*. Porto: Porto Editora.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences* 1094, pp. 1-12.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation and early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Simpson, J. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, pp. 115-140. New York: The Guildford Press.
- Snow, C. E. (1977). The development of conversation between mothers and babies; *Journal of Child Language*, 4, pp. 1-22.

Soares, I. (1996). *Representação da Vinculação na Idade Adulta e na Adolência. Estudo Intergeracional: Mãe-Filho(a)*. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia.

Stevens, J. H., et al. (1993). The influence of parents on children's development and education. In B. Spodek (Ed.) *Handbook of research on the education of young children*. New York: Macmillan Publishing Company.

Tegethof, M. (2007). *Estudos Sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos profissionais e das família*. Tese de Doutoramento Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Thoman, E. & Olson, J. (1972). Neonate - mother interaction during breast-feeding. *Developmental Psychology*, 6, pp. 110-118.

Trivers, R. (1972). Parental investment and sexual selection. In B. Campbell (Ed.), *Sexual selection and the descent of man: 1871-1971*, pp. 136-179. Chicago: Aldine.

Winnicott, D. W. (1969). La première année de la vie, In D. W. Winnicott (Ed), *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, pp. 191-204. Paris: Petite Bibliothèque Payot.

ANEXOS