



Instituto Politécnico de Lisboa

Escola Superior de Educação de Lisboa

*“A comparação da qualidade dos momentos de interação em
jogo livre entre mãe/ filho - pai /filho e mãe/criança –
técnica/criança entre os 13 e 15 meses de idade.”*

Rute Maria Rodrigues Alves

Mestrado em ciências da Educação
Área de especialização em Intervenção Precoce

2013



Instituto Politécnico de Lisboa

Escola Superior de Educação de Lisboa

*“A comparação da qualidade dos momentos de interação em
jogo livre entre mãe/ filho - pai /filho e mãe/criança –
técnica/criança entre os 13 e 15 meses de idade.”*

Rute Maria Rodrigues Alves

Dissertação orientada pelas Professoras Doutoradas Anabela Rodrigues Barcelos da Silva
de Faria & Marina Gonçalves Fuertes Dionísio

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação
Área de especialização em Intervenção Precoce

2013

Agradecimentos

Esta secção, não me permite agradecer, nem demonstrar a minha gratidão tão profunda, a todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado em Intervenção Precoce me ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos e a realizar mais esta etapa da minha formação académica. Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas, mas um sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

Às Professoras Doutoradas **Anabela Rodrigues Barcelos da Silva de Faria & Marina Gonçalves Fuertes Dionísio** pela atenção, disponibilidade, colaboração, conhecimentos transmitidos e capacidade de estímulo ao longo de todo o trabalho.

À Minha Família, em especial ao meu Pai Avelino, que apesar de já não estar entre nós sempre me ajudou e continua a ajudar na caminhada diária da Vida; à minha Mãe Maria de Lurdes por todo o apoio, ajuda, carinho e estímulo dado diariamente; à minha Filha Maria, pelas minhas ausências, pela paciência, pela compreensão, pela ternura e pela ajuda; um enorme obrigado por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida.

Espero que esta etapa, que agora termino, possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que, constantemente, me oferecem. A eles, dedico todo este trabalho.

Ao Sr^o Eliseu e D^a Rosa, por terem sido também eles um forte pilar de apoio, sem a base segura deles este trabalho não teria passado de um “Sonho”.

Ao Jorge, por ter semeado em mim a dúvida, “porque não?”. Por me ter feito acreditar que era o momento.

Às minhas amigas e companheiras de “aventura”, por me terem ouvido; ajudado a pensar e me terem incentivado sempre nos momentos mais críticos.

À minha mais recente colega, companheira e amiga, que apesar de ter “surgido na minha vida” na reta final deste trabalho, o seu impulso, a sua capacidade de ajudar e de se dar fez-se notar. Bem haja!

Resumo

O objetivo do presente estudo exploratório é o de comparar a qualidade dos momentos de interação em jogo livre, que se estabelecem entre mãe e filho; pai e filho; técnica e criança em momentos separados, mas nas mesmas condições sequenciais. Para o efeito, foram analisados e cotados 24 filmes em díades mãe-filho, pai-filho e técnica-criança de aproximadamente 5 minutos com a escala de interação Care-Index. A seleção da amostra tal como a posterior recolha de dados foram realizadas no Hospital Santo Espírito da Ilha Terceira.

Os resultados indicam que as díades mãe-filho(a)/ pai-filho(a) são muito semelhantes, pois apresentam níveis adaptáveis com interações positivas, recíprocas e ajustadas à idade das crianças. Por sua vez, as díades mãe-criança e técnico-criança, apresentam níveis distintos e com menor qualidade interativa. As mães continuaram a apresentar díades com níveis adaptáveis e com interações positivas, recíprocas e ajustadas à idade das crianças, por sua vez as técnicas apresentaram interações de reciprocidade menos ajustadas às características das crianças.

Estes dados permitem refletir sobre os Programas de Intervenção Precoce, em que se preconiza uma filosofia centrada numa abordagem teórica ecossistémica e transacional, com práticas baseadas num modelo de fortalecimento das competências da família, onde há a partilha de responsabilidade e trabalho em colaboração com a família/profissional e a participação da família em experiências que promovem a escolha e tomada de decisão. (Pimentel, 2004).

Palavras-Chave: Vinculação; Jogo Livre; Intervenção Precoce; CARE-Index.

Abstrat

The purpose of the present exploratory study is to compare the quality of interaction moments during free play, occurring between mother and infant; father and infant; professional and child. To this end, we analyzed and rated 24 video recordings in dyads mother-infant, parent-infant and professional-child in about 5 minutes using interaction scale CARE-Index. Sample selection as well as the subsequent data collection were conducted at the Hospital Santo Espírito Ilha Terceira.

The results indicate that the mother-infant dyads and father-infant dyads are very similar, they show adaptive levels with positive interactions, reciprocal and adjusted to the infant age. In turn, the mother-infant dyads and professional-child dyads have different levels with less interactive quality. Mothers continued to show dyads with adaptive levels and positive interactions, reciprocal and adjusted to the age of the infants, in turn professionals showed reciprocal interactions less adjusted to the children characteristics.

These data allow us to reflect on the Early Intervention Program, in which it recommends a philosophy centered on an ecosystem and transactional theoretical approach, with practices based on a strengthening of the competences of family, where there is a shared responsibility and collaborative working style with family / professional and family participation in experiences that promote choice and decision making.

Keywords: Attachment; Free Play; Early Intervention; CARE-Index

Índice

| | |
|--|-----|
| Agradecimentos | i |
| Resumo..... | ii |
| Abstrat..... | iii |
| Introdução..... | 2 |
| Parte I – Enquadramento Teórico | 4 |
| Capítulo I – Intervenção Precoce na Infância em Portugal | 4 |
| 1.1 A origem da Intervenção Precoce | 4 |
| 1.2 A Intervenção Precoce em Portugal..... | 10 |
| 1.3 Enquadramento legal | 17 |
| 1.3.1 Despacho Conjunto 891/99..... | 18 |
| 1.3.2 Decreto – lei 281/2009..... | 20 |
| Capítulo II – A teoria da vinculação..... | 24 |
| 2.1 As bases biológicas da vinculação | 24 |
| 2.2 Figuras de vinculação | 28 |
| Capítulo III – As diferenças na interação em jogo livre entre Mãe-filho(a) e Pai-filho(a)..... | 34 |
| Parte II – Estudo Empírico | 39 |
| Capitulo IV - Enquadramento e Objetivos..... | 39 |
| Capitulo V - Métodos | 39 |
| 5.1 Participantes..... | 39 |
| Capítulo VI - Apresentação de resultados | 44 |
| 6.1 Estudo da comparação de médias entre os grupos de estudo | 45 |
| 6.2 Estudo do impacto dos fatores demográficos na sensibilidade parental | 48 |
| 6.3 Diferenças qualitativas na qualidade de interação | 48 |
| Capitulo VII - Discussão dos Resultados | 49 |
| Considerações finais..... | 52 |
| Bibliografia | 55 |

Índice de Gráficos e Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Amostra 1 | 40 |
| Tabela 2 - Amostra 1 - Frequência de casos em função dos valores da Idade Gestacional. | 40 |
| Tabela 3- Amostra 2..... | 41 |
| Tabela 4 - Amostra 2 - Frequência de casos em função dos valores da Idade Gestacional, Peso e Altura..... | 41 |
| Tabela 5 - Escala de Sensibilidade do manual CARE- Index (Crittenden, (2003))..... | 43 |
| Tabela 6 - Díades Amostra 1-Amostra 2..... | 45 |
| Gráfico 1 - Díades Amostra 1 | 45 |
| Gráfico 2 - Díades Amostra 2..... | 45 |
| Tabela 7 - Valores médios, mínimos e máximos das amostras | 47 |
| Tabela 8- Correlações entre as médias diádicas por amostra | 47 |

Introdução

Ao longo do século XX as questões relacionadas com a infância foram alvo de especial atenção, atribuindo-se às experiências dos primeiros anos de vida uma importância fundamental, realçando o papel da Intervenção Precoce.

A Intervenção Precoce é uma área de educação e desenvolvimento integrado da criança que está implementada há vários anos em Portugal, e que teve o seu último impulso de desenvolvimento após a publicação do Decreto-lei 281/2009, onde se pode ler “(...) a família é a primeira célula socializadora da criança e deve ter como objetivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afetivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, em especial as doenças crónicas ou incapacitantes.”

De acordo com o despacho conjunto nº 891/99, publicado em Diário da República, a intervenção precoce em Portugal “(...) é uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e reabilitativa (...) com vista a assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento (...).”

Estes objetivos são atingidos através da prestação de serviços individualizados, educacionais e terapêuticos às crianças em parceria com as famílias. A Intervenção Precoce não se foca apenas na criança, mas também no seu contexto familiar sendo esta parceria fundamental para o processo de intervenção. Às famílias são criadas novas oportunidades de forma a sentirem-se mais competentes, autónomas e independentes, sendo fundamental para as ajudar a resolver problemas no futuro (Cruz *et al.*, 2003).

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas, a primeira diz respeito ao Enquadramento Teórico, com um capítulo sobre a Intervenção Precoce na infância em Portugal, onde analisamos os aspetos conceptuais da Intervenção Precoce, que se subdivide em três pontos: a origem da Intervenção Precoce, uma análise mais aprofundada sobre Intervenção Precoce em Portugal e o enquadramento legal.

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. A avaliação 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 nº 281/2009 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”.

O segundo capítulo faz uma explanação sobre as bases biológicas da vinculação, e as figuras de vinculação.

No contexto da teoria da vinculação, a mãe foi durante muito tempo considerada a figura principal (Bowlby, 1982), pelo que, até há poucos anos, a investigação realizada na área centrou-se, essencialmente, na relação mãe/criança. Contudo, no contexto familiar a criança pode interagir, de um modo contínuo e estável, com outras figuras significativas, como o pai, os irmãos ou mesmo os avós (Thompson, 1998). Contudo sente-se que apesar dos enormes progressos realizados na compreensão da relação mãe/criança, há ainda um longo caminho a percorrer no estudo da vinculação, particularmente num período em que a configuração tradicional da família tem sofrido profundas transformações, conduzindo a uma redefinição dos papéis parentais.

O terceiro capítulo dá uma visão sobre as Diferenças na Interação em jogo livre Mãe-Filho(a) / Pai-Filho(a) e Mãe-Filho(a) / Técnico-criança. Desde os anos 70, que existem estudos sobre parentalidade. Estes revelam que os homens são igualmente capazes como as mulheres de ter comportamentos sensíveis, carinhosos e estimulantes com bebés e crianças (Belsky, 1979). São cada vez mais notórias semelhanças do que diferenças na interação mãe-filho(a) e pai filho(a).

A segunda parte refere-se ao Estudo Empírico, que é constituído pela problemática, os objetivos do estudo, as questões de investigação, o método, a apresentação, a discussão dos resultados e as considerações finais.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Intervenção Precoce na Infância em Portugal

1.1 A origem da Intervenção Precoce

Nos anos 60 encontramos duas perspectivas na abordagem às crianças com Necessidades Educativas Especiais ou em risco: as Terapias baseadas no modelo médico – a criança com deficiência era considerada como uma fonte constante de problemas para a sua família com dificuldades para lidar com esta situação; preocupação crónica na vida familiar; e os Programas de Educação Compensatória – baseados num modelo educacional (anos 60) – de Hunt e Bloom - programas com características remediativas centrados na criança, pretendendo compensar a deficiente estimulação das crianças de meios desfavorecidos antes da entrada na escola através de uma estimulação precoce intensiva a estas crianças e que passou progressivamente a abranger crianças com NEE.

Relativamente aos anos 70 surge-nos a abordagem behaviorista ou comportamental (Shonkoff & Meisels, 1990), na qual se valoriza o impacto do meio no desenvolvimento da criança, havendo uma grande difusão de programas destinados a crianças em situação de risco. Comprova-se aqui a importância do envolvimento dos pais no programa de intervenção, que contribui para o seu sucesso e para que os ganhos se mantenham ao longo do tempo, deixando o enfoque de ser na criança e no técnico para passar a ser na família/pais. A legislação nos EUA em 1975 - PL 94-142 – reconhece o direito a uma educação pública e adequada às crianças com NEE a partir dos 6 anos.

Nos anos 80 aparece a Teoria Transaccional (Sameroff, & Chandler, 1975), numa perspectiva em que o desenvolvimento resulta das trocas recíprocas entre a criança e os diferentes contextos de vida. Há aqui uma maior individualização dos programas – porque se chegou à conclusão que, quando os pais assumem “tarefas de ensino” com os seus filhos os benefícios e as vantagens são notórias, no entanto, estes procedimentos não são adequados a todas as situações - nem todos os pais se sentem capazes, estão disponíveis ou querem ter o papel de “professores/educadores” dos seus filhos (Almeida, 1998).

É uma abordagem interativa em que tanto a criança como a família “são clientes do serviço” e que, tanto o serviço como a família trabalham com a criança (Simeonsson, 1998), havendo um ajuste em função do desejo e da motivação da família.

Nos Anos 90, encontramos uma abordagem Ecológica e Sistémica, servindo de quadro conceptual a esta Teoria:

- O Modelo Transaccional (Sameroff, & Chandler, 1975; Sameroff, & Fiese, 1990) – no qual o desenvolvimento resulta das trocas recíprocas entre a criança e os diferentes contextos de vida;
- Uma perspectiva Sistémica da Família (Minuchin, 1974; Turnbull, 1986) – qualquer mudança num dos elementos da família vai afetar os restantes elementos - tem mais sentido trabalhar o todo em função de um objetivo comum;
- O Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1977, 1986, 1989) – operacionaliza os diferentes contextos que influenciam o desenvolvimento da criança como uma estrutura concêntrica com quatro níveis: o micro (contextos habituais de vida da criança, o meso (inter-relações entre os vários contextos), o exo (contextos mais distantes) e o macrosistema (valores e normas da sociedade em que a criança e a família estão inseridas).
- A Teoria do Suporte Social (Dunst, 1985; Dunst, & Trivette, 1990) – pais e profissionais estabelecem uma verdadeira relação de parceria.

Temos assim a relação Pais/Criança e o papel dos técnicos como um impulsionar e consolidar das relações naturais de suporte e de troca interativa entre os dois, dar informações aos pais do ponto de vista da educação e do desenvolvimento e estratégias para estimular adequadamente a criança. No entanto, são os pais que são encorajados a tomar a iniciativa, utilizando a informação como desejarem, no seu contexto, rotinas e interações diárias com a criança.

Até chegarmos à perspectiva atual do modelo adoptado – uma abordagem teórica ecossistémica e transaccional – houve outras concepções, outros autores e outras maneiras de olhar o desenvolvimento da criança (citado em Almeida, 1998):

- Gesell (1880/1961) – Perspectiva Maturacionista: o desenvolvimento depende da maturação progressiva do sistema nervoso, coexistindo a ideia da natureza imutável do quociente intelectual, fornecido pelos genes, permanecendo invariável ao longo da vida; dá primazia aos fatores maturacionais.

- Vygostsy (1896/1934) – Teoria Sociocultural do desenvolvimento: dá primazia à característica eminentemente social do desenvolvimento; muito importante o meio no desenvolvimento da criança, nomeadamente as interações que se estabelece com os indivíduos mais competentes.
- Wallon (1879/1962) – Perspectiva Evolutiva: enfatiza o papel da história do individuo, as suas características biológicas e as situações em que vive – processo de interação constante entre o organismo e o meio.
- Piaget (1896/1980) – Teoria sobre a génese da inteligência na criança – carácter dinâmico do desenvolvimento: “é da interação dialéctica criança/meio que a inteligência surge, como algo que resulta de uma construção da criança”; necessidade de dotar o meio de características propícias ao desenvolvimento.
- Hunt (1961) e Bloom (1964) – referem o impacto que o ambiente precoce vai ter no desenvolvimento futuro da criança. Falam nos “períodos sensíveis do desenvolvimento”, ou seja, períodos em que há uma maior plasticidade do sistema nervoso, o que permitia que uma estimulação intensiva nesta fase resultasse numa aceleração importante do desenvolvimento.

Dunst e Bruder (cit. Almeida, 2004) definem Intervenção Precoce como uma prática que diz respeito aos serviços, apoios e recursos necessários para responder às necessidades das crianças e das famílias, com atividades e oportunidades que pretendem incentivar a aprendizagem e o desenvolvimento da criança, criando oportunidades para que as famílias tenham um papel ativo em todo este processo.

Temos assim uma conceção de Intervenção Precoce que se dirige essencialmente à família, com um modelo teórico – Modelo Ecosistémico e Transaccional (von Bertalanffy, 1968; Turnbull & Turnbull, 1986; Sameroff, 1975,1995; Sameroff & Fiese, 1990, 2000; Bronfenbrenner,1979, 1986, 1989, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998), considerando-se como principais eixos deste modelo:

- A importância dos diferentes contextos e as suas inter-relações no desenvolvimento da criança;
- A família como o principal contexto de desenvolvimento da criança e como a unidade de intervenção dos programas de Intervenção Precoce;
- A criança e a família como membros de uma comunidade com as suas redes sociais, normas, valores e atitudes próprias;

- A importância de uma coordenação eficaz de serviços e recursos que possibilite uma resposta integrada e atempada.

Na Europa, apesar de se ter consciência de que a organização da Intervenção Precoce na Infância (IPI) não é homogénea em todos os países, entre 2003/2004 foram realizadas análises a aspectos chave da IPI pela European Agency for Development in Special Needs Education, que identificou cinco aspectos comuns da IPI em todos os países da Europa:

- Disponibilidade – abranger todas as crianças e famílias que necessitem de apoio;
- Proximidade – descentralização de serviços de forma a permitir o fácil acesso das famílias aos mesmos;
- Viabilidade Financeira – gratuidade ou baixo custo dos serviços;
- Interdisciplinaridade – o envolvimento de profissionais de diferentes áreas disciplinares de modo a facilitar o intercâmbio de informação;
- Diversidade de serviços – envolvimento de três serviços, saúde, segurança social e educação.

Embora existam diferenças, podem ser encontrados centros de IPI em todos os países Europeus que integraram o estudo, nomeadamente o centro de IPI de Coimbra. A exceção aparece nos países nórdicos onde os serviços de saúde, de segurança social e de educação partilham o processo da IPI a nível local.

Uma tendência comum, referida por diferentes países, é a necessidade de ajustar as tarefas dos profissionais e o plano de trabalho de acordo com as necessidades e desejos das famílias, qualquer que seja a localização das respostas e dos serviços. Os profissionais trabalham “com e no seio” das famílias tanto quanto necessário e com a sua concordância.

Contudo, também trabalham, se necessário, nos contextos educativos que a criança frequenta (centro de dia, creche, jardim de infância, etc.), ou num centro especial, ou ainda num serviço/centro de IPI.

A IPI na Europa proporciona, a pedido da família, uma variedade de serviços ou respostas disponíveis e acessíveis tendo em conta a proximidade e os objetivos. Tais recursos e serviços devem ser oferecidos o mais cedo possível, gratuitamente ou a baixo custo para as famílias, sempre que sejam necessários, preferencialmente a nível local, tal como refere a European Agency for Development in Special Needs Education (2005) “Os serviços devem ser orientados para a família e responder às suas necessidades”.

Teoricamente nas diferentes áreas científicas, a integração e a envolvência dos serviços de saúde, da segurança social e da educação são comuns na IP na Europa, de modo a partilharem responsabilidades. Ciências da Saúde, ciências Humanas e Sociais inter-relacionam-se no que respeita ao desenvolvimento das crianças e ao impacto das interações sociais no desenvolvimento humano em geral e no da criança em particular.

Em toda a Europa, não existe um modelo de referência único: “Teorias e modelos diferentes têm contribuído para o desenvolvimento de uma abordagem da IPI focada na criança, na família e na comunidade, substituindo um modelo médico por um modelo social.” European Agency for Development in Special Needs Education (2005).

Existe também a preocupação dos técnicos trabalharem em conjunto, numa equipa interdisciplinar, quer na planificação quer na implementação das ações acordadas, partilhando princípios, objetivos e estratégias de trabalho. As diferentes perspetivas do trabalho transdisciplinar que asseguram os setores da saúde, educação e serviço social, têm de ser integradas e coordenadas, reforçando-se sobretudo uma abordagem inclusiva e holística evitando abordagens compartimentadas.

Nos EUA a evolução das práticas e teorias de intervenção precoce foram sendo acompanhadas de reformas legislativas, comparativamente com Portugal, que foi regulamentando a prática de intervenção precoce, surgindo esta muito dispersa em legislações referentes à Educação Especial (Portaria 52/97 de 21 de Janeiro) e Educação Pré-Escolar (Ruivo e Almeida, 2002).

Síntese dos principais marcos legislativos nos EUA relativos ao apoio de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) e na Intervenção Precoce

| Ano | Legislação | Conteúdo da Legislação |
|---------|-----------------------------|--|
| 1935 | Tide V- Social Security Act | Atribui fundos a programas destinados a crianças com NEE e para formação de profissionais e pesquisa nessa área. |
| 1958 | PL 85-926 | Prevê atribuição de fundos para formação de professores de crianças com atraso mental. |
| 1964 | PL 88-452 | Cria o programa Head Start. |
| 1965 | PL 89-10 | O Elementary and Secondary Education Act Tittle III autoriza o apoio a crianças com NEE a frequentar escolas públicas ou privadas com subsídio estatal. |
| 1967 | PL 90-248 | Cria o Early and Periodic Screening Diagnosis and treatment Program (EPSDT) associado ao programa Medicaid. |
| 1968 | PL 90-538 | O handicapped Children's Early Educations (HCEEP) atribui fundos para o desenvolvimento e implementação de programas experimentais de intervenção precoce para crianças dos 0 aos 6 anos. |
| 1969 | PL 91-230 | Altera o PL 89-10. Reúne no decreto Education of the Handicapped Act (EHA) as disposições legais relativas às crianças com NEE, HCEEP são integradas na parte C do EHA. |
| 1972 | PL 92-242 | Determina que 10% das vagas do programa Head Start sejam atribuídas a crianças com NEE. |
| 1975 | PL 94-142 | A EHA é alterada dando lugar à Education for All Handicapped Children Act que obriga os Estados a proporcionar educação gratuita e adequada num meio natural, às crianças com NEE dos 0 aos 12 anos; e atribui fundos de incentivo aos programas destinados às crianças com NEE dos 3 aos 5 anos. Formaliza o uso de plano Educativo Individualizado (PEI). |
| 1983 | PL 98-199 | Autoriza a atribuição de fundos para ajudar os estados a planear e desenvolver programas para crianças com NEE dos 0 aos 5 anos. |
| 1986 | PL 99-457 | Alarga o âmbito da PL 94-142, dando carácter de obrigatoriedade à prestação de serviços às crianças com NEE a partir dos 3 anos e cria incentivos (Parte H) para programas destinados a crianças dos 0 aos 3 anos e suas famílias. Reconhece uma perspectiva ecológica de prestação de serviços e recomenda a elaboração do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF). |
| 1990 | PL 101-576 | Reautoriza e altera Education for All Handicapped Children Act (PL 94-142) e renomeia-a Individuals with Disabilities Education Act (IDEA). |
| 1991 | PL 102-119 | Reautoriza e altera a parte H da IDEA, que passa a ser designada Parte C e requer o desenvolvimento de serviços de intervenção precoce para crianças com NEE dos 0 aos 2 anos e suas famílias. |
| 1997-98 | PL 105-17 | Reautoriza a parte C da IDEIA. Requer que seja garantida no PIAF a prestação de serviços em ambientes naturais tais como a casa da criança. |
| 2004 | PL 108-446 | Reautoriza a Parte C da IDEIA, Preconiza, nomeadamente, uma definição rigorosa de atraso de desenvolvimento, a formação e supervisão adequada dos profissionais. Encoraja o incremento das respostas às situações de risco de atraso de desenvolvimento. |

Fontes: Gallagher e Tramill (1998); Meisels e Shonkoff (2000); Wolery e Wilbers (1994)

1.2 A Intervenção Precoce em Portugal

A intervenção precoce em Portugal é recente e baseou-se em modelos internacionais. Os primeiros programas que surgem de intervenção precoce em Portugal situam-se na década de 60. Nessa altura foi criado pelo Ministério da Saúde e Assistência – Instituto de Assistência a Menores, o Serviço de Orientação Domiciliar (SOD) cuja finalidade se centrava sobretudo no apoio a nível nacional a pais de crianças cegas (0-6anos) e a crianças deficientes (0 aos 2 anos). Este acompanhamento era feito por profissionais da área da saúde, nomeadamente enfermeiras de saúde pública, que prestavam apoio no domicílio às crianças e aos pais, quinzenalmente ou trimestralmente, consoante a problemática identificada.

Este programa funcionou até 1972, data a partir da qual foi extinto, e passam os Centros de Educação Especial – Secretaria do Estado da Segurança Social, a assumir apenas em Lisboa e no Porto, a Orientação Domiciliar (OD). Estas equipas eram constituídas em Lisboa, até 1987, por educadores especializados, no entanto com a integração das mesmas na Direção de Orientação e Intervenção Psicológica (D.S.O.I.P.) do mesmo Ministério, passam a integrar equipas interdisciplinares.

Bairrão (2006) no seu artigo “MAYDAY MAYDAY” descreve, que esta tivera uma primeira tentativa de intervenção nas primeiras idades para crianças cegas nos anos 60, a nível nacional, o que levou a que à data fosse considerado pioneiro. Refere ainda que a IP em Portugal surge nos anos 80, primeiro em Lisboa e depois em Coimbra, com serviços de IP que poderemos designar com alta qualidade.

Importa ainda salientar que, entre 1987 e 1973, crianças com paralisia cerebral e outras alterações motoras, graças ao Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral e às Cooperativas de Crianças Inadaptadas, começaram a ter acesso a um atendimento mais precoce. Contudo, ainda era muito raro uma criança com menos de 6 anos de idade ser atendida neste tipo de sistemas, dado que a primeira infância não era tida como prioritária.

Ainda nos anos 70, mas em Coimbra, no concelho de Águeda, o Hospital Pediátrico de Coimbra, o Centro de Saúde, as equipas de Educação Especial, a Segurança Social e outras entidades públicas e privadas conjugam esforços com o objetivo de organizar recursos para responder às crianças com deficiência e em risco.

Neste projeto as respostas integravam crianças portadoras de deficiência, mas também crianças com privações ao nível da nutrição, incapacidade materna, marginalização familiar e carência socioeconómica. Segundo Ruivo e Almeida (2002), este projeto teve um impacto muito significativo, pelo que proporcionou às crianças, famílias e serviços, pelas perspectivas que abriu em termos de modelos de prevenção e intervenção com crianças em idades precoces e suas famílias.

Contudo, só em meados dos anos 80 é que gradualmente fomos verificando maior necessidade de incrementar, ao nível das áreas da saúde, da educação e da segurança social, formas de atendimento a crianças com necessidades educativas especiais em idades mais precoces. Poder-se-á afirmar, que só a partir dessa altura (e.g., Ruivo e Almeida, 2002) é iniciada uma nova etapa no domínio da intervenção precoce em Portugal, com programas que demonstram já uma estrutura organizativa e um enquadramento teórico mais consistentes.

São exemplos disso duas experiências desenvolvidas por entidades distintas: uma desenvolvida pelo serviço estatal o C.O.O.M.P. P (Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico) / D.S.O.I.P. (Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica) / C.E.A.C.F.(Centro de Estudos de Apoio à Criança e à Família), mais especificamente pelo D.S.O.I.P (Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica) que aprofundou, implementou e disseminou o Modelo Portage com origem nos Estados Unidos; e, por um serviço de base comunitária com financiamento próprio, o Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) de Coimbra com origem no projecto de Águeda referido anteriormente.

Ao longo dos anos 90, devido às mudanças que entidades como as anteriormente referidas conseguiram implementar, e também graças a incentivos financeiros provenientes de programas nacionais e de fundos comunitários assistimos a uma proliferação de Projectos de Intervenção Precoce em Portugal.

Esses Projetos com critérios e exigências baseados nos programas de financiamento obrigaram a que os mesmos tivessem uma estrutura específica permitindo parcerias inter-serviços e a interdisciplinaridade, originando assim em Portugal “uma realidade diversificada no que diz respeito à prática da Intervenção Precoce, prática que nalguns casos se irá provavelmente confundir com a de estimulação precoce” (Ruivo e Almeida, 2002, p.19).

A influência de modelos de desenvolvimento ecológicos (Bronfenbrenner; 1979, 1998) e transacionais (Sameroff, 1975; Sameroff & Fiese, 1990) norteou a organização da IPI para um sistema de colaboração inter-serviços, visando a adoção de programas mais abrangentes em que a participação efetiva da família e da comunidade desempenham um papel preponderante.

Desloca-se a unidade de intervenção da criança para a família e abandona-se uma perspectiva de estimulação precoce em que a criança surgia como o principal alvo do programa de intervenção – é a família que é considerada como um todo:

- Deve ser simultaneamente recetora e ativa do programa;
- Funciona como uma parceria com os profissionais do programa;
- Toma as decisões de tudo o que tenha que ver com a criança e com a própria família;
- Tem cada vez mais uma melhor inserção na comunidade, utilizando os recursos disponíveis e também através da constituição de uma rede social de apoio com consistência
- Deve estar disponível para a problemática da criança.

Em 1999, surge o Despacho Conjunto 891/99, consagrado exclusivamente à IPI, dos Ministérios da Educação, da Saúde, do Trabalho e Segurança Social, ditando “Orientações Reguladoras” para a IP. Define “as linhas orientadoras da IPI para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias”. Este foi um passo importante no sentido do reconhecimento e da identidade da IPI, referindo a avaliação das práticas da IP asseguradas a dois níveis:

- A nível regional – Pelas direções regionais da educação, administrações regionais de saúde e centros regionais da segurança social, que, para o efeito, designarão os seus representantes.

- A nível nacional – Por um grupo interdepartamental, a construir por despacho conjunto dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.

Atualmente as diretrizes da IP em Portugal são ditadas pelo Decreto de Lei nº 281/2009, onde se estabelece que a avaliação fica ao encargo da Comissão de Coordenação do SNIPI.

Esta irá assegurar a articulação das ações desenvolvidas ao nível de cada ministério, mediante reuniões de avaliação. Este decreto apresenta-nos como linhas orientadoras para IP:

“... as crianças com alterações ou risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento, (...) do direito à participação social dessas crianças e dos jovens e adultos em que se irão formar. (...) Inclusão social conduzida ao nível da vida privada, ao nível comunitário e ao nível da ordem institucional mais geral, (...) Assegurar a todos o direito à participação e à inclusão social...”

Contudo, continuamos a constatar que não obstante já existirem estes dois documentos, ainda se notam algumas lacunas na IP, nomeadamente na formação dos técnicos. Segundo Bairrão e Almeida (2002), “constata-se que a oferta é escassa, quer a nível pré e quer pós-graduação.”

Assim como na avaliação dos programas Bairrão & Almeida (2003 pp 15-29) refere que em Portugal não existe tradição no que respeita genericamente a avaliação. São raros os programas de IP que se têm preocupado em levar a cabo uma verdadeira avaliação dos mesmos.

A formação em serviço proporcionada por diferentes entidades não académicas desempenhou, e desempenha ainda, um papel essencial no que se refere às qualificações de profissionais de IPI.

De um modo geral, estas diferentes modalidades de formação orientam-se de acordo com as perspetivas teóricas e práticas, influenciadas pelo modelo e legislação norte-americana acerca da IPI.

São tomadas em consideração algumas questões cruciais em IPI, com vista a ajudar os profissionais na mudança de práticas tradicionais para práticas mais eficazes, baseadas na evidência:

- De modelos centrados na criança e no défice para intervenções integrativas prestadas no contexto natural da criança;
- De intervenções paralelas, fragmentadas e mono-disciplinares (terapias isoladas) prestadas por diferentes profissionais, para um trabalho em equipa inter-disciplinar de colaboração e participação integrada entre diferentes serviços;
- De modelos “assistenciais” para um modelo de fortalecimento (empowerment) e de práticas centradas na família que considerem a família como uma unidade de intervenção.

Ao nível da I.P. em Portugal, verificámos que muito já foi feito. Contudo, Pimentel (1999, 143-152) refere que “ Apesar do termo de Intervenção Precoce ser cada vez mais utilizado entre nós, infelizmente não podemos ainda considerar que haja uma política definida relativamente à sua implementação...”. Podemos mesmo referir que o conceito de Intervenção Precoce está longe de ser unívoco, mesmo tendo já passado mais de trinta anos sobre os primeiros programas que, nos EUA, adotaram esta designação.

Bailey e Wolery, como referem Bairrão e Almeida (2002) consideram que as áreas prioritárias de investigação em Intervenção Precoce na próxima década são:

- Estudos sobre os instrumentos de avaliação dos resultados na família (consideram os instrumentos existentes intrusivos, pouco eficazes e tecnicamente pouco adequados);
- Estudos sobre a avaliação dos progressos das crianças, incluindo todas as áreas do desenvolvimento e contextualizando-as nas situações de forma a ter em conta os factores de risco e de oportunidade que influenciam o desenvolvimento;
- Estudos sobre os efeitos que alguns factores como – etnia, linguagem, cultura e pobreza – têm no grau de participação da família nos programas de Intervenção Precoce e nos resultados alcançados com esses programas – grande desafio que se coloca nos dias de hoje aos profissionais que é – como trabalhar com estas famílias de risco social? – como fazer nestes casos uma intervenção centrada na família? Onde situar as referências em que se possa balizar a nossa prática? – Pretende-se assim investigações que permitam encontrar as melhores formas de intervir nestes casos e de se conseguirem resultados positivos nas crianças e nas famílias.

Dunst e Bruder (2002) consideram a Intervenção Precoce como um conjunto de serviços, apoios e recursos necessários para responder às necessidades das crianças e das suas famílias – Intervenção Precoce inclui todo o tipo de actividades, oportunidades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança, assim como o conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover esse mesmo desenvolvimento e aprendizagem.

A filosofia do programa é uma abordagem teórica ecossistémica e transaccional com práticas baseadas num modelo de fortalecimento das competências da família – modelo de prestação de serviços centrado na família – reflectido no Plano Individual de Apoio à Família, onde há a partilha de responsabilidade e trabalho em colaboração com a família/profissional e a participação da família em experiências que promovem a escolha e tomada de decisão.

É assim um modelo baseado nas forças e competências da família e em que o profissional é um recurso e um apoio, responsável por ajudar a família a identificar os objectivos da intervenção e por lhe dar toda a informação que permita a tomada de decisão promovendo sempre a autonomia da família (Bailey & McWilliam, 1993).

Como refere Pimentel (2005) relativamente às práticas recomendadas e a uma prestação de serviços de qualidade, temos vários factores a considerar: a abordagem centrada na família, diz-nos Wolery (2000), trouxe consigo mudanças ao nível do trabalho com a criança – para que o trabalho seja eficaz, pais e profissionais devem individualizar e adaptar as práticas para cada criança, baseando-se nos dados que têm relativamente às necessidades específicas, que vão mudando ao longo do tempo, e usar assim procedimentos de avaliação/intervenção específicos no contexto dos ambientes, actividades e rotinas que fazem parte do dia-a-dia da criança.

O trabalho com crianças para Briker (2001) e Dunst e Bruder (2002), deve ser realizado nos contextos naturais de aprendizagem – a casa, a comunidade, os contextos de creche e jardim-de-infância e quaisquer outros locais em que participem crianças sem deficiência da mesma idade.

Com esta perspectiva de Intervenção Precoce centrada na família, cabe à própria família, decidir quais os contextos naturais da sua vida e da vida do seu filho em que devem ocorrer experiências de aprendizagem que sejam ricas e significativas e que promovam o desenvolvimento da criança com Necessidades Educativas Especiais.

Com este modelo existe um maior envolvimento das famílias nos programas desenvolvidos no âmbito dos projetos integrados de Intervenção Precoce que, pensa-se que tem que ver com as melhores condições em termos de formação e de supervisão e da existência de uma equipa pluridisciplinar. Bailey e Wolery (2002) salientam a importância do desenvolvimento do Plano Individual de Apoio à Família e da prestação de serviços de acordo com as necessidades da criança e as preferências da família.

Acrescentam ainda que o principal papel da Intervenção Precoce não é criar novos serviços mas, sim, facilitar e coordenar o acesso aos serviços já existentes, completando-os, quando necessário. Para estes autores, a questão que se irá colocar será a de identificar os melhores modelos e programas em função das diferentes problemáticas das crianças e famílias (que tem que ver com a avaliação dos programas).

Tudo isto traduz-se numa perspectiva abrangente de intervenção que pretende uma melhor qualidade de vida para o todo que constitui a unidade familiar e a completa autonomização da família relativamente aos profissionais e serviços para que seja capaz de gerir por si só os recursos de que necessita.

Para Pimentel (2005), o trabalho em equipa e a organização de serviços são outros aspectos realçados no âmbito das práticas recomendadas – os modelos de prestação de serviços vão desde contextos segregados e equipas multidisciplinares até contextos inclusivos com equipas transdisciplinares (são estes os modelos que correspondem às práticas actualmente recomendadas). O trabalho em equipa deve, segundo McWilliam (2000) incluir elementos da família, devendo ser baseado na funcionalidade e não nos serviços e ser acessível aos educadores naturais da criança.

É definida por Trivette, Dunst e Deal (1997) como mais uma das práticas recomendadas uma abordagem baseada nos recursos e não nos serviços. A abordagem nos serviços está centrada no profissional, nas redes formais de apoio e tem por base um modelo deficitário; a abordagem nos recursos – está centrada na comunidade, também dá ênfase às redes formais e informais de apoio e tem como base um modelo de fortalecimento das competências da família.

Na concepção actual da Intervenção Precoce em que o Plano Individualizado de Serviços para a Família representa o cerne da própria intervenção, é muito importante avaliar a forma como os profissionais são capazes de responder às prioridades e preocupações da família (Filer & Mahoney, 1996). Também é importante avaliar a percepção que os técnicos têm da importância do trabalho com famílias e das suas relações com os pais, bem como as práticas de ajuda que desenvolvem.

1.3 Enquadramento legal

Em Portugal encontramos um quadro legislativo para a Educação Especial em geral e para a Intervenção Precoce em particular:

- Lei que regulamenta a educação especial – Decreto-lei 319/91;
- Legislação referente ao pré-escolar – Lei-quadro da Educação Pré-Escolar (Fev. 1997) – preconiza a participação ativa da família;
- Despacho 5220/97 – Regulamenta as orientações curriculares para o pré-escolar e defende a “escola inclusiva”;
- Portaria 1102/97 – Refere as condições educativas para os alunos que frequentam as associações e cooperativas de ensino especial, definida a Intervenção Precoce como “acções dirigidas às famílias e crianças entre os 0 e os 6 anos com deficiência ou em situação de alto risco, em complemento da acção educativa desenvolvida no âmbito dos contextos educativos formais ou informais em que a criança se encontra inserida”.
- Despacho Conjunto 891/99 – Tem como base a legislação americana – “Public Law 99-457” de 1986 – Amendment to the Education of the Handicapped Act”, novamente reeditada e melhorada em 1991 numa peça legislativa designada como IDEA - “ The Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)” – Part C.

- Decreto-lei 3/2008, Artigo 27º refere a “Intervenção Precoce na Infância”, tendo como ponto 1 – “No âmbito da Intervenção Precoce na infância são criados agrupamentos de escola de referência para a colocação de docentes; Ponto 2 – Constituem objectivos dos Agrupamentos de Escolas de referência: a) assegurar a articulação com os serviços de saúde e da segurança social; b) reforçar as equipas técnicas, que prestam serviços no âmbito da Intervenção Precoce na infância, financiadas pela segurança social; c) assegurar, no âmbito do Ministério de Educação, a prestação de serviços de Intervenção Precoce na infância.”

1.3.1 Despacho Conjunto 891/99

A Intervenção Precoce começou a ter um melhor reconhecimento com a publicação do Despacho Conjunto nº 891/99 onde já se acreditava numa filosofia interdisciplinar na criança e na família, nomeadamente o antigo D.S.O.I.P. (Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológicos) em 1987, com o programa Portage. Ligado a este projeto e à Associação Portage surgiu em Coimbra no Hospital Pediátrico o PIIP (Projeto Integrado de Intervenção Precoce) que continua a ser uma referência para as boas práticas neste domínio no nosso país.

Este Despacho, assinado pelos Ministérios da Educação, Saúde e Segurança Social, constitui um conjunto de regras conceptualmente enquadradas, no que se consideram as práticas recomendadas em intervenção precoce.

A implementação do referido modelo preconiza o *trabalho em equipa* multidisciplinar, a parceria com as *famílias*, bem como a elaboração dum documento escrito de suporte, centrado nas crianças em risco e respetivas famílias (PIAF – *Plano Individualizado de Apoio à Família*).

Este plano abrange a situação da criança, a identificação das competências e necessidades das crianças e famílias: o que pode e deve ser definido como prioridade, o plano de intervenção, a sua reformulação sempre que necessário e a preparação e acompanhamento do processo de transição da criança para estruturas pedagógicas (creche, jardim-de-infância e escola).

O documento referido tem como destinatários as crianças dos 0 aos 6 anos de idade, com especial enfoque na primeira infância (dos 0 aos 3), que apresentem deficiência e/ou risco de atraso grave do desenvolvimento.

Neste documento são definidos como **objetivos**:

a) Criar condições facilitadoras do desenvolvimento global da criança, minimizando problemas das deficiências ou do risco de atraso do desenvolvimento e prevenindo eventuais sequelas.

b) Otimizar as condições da interação criança/família, mediante a informação sobre a problemática em causa, o reforço das respetivas capacidades e competências, designadamente na identificação e utilização dos seus recursos e dos da comunidade, e ainda da capacidade de decidir e controlar a sua dinâmica familiar.

c) Envolver a comunidade no processo de intervenção, de forma contínua e articulada, otimizando os recursos existentes e as redes formais e informais de inter ajuda.

Os **serviços** nomeados neste despacho devem estar envolvidos em colaboração direta com a família, sendo esta a peça mais importante deste puzzle de trabalho, havendo um gestor de caso como coordenador da intervenção. Apenas o gestor de caso faz a intervenção direta respeitando assim a privacidade da família ao mesmo tempo que estabelece uma boa relação de confiança com a mesma (Almeida, 2007).

O **trabalho em equipa** é referido devendo esta “utilizar o modelo que melhor se adapte às exigências deste tipo de intervenção”. Também faz referência ao modo como estas devem ser constituídas por profissionais de formação diversificada, nomeadamente educadores de infância, médicos, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas, enfermeiros ou outros, com formação específica e experiência na área do desenvolvimento da criança.

Estes profissionais são designados pelos competentes serviços da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social e pelas instituições ou outras entidades. O envolvimento de outras instituições públicas e/ou de solidariedade social caso seja necessário está previsto, sendo uma excelente ajuda no trabalho a ser feito em rede e na boa gestão dos recursos existentes.

A composição das equipas nos termos referidos no número anterior é dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes.

Neste documento encontram-se vários **Valores implícitos**, nomeadamente:

- A I.P. implica uma cultura e atitude dos agentes envolvidos, assente no reconhecimento de que as necessidades destas crianças só podem ser devidamente avaliadas e interpretadas no contexto familiar e social. 13º Paragrafo (valoriza a família e o historial de individuo Modelo Transacional)
- Maior envolvimento da família em todo o processo de intervenção.
- Estabelecimento de relação de confiança entre profissionais e famílias.
- Criação de novas dinâmicas de trabalho em equipa.
- Racionalização dos recursos já existentes no âmbito de uma coordenação eficaz de atuação.

1.3.2 Decreto – lei 281/2009

Dez anos depois com o decreto-lei nº 281/2009 foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, designado por **SNIPPI**, que consiste num conjunto organizado de entidades institucionais, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças dos 0 aos 6 anos de idade com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento e suas famílias.

Este (**SNIPPI**) é desenvolvido através da atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, integrando-se no âmbito do Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade 2006-2009 com envolvimento das famílias e da comunidade.

Visa ainda detetar, sinalizar e garantir condições de desenvolvimento às crianças até seis anos com limitações funcionais, físicas ou com risco de atraso grave no desenvolvimento.

De acordo com o diploma, quanto mais precocemente forem acionadas as intervenções e as políticas que afetam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornam as pessoas de participar autonomamente na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem.

Deste modo, o sistema de Intervenção Precoce deve assentar na universalidade do acesso, na responsabilização dos técnicos, dos organismos públicos e na correspondente capacidade de resposta. É crucial integrar, tão precocemente quanto possível, nas determinantes essenciais relativas à família, os serviços de saúde, as creches, os jardins-de-infância e as escolas.

Para alcançar este objetivo são instituídos três níveis de processos de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento da criança e da adequação do plano individual para cada caso, ou seja, o nível local das equipas multidisciplinares com base em parcerias institucionais, o nível regional de coordenação e o nível nacional de articulação de todo o sistema.

São **Objetivos** deste Decreto de Lei:

- a) Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional;
- b) Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;
- c) Intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

Os Modelos de trabalho em equipa são multidisciplinares, com técnicos disponibilizados pelos vários Ministérios ou contratados para o efeito. No que concerne à formação, organização das equipas e participação da saúde, educação e serviço social ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social compete:

i) Promover a cooperação activa com as IPSS e equiparadas, de modo a celebrar acordos de cooperação para efeitos de contratação de profissionais de serviço social, terapeutas e psicólogos;

ii) Promover a acessibilidade a serviços de creche ou de ama, ou outros apoios prestados no domicílio por entidades institucionais, através de equipas multidisciplinares, assegurando em conformidade o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) aplicável;

iii) Designar profissionais dos centros distritais do Instituto da Segurança Social, IP., para as equipas de coordenação regional;

Ao Ministério da Saúde compete:

i) Assegurar a deteção, sinalização e acionamento do processo de IPI;

ii) Encaminhar as crianças para consultas ou centros de desenvolvimento, para efeitos de diagnóstico e orientação especializada, assegurando a exequibilidade do PIIP aplicável;

iii) Designar profissionais para as equipas de coordenação regional;

iv) Assegurar a contratação de profissionais para a constituição de equipas de IPI, na rede de cuidados de saúde primários e nos hospitais, integrando profissionais de saúde com qualificação adequada às necessidades de cada criança;

Ao Ministério da Educação compete:

i) Organizar uma rede de agrupamentos de escolas de referência para IPI, que integre docentes dessa área de intervenção, pertencentes aos quadros ou contratados pelo Ministério da Educação;

ii) Assegurar, através da rede de agrupamentos de escolas de referência, a articulação com os serviços de saúde e de segurança social;

iii) Assegurar as medidas educativas previstas no PIIP através dos docentes da rede de agrupamentos de escolas de referência que, nestes casos, integram as equipas locais do SNIPI;

iv) Assegurar através dos docentes da rede de agrupamentos de escola de referência, a transição das medidas previstas no PIIP para o Programa Educativo Individual (PEI), de acordo com o determinado no artigo 8.º do Decreto -Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, alterado pela Lei n.º 21/2008, de 12 de Maio, sempre que a criança frequente a educação pré -escolar;

v) Designar profissionais para as equipas de coordenação regional.

Neste documento estão implícitos vários valores, nomeadamente:

- Os direitos da criança.
- O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.
- As políticas de promoção e inclusão social, constituem vetores de qualidade de vida de uma sociedade.
- Valores de coesão social.
- Universalidade de acesso aos serviços de intervenção precoce
- Responsabilização dos técnicos e organismos públicos e correspondente capacidade de resposta
- Conceito de intervenção precoce mantém-se dos 0-6 anos.

Com a constituição do SNIPI surgiram os critérios de elegibilidade que vieram reforçar o despacho conjunto 891/99. Assim, o SNIPI descreve, como grande objetivo de IP, *assegurar as condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento, assim como reforçar e potenciar as interações e competências familiares, capacitando-as face à problemática reduzindo, remediando ou prevenindo os efeitos de fatores de risco. Segundo a mesma identidade, entende-se por risco de atraso grave de desenvolvimento aquela que, por fatores pré, peri ou pós-natal ou ainda por razões que limitem a capacidade de tirar partido de experiências importantes de aprendizagem, constitui probabilidade de que uma ou mais disfunções possam ocorrer.*

Por sua vez, no Decreto-lei 281/09 de 6 de outubro, são elegíveis para o apoio de IP as crianças entre os zero e os seis anos de idade e respetivas famílias, que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos: 1 - *Alterações nas funções ou estruturas do corpo (...)*; 2 - *Risco grave de desenvolvimento (...)* são elegíveis para o acesso ao SNIPI, todas as crianças do grupo 1 e as crianças do grupo 2, que acumulem quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental.

Capítulo II – A teoria da vinculação

2.1 As bases biológicas da vinculação

A vinculação pode ser definida como um sistema comportamental de natureza instintiva, que tem por resultado provável o restabelecimento da proximidade do indivíduo com a sua figura de vinculação e que tem por função biológica a protecção do indivíduo (Bowlby, 1969/1982; Cassidy, 1999). Todos os bebés desenvolvem uma relação de vinculação com uma figura parental que durante o primeiro ano de vida lhe tenha prestado cuidados de forma continuada (Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 1999), mostrando-se assim, que a apetência para a formação da relação de vinculação está inscrita no repertório comportamental da espécie. A relação de vinculação parece ter facultado à espécie humana uma vantagem evolutiva, nomeadamente porque a proximidade a um membro da espécie mais competente aumenta a probabilidade de sobrevivência e reprodução (Bowlby, 1969/1982; Belsky, 1999a).

Estar vinculado a outra pessoa quer dizer que se “... está fortemente predisposto a procurar proximidade e contacto com essa figura e a fazê-lo em certas situações como quando se está com medo, cansado ou doente.” (Bowlby, 1969/1982, p. 371), constituindo-se, assim, como um laço afectivo com uma pessoa específica que perdura através do espaço e tempo (Ainsworth, 1989).

Ao longo dos anos o conceito de vinculação tem sido vastamente estudado e abordado por vários autores, dando-se constantemente ênfase à importância do estabelecimento do vínculo afectivo entre Pais e filhos. Bowlby descreve esta relação como sendo “a primeira relação humana de uma criança como pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade” (2002, p. 219).

Bowlby em 1958 elaborou a Teoria da Vinculação, que postula que existe uma componente fundamental da natureza humana que é a propensão para estabelecer elos afectivos fortes, com determinadas pessoas em particular.

Esta tendência manifesta-se desde logo no recém-nascido, que já vem equipado com uma série de competências vinculativas – o seguir com o olhar, o chorar, o agarrar, o sorrir – para chamar a atenção de quem presta cuidados.

Brazelton e Cramer (1993) consideram a vinculação afectiva entre Pais e filhos, como um processo contínuo que se inicia durante a gravidez e que se vai desenvolvendo com o estabelecimento das interacções Pais-recém-nascido.

A teoria da vinculação, fortemente marcada pelos pressupostos da etologia, atribuiu, desde os seus primórdios, relevo particular às condicionantes biológicas do comportamento humano (Bowlby, 1958, 1969/82). As perspectivas de análise diferencial, sob o impulso da obra de Ainsworth (e.g., Ainsworth, 1969; Ainsworth & Bell, 1970; Ainsworth, Bell & Stayton, 1972; Ainsworth, Bell & Stayton, 1974; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Ainsworth & Wittig, 1969; Bell & Ainsworth, 1972) deram ênfase particular às variáveis psicossociais consideradas, independentemente, dos processos evolutivos.

Estas abordagens ofuscaram a exploração do papel da Biologia na compreensão das funções adaptativas preenchidas pelos fenómenos da vinculação. Porém, os recentes avanços no domínio da Psicologia Evolucionária aliados ao aparecimento de novos enfoques como, por exemplo, o contido no modelo da maturação dinâmica (e.g., Crittenden, 1999) parecem reencaminhar a teoria para as motivações evolutivas dos comportamentos.

Actualmente, parece claro que o vínculo que a criança estabelece com os seus cuidadores vai muito para além da satisfação das suas necessidades fisiológicas. A vinculação pode ser, assim, definida como um tipo específico de laço afectivo, em que a criança procura segurança e conforto na relação com o adulto (Ainsworth, 1989 cit. por Cassidy, 1999). Hazan e Zeifman (1999) identificaram quatro aspectos que caracterizam as relações de vinculação: manutenção da proximidade, angústia de separação, porto seguro e base segura. Deste modo, a figura de vinculação serve de base segura para que a criança explore o mundo que a rodeia. Por seu lado, a criança monitoriza de forma constante a proximidade e disponibilidade da figura de vinculação.

Quando a criança percebe perigo ou sente ansiedade, procura a figura de vinculação como porto seguro. Uma vez que as separações da figura de vinculação significam um sinal de perigo potencial, a criança reage com angústia. No entanto, logo que a criança sente que a figura de vinculação está suficientemente próxima e é responsiva, começa a explorar e a aprender sobre o ambiente que a rodeia.

Na perspectiva de Gomes-Pedro (1985) e Sá (1997) a vinculação é um processo que dada a sua complexidade e evolução pode ser dividida em três níveis: pré-natal; perinatal e pós-natal.

Na vinculação pré-natal os Pais vão mudando a visão que têm do seu filho, evoluindo de uma imagem do bebé fantástico, para o bebé imaginário e por fim o bebé real. Esta vinculação ocorre durante a gravidez e é composta por todos os momentos importantes no decurso dos nove meses, desde a revelação da gravidez, os movimentos fetais e outros momentos.

Também Brazelton (1992) considera os nove meses de gravidez, o tempo de preparação dos Pais para o nascimento da criança e onde se inicia o processo de vinculação. Na opinião de Gomes-Pedro (1985), a vinculação é um processo natural, embora não seja propriamente instantânea e automática logo após o nascimento, ao contrário do que muitas vezes os Pais pensam. Este é um processo bem mais complexo que envolve uma socialização prévia para o cuidar, o contacto anterior com recém-nascido assim como a gestão dos afectos pelos próprios e os modelos parentais que os progenitores tiveram, entre outros factores.

Para Bowlby (1951, 1969), citado por Ramos (2004b, p. 163) (...) a satisfação das necessidades de vinculação passa por contactos afectuosos com a mãe ou outros prestadores de cuidados, pelos contactos corporais, pelas interacções através do sorriso e do olhar, pelos gestos de ternura e afecto, pelas comunicações sensoriais no momento de cuidados, nomeadamente de amamentação, pela segurança encontrada nos braços do adulto, pela sintonia dos ritmos e dos afectos.

A interacção precoce é um processo que é estabelecido desde os primeiros momentos de encontro dos Pais e do recém-nascido, em que ocorre uma partilha de mensagens de acordo com os recursos disponíveis de cada interveniente, com o objectivo de comunicarem e desfrutarem do prazer de estar unidos (Figueiredo, 2001).

No processo de interacção Pais-recém-nascido, pode constatar-se que ambos mostram e reconhecem a intenção comunicativa de cada um (Figueiredo, 2001). A mutualidade é outra das características existentes neste processo. Mãe e filho parecem confundir-se num único ser, pela analogia dos seus estádios afectivos (Lebovici 1987; Mazet & Stoleru, 2003).

A reciprocidade é descrita pela capacidade de um compreender o comportamento do outro e, modificar o seu próprio repertório, para assim proporcionar uma resposta adequada (Brazelton & Cramer, 1993; Figueiredo, 2001; Mazet & Stoleru, 2003; Ramos, 2004b).

O reconhecimento do recém-nascido como um ser com características e competências singulares possibilitou a compreensão do seu papel fundamental, na interacção com os seus Pais. Se for proporcionado aos Pais o conhecimento sobre as competências interactivas do recém-nascido e se estes compreenderem e valorizarem as inúmeras capacidades dos seus filhos, poderão ser estabelecidos entre os mesmos, diálogos mais ricos e, conseqüentemente, o envolvimento afectivo entre ambos pode estar mais facilitado, contribuindo assim para o desenvolvimento sócioemocional e cognitivo da criança (Brazelton & Cramer, 1993).

Do mesmo modo, como afirma Gomes-Pedro (2005, p. 24), (...) uma indisponibilidade e/ou incapacidade dos pais em se adaptarem às competências e às características individuais do seu bebé inviabiliza uma génese sólida dos primeiros vínculos que sabemos ser as traves mestras da vasta teia dos afectos e moções e que são, por sua vez, o suporte e o fiel da adaptação social.

A construção de relações de vinculação na infância é tida como uma tarefa normativa no desenvolvimento sócio-emocional. Durante o segundo e terceiro ano de vida, o uso das figuras vinculativas mantém-se central na organização dos comportamentos da criança, num mundo físico e social em rápida expansão (Bowlby, 1969/1982; Marvin & Britner, 1999).

2.2 Figuras de vinculação

No contexto da teoria da vinculação, a mãe tem sido considerada a figura principal (Bowlby, 1982, 1989; Ainsworth, 1989; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), pelo que, até há poucos anos, a investigação realizada na área centrou-se, essencialmente, na relação mãe/criança.

Contudo, no contexto familiar a criança pode interagir, de um modo contínuo e estável, com outras figuras significativas, como o pai, os irmãos ou mesmo os avós (Thompson, 1998; Sagi, van IJzendoorn, Aviezer, Donnell, Koren-Karie, Joels & Harel, 1995).

Apesar dos enormes progressos realizados na compreensão da relação mãe/criança, há ainda um longo caminho a percorrer no estudo da vinculação no micro-sistema das relações familiares (Bretherton, 1992), particularmente num período em que a configuração tradicional da família tem sofrido profundas transformações, conduzindo a uma redefinição dos papéis parentais (Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth & Lamb, 2001). Assim, o estudo do modelo do sistema familiar, em vez de, apenas, o modelo mãe/criança, pode permitir uma compreensão mais diferenciada e integrada dos antecedentes e das consequências dos diferentes tipos de vinculação (Cowan, 1997).

Bowlby (1969) sugere que a criança organiza as suas relações com os diferentes cuidadores, desenvolvendo uma hierarquia de figuras de vinculação, constituída pela figura de vinculação primária (definida como o cuidador preferido pela criança) e pelas figuras de vinculação secundárias. A maioria dos estudos tem considerado a mãe como a figura de vinculação primária. No entanto, existem outros cuidadores, como o pai, que devem ser considerados como tal (Berlin & Cassidy, 1999; Howes, 1999). Aliás, Lamb (1977) concluiu que, quando os cuidados da criança são partilhados entre a mãe e o pai, não existe uma clara preferência da criança por um dos progenitores.

Embora a criança organize os seus comportamentos em torno das figuras que com ela interagem regularmente, independentemente do seu envolvimento nos cuidados físicos (Schaffer & Emerson, 1964), quanto mais experiências de interacção social, a criança tiver com estas, mais salientes elas se tornam (Bowlby, 1969/1982). A composição tradicional da família implica que, para além da mãe e do pai, irmãos mais velhos ou avós possam funcionar como base segura da criança, porém, estas figuras não são todas tratadas do mesmo modo.

As diferenças individuais na organização dos comportamentos de base segura estão, de acordo com a teoria da vinculação, fortemente relacionadas com os comportamentos maternos, nomeadamente, com a sua sensibilidade, aceitação, cooperação e acessibilidade nas interações diárias com as crianças (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

Apesar das crianças se encontrarem vinculadas aos pais (e.g., Bowlby, 1969/1982; Main & Weston, 1981; Monteiro, Veríssimo, Vaughn, Santos, & Fernandes, no prelo), a meta-análise de van IJzendoorn e De Wolff (1997) revela que a sensibilidade paterna tem um efeito médio de 0.13, cerca de 50% inferior ao efeito encontrado nas amostras maternas (0.24).

Pelo que, alguns autores (e.g., Cox, Owen, Henderson, & Margand, 1992; Goossens & van IJzendoorn, 1990) sugerem que as origens da segurança da vinculação pai/criança podem residir em diferentes tipos de interação e contextos.

Segundo Grossmann, Grossmann, Fremmer-Bombik, Kindler, Scheuerer- English e Zimmermann (2002), a sensibilidade no contexto de brincadeira, por parte do pai, será central na relação de vinculação criança/pai, do mesmo modo que a sensibilidade na prestação de cuidados é central na relação criança/mãe, uma vez que parece ser nestes domínios que estas figuras são mais salientes e onde interagem preferencialmente.

“O processo da gravidez, o parto e a vinculação precoce são fortemente influenciados pelas atitudes do pai” (Brazelton & Cramer, 1993, p. 54). A adaptação da mulher à gravidez é muito mais bem sucedida com o apoio emocional do marido, assim como a presença do pai no parto e no nascimento está associada a níveis de dor mais reduzidos transformando a experiência do parto mais positiva (Parke, 1982).

Segundo Barnard (1982), citado por Brazelton e Cramer (1993, p. 55) “(...) o envolvimento dos pais na gravidez e no parto reforça a sua identidade como agentes participantes e activos, reduzindo a sensação de que estão a ser excluídos”.

Este envolvimento afectivo e emocional constitui um apoio psicológico fundamental para a mãe, fortalecendo a vida do casal, ajudando no desenvolvimento e adaptação ao seu novo papel, bem como no estabelecimento de um vínculo harmonioso entre o pai, a mãe e a criança (Ramos, 1990, 1993, 2004b).

Vários estudos já demonstraram que “(...) o pai exerce uma influência directa no desenvolvimento da criança, realçada pela vinculação ao filho, desde a infância. Esta vinculação é intermediada pela atitude da mãe perante o papel do pai” (Brazelton & Cramer, 1993, p. 55).

Salientamos os estudos de Tojal (2000); Serra (2001) e Cabeças (2004) que focam o envolvimento do pai desde a concepção aos cuidados do recém-nascido, realçando a importância do apoio do pai à mãe e a sua colaboração no processo de vinculação Pais-filho.

Como refere Ramos (1990, 1993, 2004b), o contributo do pai nos cuidados ao recém-nascido é cada vez mais vulgar, verificando-se em Portugal, sobretudo nos pais mais jovens, de meio urbano e de nível sócio cultural médio e elevado, um desempenho mais activo nas tarefas e nos cuidados relacionados com o recém-nascido. Os pais valorizam as interacções físicas e comunicacionais com o recém-nascido, o que proporciona uma relação precoce e afectiva, constituindo o pai uma figura de vinculação importante para a criança.

Na perspectiva de Gomes-Pedro (1985) e Sá (1997) a vinculação perinatal envolve todos os momentos relativos ao trabalho de parto e primeiro contacto entre os Pais e o recém-nascido. Mazet e Stoleru (2003) referem que num primeiro instante a mãe observa-o, tocando-o somente com as pontas dos dedos, posteriormente com a totalidade da mão e só no final, é que coloca face a face. As primeiras horas de vida são períodos muito sensíveis, nos quais a mãe está muito disponível para construir o laço de ligação com o recém-nascido. Na opinião de Sá (1997) este nível de vinculação pode ser de extrema influência na relação, e da mesma forma ser disruptivo, especialmente em casos de malformações.

Existem estudos que demonstram que o contacto precoce entre a tríade nos primeiros dias após o nascimento podem ser cruciais para o relacionamento e reconhecimento dos três elementos, estando demonstrado que, nos casos em que foi estabelecida uma interacção precoce, após algumas semanas, os Pais interagem mais com os filhos, estão mais empenhados nos cuidados aos mesmos e demonstram graus de auto-estima superiores (Kennel, 1995).

Lamb (1992) defende a ideia de Pleck (1985) ao enunciar que o papel do pai, ao longo da história, tem vindo a sofrer mutações, sendo que actualmente estamos perante o quarto período de mudança.

O papel do pai tem-se alterado entre “O Formador Moral” – pai responsável pela supervisão e educação dos filhos; “Função de Sustento Económico” – paternidade caracterizada pela função de sustento económico da família; “Modelo de Tipificação Sexual” – especialmente nos filhos do sexo masculino e “O Novo Pai Envolvente” – pai como progenitor ativo envolvido nos cuidados aos filhos (Lamb, 1992, p. 20-21).

Estas quatro representações da paternidade demonstram um processo crescente de evolução para um pai que é considerado um participante activo, envolvente e empenhado em todas as dimensões dos cuidados e educação da criança. No entanto, todas as representações anteriores continuam a ser importantes, de acordo com o grupo em que surgem, acabando por coexistindo numa sociedade de carácter pluralista.

O que não pressupõe que os pais não sejam tão capazes de cuidar do recém-nascido como as mães. Neste sentido, no período neonatal não existem grandes diferenças, ambos podem ser igualmente competentes na prestação de cuidados ao recém-nascido, no entanto, as mães estão naturalmente mais presentes para o recém-nascido do que os pais, o que as coloca em sintonia com eles e mais conscientes das suas características e necessidades, do que os pais. Daí que as diferenças no envolvimento das mães e pais com o recém-nascido se tornem mais evidentes.

Segundo Lamb (1992), existem quatro factores determinantes do grau de envolvimento paterno: a motivação; a competência e autoconfiança; o apoio e as práticas institucionais. A motivação diz respeito ao interesse e desejo do pai em estar e ser envolvido.

Atualmente assiste-se a um aumento da motivação paterna, que pode estar atribuída ao movimento feminino de questionamento dos papéis masculinos e femininos tradicionais; e pela difusão pelos média do «novo pai», que têm incitado à mudança de mentalidades, quer dos homens quer das mulheres. No entanto, não basta apenas ter motivação para haver um maior envolvimento, as competências e a autoconfiança são preponderantes na passagem do querer ao fazer. Muitos homens têm receio de atuar porque não sabem como fazer ou acham que não são capazes.

O desenvolvimento de confiança é primordial para que os pais se sintam capazes, as competências vão sendo adquiridas com a prática, e por sua vez vão fortalecer a autoconfiança.

Para que haja um maior envolvimento paterno e o homem se sinta bem com isso, deve existir um apoio/encorajamento dentro da família, principalmente por parte da mãe. Neste sentido, os estudos de Pleck (1982); Quinn e Staines (1979) citado por Lamb (1992, p. 30) mostram que “(...) 60% a 80% das mulheres não querem que os maridos estejam mais envolvidos do que estão actualmente”. Esta atitude é justificada pelo facto de algumas mães acharem que os maridos não são competentes e que o seu envolvimento lhes vai gerar mais trabalho ou até colocar em risco a dinâmica familiar.

Por outro lado, um maior envolvimento paterno poderia pôr em causa as áreas de poder da mulher como mãe e gestora da casa. Assim, muitas mães ainda preferem manter a sua autoridade relativamente aos cuidados à criança, mesmo que isso implique exaustão física e psíquica.

Por último, as práticas institucionais estão relacionadas com a necessidade de sustento económico e com as barreiras impostas pelo local de trabalho, principalmente porque existe ainda a ideia social de que os homens devem assumir o papel de fonte principal de rendimento. Nesta óptica, a licença de paternidade é um dos meios adoptados para incentivar o envolvimento paterno, no entanto esta não é a solução, uma vez que proporciona o envolvimento apenas no curto espaço de tempo do início da vida da criança.

Colman e Colman (1994, p. 122-123) relativamente à alteração do papel parental referem que: Há trinta anos (...) O pai ideal era o ganha pão e não alguém que se ocupa do bebé. (...) Agora a maior parte dos futuros pais da classe média vai, pelo menos, a uma consulta ao obstetra durante a gravidez, frequenta aulas de preparação para o parto, aprende coisas sobre o trabalho de parto e o nascimento, e constrói uma relação com os seus filhos.

Estas oportunidades de envolvimento do pai na gravidez são importantes para que este tome consciência do seu novo papel e para ajudar a reduzir a sua sensação de afastamento da mulher, durante a vivência da gravidez e parto.

Se a mãe for facilitadora deste envolvimento paterno na gravidez, no processo de criação de uma relação precoce com o filho, a vinculação pai-filho irá sair fortalecida, o que fará com que o recém-nascido não seja um desconhecido após o parto. Para tal, deverá partilhar as suas vivências e sensações durante a gestação e evolução da gravidez (Russo *et al.*, 2000).

Para Balancho (2003) ser pai, nos dias de hoje, implica claramente a entrada num mundo emocional que até aqui era considerado das mulheres, como por exemplo, acariciar, beijar, pegar ao colo, dar de comer, mudar fraldas, brincar, e que pode confrontar-se com a noção de masculinidade.

As tarefas compartilhadas nos cuidados da criança não só deixam o pai conhecer melhor o seu bebé desde o início, como também lhe permitem compreender-se a si próprio e aprender a maneira de se transformar numa pessoa que cuida de um novo ser (Brazelton & Cramer, 1993).

No entanto, quando a mãe assume o principal papel nos cuidados à criança é, com maior probabilidade, preferida como figura de vinculação, independentemente das crianças estarem vinculadas a ambos os pais (Lamb & Lewis, 2004).

Durante a infância, o sistema de vinculação, torna-se, por um lado, mais integrado e generalizado e, por outro lado, mais diferenciado e diversificado. Ao longo do desenvolvimento da criança, os comportamentos de vinculação tornam-se mais integrados, tendo na sua base as diferentes experiências com a figura de vinculação e os contributos de relações com outras pessoas significativas. No entanto, à medida que o contexto relacional se alarga, também as capacidades cognitivas e afectivas da criança se desenvolvem. Assim, a criança começa a ser capaz de formar ligações afectivas com outras figuras para além da figura de vinculação e é capaz de procurar determinada figura de vinculação de acordo com a sua necessidade de protecção e apoio (Mayselless, 2005).

Capítulo III – As diferenças na interação em jogo livre entre Mãe-filho(a) e Pai-filho(a)

É sabido que os papéis paternos variaram grandemente ao longo do tempo e culturas, sendo que em muitas culturas o pai proporciona pouco ou nenhum cuidado aos seus filhos. Tamis-LeMonda (2004) salienta a importância nos seres humanos de contribuições mais indirectas do investimento paterno no desenvolvimento e saúde das crianças, como a provisão de recursos financeiros que permitem assegurar mais alimentos, a manutenção de uma casa e viver em melhores bairros, que por sua vez promove resultados favoráveis nos filhos. Além disso, o pai tem um papel importante no fornecimento de apoio emocional à mãe que interage com a criança. Contudo, para além desta contribuição mais indirecta, os pais podem também desempenhar um papel mais específico e directo com os seus filhos, sendo também capazes de fornecer um cuidado sensível e responsivo às suas crianças (Paquette, 2004).

De facto, a entrada das mulheres no mundo do trabalho e as importantes mudanças na estrutura familiar que daí decorreram transformaram os papéis parentais, passando a haver uma maior divisão das tarefas de cuidado das crianças. Assim, nas sociedades atuais, tanto a mãe como o pai tendem a prestar apoio emocional e supervisão parental, bem como a desempenharem brincadeiras com os seus filhos (Paquette, 2004).

Existem autores que defendem que a relação de vinculação que a criança estabelece com o pai e com a mãe têm uma natureza singular. Paquette (2004) sugere que o pai desempenha um papel fundamental ao nível do contacto que a criança estabelece com o mundo. A interacção do pai com a criança tem uma elevada componente física, expressa através do jogo, espaço onde o pai estimula, surpreende e desestabiliza a criança por breves momentos. Para além disso, o pai encoraja a criança a correr riscos, assegurando, ao mesmo tempo, a sua segurança e protecção. Pelo contrário, a relação da mãe com a criança parece estar mais associada ao conforto e protecção em situações angustiantes.

Estas diferenças ao nível da relação entre pai-criança e mãe-criança foram também verificadas por Russell e Russell (1987), que concluíram que as mães interagem mais com os filhos, são mais directivas e envolvem-se mais nos cuidados com os filhos, enquanto que o contexto de jogo é característico da interacção entre pai e filho.

De acordo com a teoria da vinculação, diferentes comportamentos por parte da mãe/pai podem atingir os mesmos objetivos, ou seja, responder de um modo adequado às necessidades da criança. Também, para a mesma figura, os comportamentos podem variar de acordo com os contextos e situações, mas os resultados para a criança são os mesmos. Do ponto de vista da criança, o importante é que esta aprenda que a mãe/pai é responsiva(o) e sensível aos seus sinais e que está disponível quando ela necessita (Posada, Jacobs, Carbonell, Alzate, Bustamante & Arenas, 1999).

Segundo Sroufe e Waters (1977), a segurança da vinculação reflete a qualidade da relação específica entre a criança e a mãe/pai, pelo que nela são incluídas a história das interações diádicas entre a criança e a mãe/pai, características da criança e da mãe/pai e o contexto em que essa díade se insere.

Brown e colaboradores (2007) procuraram compreender os aspectos que influenciam o desenvolvimento de uma vinculação segura entre a criança e o pai. Os resultados indicam que quando o pai adota comportamentos parentais positivos, a criança desenvolve uma vinculação relativamente segura, independentemente do envolvimento do pai.

Pelo contrário, quando o pai desenvolve comportamentos parentais menos adequados, e mostra um envolvimento elevado, a criança desenvolve uma vinculação menos segura.

Muitos dos investigadores que se têm debruçado no estudo da natureza da qualidade da vinculação referem a sensibilidade materna (Ainsworth, 1967) como um precursor considerado importante na segurança da vinculação mãe-filho(a). Relativamente ao pai também a sensibilidade do pai influencia a qualidade da vinculação da criança ao pai (van Ijzendoorn & De Wolff, 1997).

Geiger (1996, cit. In Faria, 2011, p. 90) refere que as mães são mais cuidadoras e afetivas com os filhos e usam muito as representações verbais, enquanto as interações de pais com filhos revestem-se normalmente de brincadeiras emocionantes, divertidas, robustas e fisicamente estimulantes (Clarke-Stewart, 1978; Crawley & Sherrod, 1984; Lamb, 1977).

Ainda segundo Lamb (1977) e Parke & Buriel (1998) as mães cuidam e dão mais conforto, e os pais brincam de modo mais dinâmico e intenso.

Desde os anos 70, que existem estudos sobre parentalidade. Estes revelam que os homens são igualmente capazes como as mulheres de ter comportamentos, sensíveis, carinhosos e estimulantes para bebés e crianças (Belsky, 1979; Conner, Knight, & Cross, 1997; Cordeiro, 1997).

Os pais, tal como as mães, também servem de base segura aos filhos enquanto estes brincam e exploram, principalmente quando são pais otimistas e quando dedicam mais tempo para estarem com os seus filhos (Cox *et al.*, 1992).

Algumas investigações revelam que os pais mais interessados e participativos nas rotinas familiares, são considerados tão aptos como as mães na prestação de cuidados às crianças (Belsky, Gilstrap, & Rovine, 1984; Lamb, 1981; Parke & Tinsley, 1981).

Lamb (1992) reconhece que os pais desempenham múltiplos papéis, que devem ser analisados à luz de cada contexto. O envolvimento parental pode ser distinguido entre o tempo despendido em interacção directa e afectiva com a criança; a realização de actividades que envolvem graus menos intensos de interacção como trabalhos domésticos; e, por último, a assunção de responsabilidade pelo bem-estar e cuidados da criança (que muitas das vezes, não são passadas em interacção directa com a criança).

Os resultados obtidos por Lamb (1992) permitem dizer que o envolvimento paterno se distancia do materno, principalmente no último tipo de envolvimento, ou seja, ao nível da responsabilidade pelos cuidados e educação dos filhos. Mesmo com o aumento verificado no envolvimento paterno ao longo do tempo, este é ainda menor do que o materno.

De facto, o estudo realizado por Lamb (1992) sugere que a interacção com os filhos é diferente se for feita pela mãe ou pelo pai. Mais tarde, Lamb (1992, p. 24) acrescenta ainda que “As interacções da mãe com os filhos são dominadas pelos cuidados enquanto que os pais se definem comportamentalmente como parceiros de jogo”.

Também Ramos (1990, 1993, 2004b) salienta as diferenças existentes nos estilos de comunicação materno e paterno, embora ambos se complementem, porque o pai não substitui a mãe, o processo de vinculação do recém-nascido dá-se em ambos os progenitores, formando contextos de interacção diferentes para cada um dos pais.

Ainda segundo este autor, as interações dos pais são mais físicas e estimulantes, caracterizando-se por uma tendência de tocar na criança, de interagir de forma lúdica e divertida. As interações das mães são mais calmas e mais intelectuais, caracterizando-se por uma tendência de sorrir, vocalizar e acariciar mais os bebês, de manter o contacto visual.

Também nas actividades de cuidados à criança, muito embora os pais participem cada vez mais em todo o tipo de cuidados, as mães ocupam-se, em geral, mais das actividades funcionais e corporais (alimentação, adormecimento, higiene, vestuário), enquanto que os pais ocupam-se geralmente mais das actividades lúdicas e ocupacionais (brincadeiras, passeios, jogos, etc.) Ramos (2004b, p. 197).

Pais e mães revelam diferenças não só na qualidade como também na quantidade de prestação de cuidados parentais (Biller, 1993; Parke, 1996; Phares, 1996). As mães costumam passar mais tempo com os filhos na maioria das culturas (Phares, 1996; Hewlett, 1992; Parke & Burriel, 2006).

Contudo, nos dias de hoje já existem pais que despendem mais tempo para estar com os filhos, em especial aquando do primeiro filho (Michale, 2007, p.380) e nas situações em que a mãe trabalha fora de casa (Brayfield, 1995; Cox, Owen, Henderson, & Margand, 1992). Quanto à qualidade: são normalmente as mães que passam mais tempo a prestar cuidados básicos aos filhos (e.g., alimentar, mudar as fraldas, dar banho, vestir...) enquanto os pais, em algumas culturas, despendem tempo a ensinar aos filhos uma profissão (Hewlett, 1992).

Atualmente assistimos a uma certa mudança no comportamento dos pais onde observamos que estes já começam a passar mais tempo a brincar com os filhos (Coleman *et al.*, 2004) e a prender a atenção dos mesmos com brincadeiras mais ativas e energéticas, enquanto as mães tocam, abraçam, falam e brincam dum modo mais calmo e tranquilo (Lamb, 1981; Neville & Parke, 1997; Clarke-Stewart, 1978).

Lamb *et al.* (1983) sugerem que a qualidade da relação criança/pai poderá não estar associada com a quantidade global do envolvimento, mas com um tipo particular de envolvimento, nomeadamente, a brincadeira.

Sugerindo, ainda, que estas interações poderão tornar os pais mais salientes, do ponto de vista afetivo e, assim, facilitar o desenvolvimento destas relações diádicas, mesmo quando os pais não passam muito tempo com os filhos ou participam pouco nas tarefas de cuidados.

Um aumento da participação do pai, nas atividades diárias relacionadas com as crianças, parece fortalecer a relação de base segura com o progenitor, indicando que a experiência nos cuidados poderá facilitar o modo como os pais interpretam e respondem aos sinais das crianças. (Cox *et al.*, 1992).

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo IV - Enquadramento e Objetivos

A presente investigação tem como objetivo estudar:

- a) A qualidade da interação mãe-filho(a) / pai-filho (a) em jogo livre;
- b) A relação entre a capacidade de auto-regulação do bebé e a qualidade da interação mãe-filho(a) / pai- filho(a);
- c) Estudar o papel do pai nas interações com os seus filhos até aos 18 meses.
- d) Estudar o papel do técnico nas interações com crianças até aos 18 meses.
- e) Comparar a qualidade das interações do técnico preparado para trabalhar com crianças e a qualidade das interações das mães

Capítulo V - Métodos

5.1 Participantes

Para concretizar estes objetivos foram analisados na totalidade 24 filmes. Destes vídeos, 11 analisamos o comportamento interativo dos bebés e das mães em jogo livre e dos bebés e seus pais em jogo livre também. Nos restantes 13 vídeos analisamos o comportamento interativos dos bebés com as suas mães e dos bebés e técnicos (enfermeiras especialistas em pediatria) em jogo livre.

Os vídeos foram recolhidos no Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, no âmbito doutra investigação mais alargada sobre a relação mãe-filho(a), em condições de risco ou não, em famílias de diferentes classes sociais, em que nalguns agregados familiares era visível a grande precariedade social (habitacional, desemprego, pobreza). Estes dados foram fornecidos com o objetivo de ser uma cotadora cega quanto à caracterização sócio demográfica. Assim, durante a cotação dos vídeos não sabia se as famílias estavam sujeitas ou não a condições de risco ou a que tipos de risco.

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

Tabela 1- Amostra 1

| | Dados demográficos |
|-------------------------------------|--------------------|
| Género | |
| Feminino | 5 |
| Masculino | 6 |
| Idade gestacional em semanas | |
| Média | 39,7 |
| Desvio Padrão | 6,300 |
| Idade das crianças | 11 |
| 15 Meses | |
| Idade da Mãe | |
| Entre os 17 e os 22 anos | 2 |
| Entre os 23 e os 28 anos | 3 |
| Entre os 29 e os 34 anos | 3 |
| 35 ou mais anos | 3 |
| Idade do Pai | |
| Entre os 17 e os 22 anos | 1 |
| Entre os 23 e os 28 anos | 2 |
| Entre os 29 e os 34 anos | 3 |
| 35 ou mais anos | 5 |
| Escolaridade da Mãe | |
| Ensino Básico | 0 |
| Até ao 6º Ano | 2 |
| Até ao 9º Ano | 1 |
| Ate ao 12º Ano | 8 |
| Ensino Superior | 0 |
| Escolaridade do Pai | |
| Ensino Básico | 0 |
| Até ao 6º Ano | 2 |
| Até ao 9º Ano | 0 |
| Ate ao 12º Ano | 1 |
| Ensino Superior | 8 |

Tabela 2 - Amostra 1 - Frequência de casos em função dos valores da Idade Gestacional.

| Idade Gestacional | Apgar ao primeiro minuto | Apgar ao quinto minuto |
|-------------------|--------------------------|------------------------|
| 41 | 9 | 10 |
| 39 | 6 | 9 |
| 39 | 8 | 9 |
| 38 | -- | -- |
| 40 | 8 | 10 |
| 40 | -- | -- |
| 39 | 8 | 9 |
| 40 | -- | 9 |
| 41 | 8 | 9 |
| 40 | 9 | 10 |
| -- | -- | -- |

Tabela 3- Amostra 2

| | Dados demográficos |
|-------------------------------------|--------------------|
| Gênero | |
| Feminino | 4 |
| Masculino | 9 |
| Idade gestacional em semanas | |
| Média | 38,192 |
| Desvio Padrão | 6,179 |
| Idade das crianças | |
| 13 Meses | 8 |
| 14 Meses | 4 |
| 15 Meses | 1 |
| Idade da Mãe | |
| Entre os 17 e os 22 anos | 1 |
| Entre os 23 e os 28 anos | 6 |
| Entre os 29 e os 34 anos | 3 |
| 35 ou mais anos | 3 |
| Escolaridade da Mãe | |
| Ensino Básico | 0 |
| Até ao 6º Ano | 3 |
| Até ao 9º Ano | 0 |
| Ate ao 12º Ano | 7 |
| Ensino Superior | 4 |

Tabela 4 - Amostra 2 - Frequência de casos em função dos valores da Idade Gestacional, Peso e Altura.

| Tempo de Gestação | Peso | Altura |
|---------------------|-------|--------|
| 33 Semanas | 1,807 | --- |
| | 2,315 | 43,5 |
| 36,5 Semanas | 2,48 | 46 |
| 38 Semanas | 3,155 | 48,5 |
| | 3,910 | 51 |
| 39 Semanas | 3,815 | 54 |
| | 4,050 | 50,5 |
| 40 Semanas | 2,990 | 49 |
| | 3,130 | 51 |
| | 3,190 | 50 |
| | 3,245 | 54 |
| | 3,365 | 50 |
| | 3,430 | 50 |

5.3 Procedimento e medidas

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

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

De acordo com as instruções do manual, cada díade foi filmada entre 3 a 5 minutos, em situação de jogo livre tendo as mães e os pais sido informados a interagir espontaneamente com os seus filhos. Como a idade dos bebês variava entre os 13 e os 15 meses de idade, a recorrência ao uso de brinquedos ficou ao critério de cada mãe/pai.

Para avaliar a qualidade da interação adulto-criança recorreu-se ao *CARE-Index Child-Adult Experimental Index*. Este instrumento é composto por 59 itens organizados em torno de 7 aspetos do comportamento diádico: Expressão Facial, Expressão Verbal, Posição e Contato Corporal, Afetividade, Reciprocidade, Diretividade e Escolha da Atividade.

Adulto e criança são avaliados separadamente em cada um destes 7 aspetos do comportamento interativo, sendo, contudo, cada um dos intervenientes avaliados atendendo às interações ocorridas em cada momento.

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

Tabela 5 - Escala de Sensibilidade do manual CARE- Index (Crittenden, (2003))

| |
|---|
| Sensível (14-11) |
| 14-13 – Dança: estão mutuamente deliciados e partilham alegria conjunta. 12-11 – Interação suave e agradável: jogo e partilha de afeto positivo. |
| Adequada (10-7) |
| 10-9 – Jogo bastante satisfatório. Sem problemas mas sem dança 8-7 – Jogo adequado mas com declarados períodos de sem sincronia (com excesso controlo ou ausência de resposta). |
| <i>Nível de Intervenção</i> |
| Inapta (5-6) |
| 6-5 – Problemas claros e não resolvidos: jogo limitado mas sem sinais de hostilidade ou falta de empatia (ausência de resposta). |
| Alto risco (0-4) |
| 4-3 – Clara falta de empatia, contudo, algumas tentativas (insuficientes ou mal sucedidas) de responder à criança: jogo sem qualidade. 2- 0 – Total falha em perceber ou tentar acalmar o estado de perturbação da criança: não há jogo. |

Capítulo VI - Apresentação de resultados

A literatura científica tem indicado que as mães tendem a ser mais sensíveis do que os pais nas interações com os seus filhos (Volling, McElwain, Notaro & Herrera, 2002). Com efeito, Geiger (1996) indica que as mães são mais calorosas, afetivas, verbais, recíprocas e envolvidas nas interações. Os pais por seu lado primam pela capacidade de jogo, pelo incentivo da autonomia e o estímulo da atividade física (Feldman, 2003; Rohner & Veniziano, 2001). Na verdade, parece que não se trata de mais ou menos sensibilidade mas de um desempenho de papéis distintos. Alguns autores estudam e questionam mesmo se as escalas de sensibilidade aferidas com mães estarão adequadas para estudar a sensibilidade das díades pai-bebé/criança.

Neste estudo meramente exploratório, dado que as amostras não se encontram emparelhadas e não dispõe de dimensão suficiente à generalização de resultados, procuramos comparar a qualidade de interação em duas amostras. Na primeira amostra, observamos em momentos distintos a interação em jogo livre entre a mãe com a criança e, posteriormente, entre o pai com a criança. Na segunda amostra, recorrendo ao mesmo método procurámos comparar díades mãe-filho com díades técnico-criança (para o efeito recorreremos a uma enfermeira especialista em pediatria). O nosso intuito é continuar a estudar o papel do pai nas interações com os seus bebés até aos 18 meses. Assim, por comparação com um profissional preparado para trabalhar com crianças e que acompanha a família mas que não é uma figura afetiva da criança, procuramos averiguar o papel paterno.

O nosso estudo apresenta dados qualitativos (recolhidos no registo das observações) e análise quantitativa (estatística) das cotações da qualidade de interação diádica. As análises quantitativas foram realizadas com recurso a análise estatística não paramétrica do tipo descritiva, uni variada (teste de comparação de médias) e correlacional.

6.1 Estudo da comparação de médias entre os grupos de estudo

Começamos por apresentar os valores absolutos diádicos por díade estudo, obtidos com a escala de sensibilidade Care-Index (ver tabela 6 e gráfico 1 e 2).

Tabela 6 - Díades Amostra 1-Amostra 2

| Amostra 1 | | Amostra 2 | |
|-------------|-------------|-------------|-----------------|
| Mãe-Criança | Pai-Criança | Mãe-Criança | Técnico-Criança |
| 10 | 12 | 8 | 4 |
| 5 | 7 | 6 | 4 |
| 8 | 9 | 7 | 4 |
| 7 | 6 | 10 | 5 |
| 10 | 8 | 6 | 3 |
| 9 | 9 | 6 | 5 |
| 5 | 5 | 6 | 5 |
| 6 | 5 | 8 | 7 |
| 8 | 7 | 12 | 8 |
| 7 | 7 | 8 | 6 |
| 10 | 8 | 8 | 6 |
| | | 4 | 6 |
| | | 9 | 7 |

Gráfico 1 - Díades Amostra 1

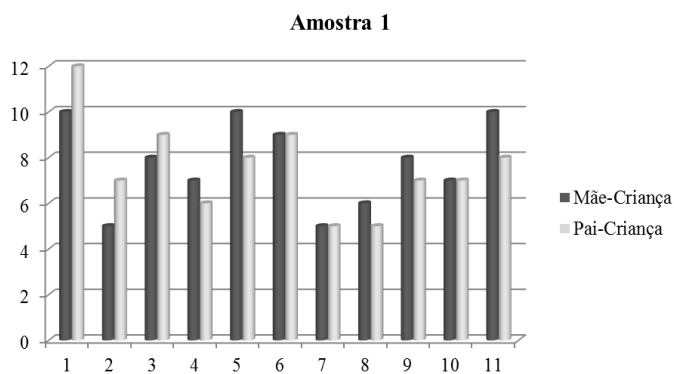
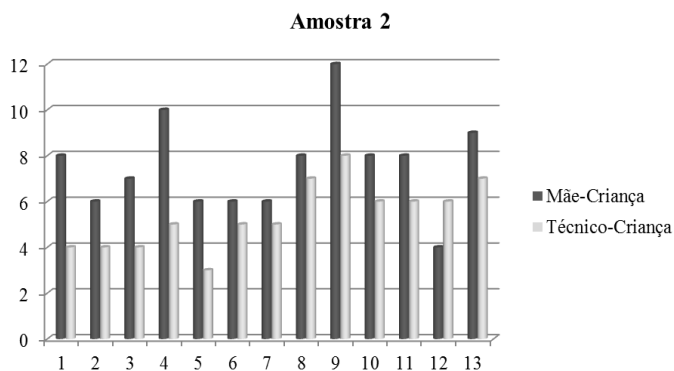


Gráfico 2 - Díades Amostra 2



Ao analisar e comparar a amostra um, constatamos que as variantes das díades não diferem muito entre Mãe-criança e Pai-Criança.

A díade mais baixa tanto no grupo de mães como no grupo de pais foi de 5 (Problemas claros e não resolvidos: jogo limitado mas sem sinais de hostilidade ou falta de empatia (ausência de resposta). Em contrapartida, a díade mais elevada para as mães foi de 10 (Jogo bastante satisfatório. Sem problemas mas sem dança) e para os pais foi de 12 (Interação suave e agradável: jogo e partilha de afeto positivo). As restantes díades para ambos os grupos variaram entre 7 (Jogo adequado mas com declarados períodos de sem sincronia (com excesso controlo ou ausência de resposta) e o 9 (Jogo bastante satisfatório. Sem problemas mas sem dança).

Na amostra dois, os resultados das díades apresentados revelam diferenças bem mais significativas. A análise mostra que no geral as díades são mais altas entre mãe-criança do que técnico-criança. De todas as díades houve apenas um caso em que a mãe obteve um resultado de 4 (Clara falta de empatia, contudo, algumas tentativas (insuficientes ou mal sucedidas) de responder à criança: jogo sem qualidade) e a técnica obteve uma díade de 7 (Jogo adequado mas com declarados períodos de sem sincronia (com excesso controlo ou ausência de resposta).

A díade mais baixa no grupo de mães foi de 6 (Problemas claros e não resolvidos: jogo limitado mas sem sinais de hostilidade ou falta de empatia (ausência de resposta) e a mais elevada foi de 12 (Interação suave e agradável: jogo e partilha de afeto positivo).

Por sua vez, as díades obtidas pelas técnicas variam entre o 3 (Clara falta de empatia, contudo, algumas tentativas (insuficientes ou mal sucedidas) de responder à criança: jogo sem qualidade) e o 8 (Jogo adequado mas com declarados períodos de sem sincronia (com excesso controlo ou ausência de resposta).

Quando analisamos as diferenças descritivas das amostras (ver tabela 7), verificamos que mais uma vez, os valores mínimos e máximos mais baixos são obtidos pelas enfermeiras. Com efeito, nesta primeira análise verificamos que a técnica não consegue obter os mesmos picos de qualidade interativa que os pais.

Tabela 7 - Valores médios, mínimos e máximos das amostras

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--------------------|----|---------|---------|------|----------------|
| mãe_cc | 11 | 5 | 10 | 7,73 | 1,902 |
| pai_cc | 11 | 5 | 12 | 7,55 | 2,018 |
| mãe_cc2 | 13 | 4 | 12 | 7,54 | 2,066 |
| enf_cc2 | 13 | 3 | 8 | 5,38 | 1,446 |
| Valid N (listwise) | 11 | | | | |

Sendo as médias distintas cabia realizar um teste de comparação de médias para avaliar a significância destas diferenças. As análises indicam que não existem diferenças entre os dois grupos maternos nem entre os pais da primeira amostra (entre as mães e os pais).

Contudo, as mães da segunda amostra ($t(12)=4.382$; $p<.001$) apresentam melhores médias que as técnicas. O que nos leva a concluir que as mães parecem ter maior afinidade e sensibilidade que a técnica participante. Igualmente, quando comparamos as mães ($t(12)=3.220$; $p<.01$) e os pais ($t(12)=2.634$; $p<.05$) da primeira amostra com a técnica da segunda amostra obtemos melhores resultados para os pais. Assim, os valores de sensibilidade da técnica são significativamente diferentes dos valores das mães e dos pais. Contudo, as mães e os pais nos grupos estudados não apresentam diferenças significativas.

Num segundo momento, quisemos saber qual a associação dos comportamentos entre as várias amostras (ver quadro 7) e verificamos que apenas os comportamentos maternos e paternos estão associados ($\rho=.746$; $p<.01$). Por outro lado, os comportamentos maternos e paternos aproximam-se mais do que os comportamentos maternos com uma estranha.

Tabela 8- Correlações entre as médias diádicas por amostra

| | | N | Correlation | Sig. |
|----------|-------------------|----|-------------|------|
| Amostra1 | mãe_cc & pai_cc | 11 | ,746 | ,008 |
| Amostra2 | mãe_cc2 & enf_cc2 | 13 | ,539 | ,058 |

6.2 Estudo do impacto dos fatores demográficos na sensibilidade parental

Foram analisados neste estudo vários fatores demográficos a saber: parto, peso gestacional, idade gestacional, apgar ao 1º minuto, apgar ao 5º minuto, idade da mãe, idade do pai, número de irmãos, estatuto de saúde do bebé, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, género e idade da criança. Contudo, somente a escolaridade materna se associou ao comportamento materno ($\rho=.631$; $p<.05$). Tal não surpreende, dado tratar-se de amostras sem riscos assinalados tanto relacionados com a criança como com a família, diminuindo assim a fonte interna de variabilidade. Por outro lado, a reduzida dimensão dos grupos dificulta a procura de associações.

6.3 Diferenças qualitativas na qualidade de interação

Na *primeira amostra* o registo das observações permitiu verificar que as crianças estavam à vontade quer com as mães quer com os pais. Com as mães e pais as crianças de forma geral obtiveram pontuação mais elevada na cooperação e pontuação mais baixa no comportamento difícil, pois estavam participativas e atentas. Por sua vez, tanto as mães como os pais obtiveram uma pontuação mais elevada na sensibilidade. Contudo, os pais obtiveram pontuação semelhante no controlo. A pontuação mais baixa tanto nas mães como nos pais foi na passividade.

Segunda amostra. O registo das observações permitiu verificar que as crianças estavam sempre menos à vontade com a técnica do que com as mães. Com a técnica algumas crianças ficaram pouco participativas ou relutantes, outras choramingaram, afastaram-se ou rejeitaram brinquedos.

A pontuação da técnica baixou em quase todos os casos na escala de reciprocidade demonstrando menor afinidade com a criança relativamente à mãe. Igualmente, a técnica teve pior pontuação do que as mães na escala de afetividade em parte face à falta de cooperação das crianças. Geralmente, as mães estabeleceram relações mais positivas e as crianças demonstraram mais prazer. Nalguns casos, a técnica esteve melhor na “autoridade” ou controlo e três casos no jogo proporcionado relativamente à idade da criança.

Capítulo VII - Discussão dos Resultados

O objetivo deste estudo meramente exploratório é comparar a qualidade de interação em duas amostras. A primeira amostra foi realizada em momentos de interação em jogo livre entre a mãe –filho(a) e, posteriormente, entre pai – filho(a). Na segunda amostra, os momentos em jogo livre são entre mãe-criança e técnico-criança.

Não obstante o tamanho da amostra ser relativamente pequeno, encontra-se alguma variabilidade nos comportamentos maternos e infantis e nos comportamentos dos técnicos. Sensivelmente quase todas as mães e pais apresentaram um nível adequado de interação, tendo combinado bons momentos de interação com períodos mais passivos ou menos adequados às necessidades imediatas das crianças. Todavia, a média total de sensibilidade deste estudo é inferior à média observada em estudos nacionais prévios (Faria & Fuertes, 2007; Fuertes *et al.*, 2010).

O mesmo já se verificou nos comportamentos dos técnicos, onde apresentaram *scores* baixos na sensibilidade em comparação com as mães.

As crianças apresentaram, igualmente, um elevado *score* de comportamentos cooperativos com as mães e os pais. Com os técnicos o *score* de comportamentos cooperativos desceu significativamente.

As crianças apresentaram, igualmente, um elevado *score* de comportamentos cooperativos. Contudo se separarmos por Amostras de estudo, a média aumenta na Amostra 1 (mãe-filho(a) e Pai- filho(a)). Por outro lado, a dificuldade infantil apresentou uma média total superior ao comportamento cooperativo, valor que aumentou quando comparamos a Amostra 2 (mãe- criança e técnico-criança).

Tendo em consideração a faixa etária das crianças em estudo, há que ter em conta que a dificuldade infantil, para além dos aspetos diádicos, poderá também ser explicada por fatores biológicos como cólicas, problemas de índole regulatória, entre outros (Fuertes, *et al.*, 2010). Por outro lado Weinberg e Tronick (1996 in Feldman, 2007) demonstraram que entre os 6 e os 18 meses de idade, as interações entre pais e filhos começam já a mostrar uma clara estrutura temporal, em termos de correspondência de comportamentos e relações sequenciais.

Os resultados surpreenderam ao revelarem que as díades mãe-filho(a)/ pai-filho(a) eram muito semelhantes, pois apresentaram níveis adaptáveis com interações positivas, recíprocas e ajustadas à idade das crianças. Por sua vez, as díades mãe-criança e técnico-criança, apresentaram níveis distintos. As mães continuaram a apresentar díades com níveis adaptáveis e com interações positivas, recíprocas e ajustadas à idade das crianças, por sua vez as técnicas apresentaram interações de reciprocidade menos ajustada às características das crianças.

Tal como foi demonstrado noutros trabalhos, também no presente estudo o comportamento materno sensível e responsivo esteve associado ao comportamento cooperativo infantil, o que vai ao encontro a um corpo de conhecimento associado à perspetiva transacional de Sameroff e Fiese (2000) ou de maturação dinâmica de Crittenden (1999, in Fuertes, 2005) que têm indicado que a interação mãe-filho(a) satisfatória e recíproca consiste num contributo conjunto e sincronizado dos dois intervenientes.

Em síntese, os comportamentos maternos e paternos/ técnicos de risco observados foram: Interações demasiado rápidas que não esperam pela resposta da criança; Vários momentos de incongruência relativamente ao humor demonstrado pelo bebé; Ausência de reciprocidade e de jogo e Respostas afetivas raras ou com demasiada intensidade.

Associados a estes comportamentos maternos e paternos/ técnicos, tivemos comportamentos infantis como: Choro; Evitamento ocular; Recusa da interação e Olhar distante.

Os comportamentos maternos e paternos/ técnicos sensíveis, adequados e que suportaram as respostas da criança foram: Expressão vocal calma, gentil e ritmada; Respostas afetivas positivas e contingentes com o comportamento do bebé; Apresentação, numa atmosfera de prazer, de brincadeiras adequadas ao desenvolvimento do bebé; Postura atenta, disponível, alegre e com uma expressão facial adequada à atividade e humor do bebé.

Por sua vez, encontramos os subsequentes comportamentos infantis associados aos comportamentos sensíveis maternos: Verbalizações positivas; Sorrisos; Disponibilidade afetiva; Olhares cúmplices; Postura descontraída, favorável à interação.

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

Contudo, e com base na comparação realizada com um profissional preparado para trabalhar com crianças e que acompanha a família, mais uma vez constatamos que este técnico não é no imediato, uma figura afetiva da criança. Como tal, mais uma vez reforçamos a extrema importância de intervir cedo, pois de acordo com a *National Association for the Young Children* (NAEYC, 2009 in Pimentel, 2011), as experiências precoces têm efeitos profundos no desenvolvimento e aprendizagem das crianças e as relações positivas com adultos significativos e responsivos promovem o desenvolvimento individual, para além de que uma vez ocorrido o trauma, a reparação é morosa e nalguns casos não total (Ainsworth & Eichberg, 1991; Greenberg, 2005 in Fuertes, 2012).

Considerações finais

No presente estudo exploratório, procuramos comparar a qualidade de interação em duas amostras. Na primeira amostra, observamos em momentos distintos a interação em jogo livre entre mãe - criança e, posteriormente, entre pai- criança. Na segunda amostra, recorrendo ao mesmo método procurámos comparar díades mãe-filho (recorrendo ao mesmo grupo de mães) com díades técnico-criança.

Assim, por comparação com um profissional preparado para trabalhar com crianças e que acompanha a família mas que não é uma figura afetiva da criança, procuramos averiguar o papel paterno.

Os resultados revelam que as díades mãe-filho(a)/ pai-filho(a) eram muito semelhantes, pois apresentaram níveis adaptáveis com interações positivas, recíprocas e ajustadas à idade das crianças. Por sua vez, as díades mãe-criança e técnico-criança, apresentaram níveis distintos e com menor qualidade interativa. As mães continuaram a apresentar díades com níveis adaptáveis e com interações positivas, recíprocas e ajustadas à idade das crianças, por sua vez as técnicas apresentaram interações de reciprocidade menos ajustadas às características das crianças.

Os dados do deste estudo não são generalizáveis requerendo futura pesquisa. Não podemos deixar de refletir sobre as limitações do nosso trabalho. Atendendo ao seu carácter académico de uma tese de mestrado dispúnhamos, apenas, de 6 meses para o trabalho experimental. Logo, tivemos que optar pelas amostras disponíveis (24 observações). Adicionalmente, as amostras não dispunham de dimensão suficiente à generalização de resultados. Não obstante, a diversidade de casos era pretendida para poder observar uma larga variedade de comportamentos interativos em jogo livre. Tal, foi conseguido e apesar das limitações, alguns dados obtidos nesta pesquisa julgamos que levantam interessantes hipóteses para futuros estudos. Particularmente, os dados que indicam que os pais do género masculino são melhores parceiros de interação do que técnicos especializados na infância. O conhecimento particular da criança e afiliação serão mais importante do ponto de vista de interação do que a adequação desenvolvimental do jogo. A confiança e a relação estabelecida serão as variáveis chave na interação diádica.

Este estudo foi realizado com o uso da metodologia de avaliação da qualidade diádica CARE-Index que permite observar as díades ao nível das respostas interativas (faciais, verbais, posicionamento, toque e afetividade) e ao nível desenvolvimental (reciprocidade, partilha e jogo). Especulamos que 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.

Recentemente os critérios de elegibilidade da intervenção precoce incluíram as questões da vinculação como fator de inclusão e os técnicos devem estar aptos para avaliar e promover atividades conjuntas entre pais e filhos. Este instrumento permite, através da filmagem de um momento lúdico, entre o prestador de cuidados e a criança, uma avaliação das relações afetivas e da vinculação da criança, e a posterior descrição e pontuação dos comportamentos do adulto e dos comportamentos infantis. Com a devolução de resultados à família, com sugestões de alguns aspetos a trabalhar, pode promover-se o reforço desta relação e por conseguinte capacitar a família e potenciar o desenvolvimento da criança.

Estes dados permitem refletir sobre os Programas de Intervenção Precoce, em que se preconiza uma filosofia centrada numa abordagem teórica ecossistémica e transaccional, com práticas baseadas num modelo de fortalecimento das competências da família, onde há a partilha de responsabilidade e trabalho em colaboração com a família/profissional e a participação da família em experiências que promovem a escolha e tomada de decisão. (Pimentel, 2004). É, assim, um modelo baseado nas forças e competências da família e em que o profissional é um recurso e um apoio, responsável por ajudar a família a identificar os objectivos da intervenção e por lhe dar toda a informação que permita a tomada de decisão promovendo sempre a autonomia da família. ((Bailey & McWilliam, 1993).

Um dos objetivos gerais da Intervenção Precoce é apoiar a construção das competências sociais da criança. O desenvolvimento das competências sociais da criança implica treino de capacidades, modificações ambientais, trabalho com os pares e apoio aos prestadores de cuidados e técnicos. Sroufe (1989), escreve que a autonomia e vinculação não são opostas: a relação de vinculação fornece a base para a autonomia e o desenvolvimento da autonomia implica a transformação da relação de vinculação.

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

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. (1965). Further research into the adverse effects of maternal deprivation. In J. Bowlby *Child Care and Growth of Love* (pp. 191-235). London: Penguin Book.
- Ainsworth, M. D. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of attachment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.
- Ainsworth, M. D., & Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In C. Parkes & J. Hinde (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle* (pp. 160-183). London: Routledge
- Ainsworth, M. D., & Wittig, B. (1969). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.) *Determinants of infant behavior*. London: Methuen.
- Ainsworth, M., Bell, S., & Stayton, D. (1972). Individual differences in the development of some attachment behaviors. *Merrill-Palmer Quarterly*, 18, 123-143.
- Ainsworth, M., Bell, S., & Stayton, D. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99-135). London: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment - A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Almeida, I. C. (1998, Novembro). *A importância da intervenção precoce no actual contexto sócio-educativo*. Comunicação apresentada no Colóquio “20 Anos Marcados pela Diferença”, organizado pela Cercidiana, Évora.
- Almeida, I. C. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1(XXII),65-72.
- Almeida, I. C. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal*. Dissertação de Doutoramento: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Bailey, D. B., & McWilliam, P. J. (1993). The search for quality indicators. In P. McWilliam, & D. B. Bailey (Eds.), *Working together with children and families – Case studies in early intervention*. Baltimore: Paul H. Brooks.
- Bailey, D., & Wolery, M. (2002). *FPG director testifies before presidential commission: Part 1 of 2*. Retirado em 22/4/02 de <http://www.fpg.unc.edu/MediaInfo/pr/detail.cfm?PressreleaseD=83>
- Bairrão, J. & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em Intervenção Precoce. *Psicologia*, 17, 1, 15-29.
- Bairrão, J. & Almeida, I.C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Bairrão, J., (2006), “Mayday, Mayday” – *Educação e Inquietações Pedagógicas*. *Jornal Letras*, 8-9
- Balancho, L. (2003). *Ser pai, hoje*. Lisboa: Editorial Presença.
- Bell, S. M., & Ainsworth, M. D. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 45, 1171-1190.
- Belsky, J. (1979). Mother-father-infant interaction: a naturalistic observational study. *Developmental Psychology*, 15, 601-607.

- Belsky, J. (1999). Modern evolutionary theory and patterns of attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (141-161). New York: Guilford Press.
- Belsky, J., Gilstrap, B., & Rovine, M. (1984). The Pennsylvania Infant and Family Development Project: I. Stability and change in mother-infant and father-infant interaction in a family setting at one, Three, and nine months. *Child Development, 55*, pp. 692-705.
- Berlin, L. J., & Cassidy, J. (1999). Relations among relationships. Contributions from attachment, theory and research. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 688-711). New York: Guilford.
- Biller, H. B. (1993). *Fathers and Families*. Westport, C. T.: Albus House.
- Booth, T., & Ainscow, M. (1998). *From them to us: An international study of inclusion in education*. London: Routledge
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother; *International Journal of Psycho-Analysis, 39*, 350-373.
- Bowlby, J. (1969, 1982). *Attachment and Loss* (vol.I). Penguin Book.
- Bowlby, J. (2002). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fontes
- Brayfield, A. (1995). Juggling jobs and Kids: The impact of employment schedules on fathers' caring for children. *Journal of Marriage and the Family, 57*, 321-332.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar
- Brazelton, T. (1992). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Bretherton, I. (1992). The origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28*, 759-775.

- Bronfenbrenner, U. (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Briker, D. (2001). The natural environment: A useful construct? *Infants and Young Children, 13*, 4, 21-31.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological System Theory. *Annals of Child Development, 6*, 187-249.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Nature - Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review, 101* (4), 568-586.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The Ecology of Developmental Processes. In Damon, W. & Lerner, R. M. (Eds.), *Handbook of Child Development* (pp. 993-1028). New York: John Wiley.
- Brown, G. L., McBride, B. A., Shin, N., & Bost, K. K. (2007). Parenting Predictors of Father-Child Attachment Security: Interactive Effects of Father Involvement and Fathering Quality [Versão electrónica]. *Fathering, 5*(3), 197-219.
- Cabeças, M. (2004). Vivências de envolvimento paterno – da concepção aos cuidados do bebé. Dissertação apresentada à Universidade Aberta no âmbito do Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: [s.n.].
- Cabrera, N. J., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., & Lamb, M. E. (2000). Fatherhood in the twenty-first century. *Child Development, 71*, 127-136.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 3-20). New York: Guilford.

- Clarke-Stewart, K.A. (1978). And daddy makes three: the father's impact on mother and young children. *Child Development*, 49, 466-478.
- Coleman, W. L., Garfield, C., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2004). Fathers and Pediatricians: Enhancing Men's Roles in the Care and Development of their Children. *Pediatrics*, 113, 5, 1406-1411
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Connor, D., Knight, D., & Cross, D. R. (1997). Mothers' and fathers' scaffolding of their 2-year-olds during problem-solving and literacy interactions. *British Journal of*
- Cordeiro, M.(1997). *Dos 10 aos 15 anos. Adolescentes*. Lisboa: Quatro Margens Editora.
- Cowan, P. A. (1997). Beyond meta-analysis: A plea for a family systems views of attachment. *Child Development*, 68, 601-603.
- Cox, M., Owen, M., Henderson, V., & Margand, N. (1992). Prediction of infant-father and infant-mother attachment. *Developmental Psychology*, 28, 3, 474-483.
- Crawley, S. B. & Sherrod, R. B. (1984). Parent-infant play during the first year of life. *Infant Behavior and Development*, 7, 65-75.
- Crittenden, P. & Ainsworth, M.(1989). *Child Maltreatment and attachment theory*. Cambridge: Cambridge Books Online.
- Crittenden, P. M. (1999). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. In J. I. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among at developmental risk. Monographs of the society for research in child development*, 258, 64,145-111.
- Crittenden, P. M. (2003). *CARE-Index Manual* (não publicado).

- Cruz A., Fontes, F & Carvalho M. L. (2003). *Avaliação das Famílias Apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da ESFIP*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Cruz, M. (1990). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 367-370.
- De Wolff, M., & van Ijzendoorn, M. (1997). Sensitive and attachment: A meta-analysis on a parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 4, 571-591.
- Decreto Conjunto nº 891/99 de 13 de Agosto, *Diário da Republica nº244/99 - II Série*. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Decreto-lei 3/2008 de 7 de Janeiro, *Diário da República n.º 4 – I Série*. Ministério da Educação
- Decreto-lei 319/91 de 23 de Agosto, *Diário da República n.º 193 – I Série*. Ministério da Educação
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro, *Diário da República n.º 193 – I Série*. Ministério da Educação
- Despacho n.º 5220/97 de 04 de Agosto. *Diário da República n.º 178 – II Série*. Gabinete da Secretária de Estado da Educação e Inovação
- Dunst, C. & Trivette, C. (1990). Assessment of Social Support in Early Intervention Programs. In S. J. Meisels, & J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dunst, C., & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention and natural environments. *Exceptional Children*, 68, 3, 361-375.
- Dunst, C., (1985). Rethinking Early Intervention: analysis and intervention. *Developmental Disabilities*, 165- 201.

- European Agency for Development in Special Needs Education. *Intervenção Precoce na Infância. Análise da Situações na Europa*. Retirado em 6 de Setembro de 2006 de <http://www.europeanagency.org/eci/word/mrtrp/ei-portugal.ppt>
- Faria, A. (2011). *Continuidade e Desenvolvimento dos Processos de vinculação à Mãe e ao Pai durante os primeiros 18 meses de vida*. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação
- Faria, A. & Fuertes, M. (2007). Reactividade Infantil e a qualidade da interacção mãe-filho. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), 613-623.
- Feldman, G.C. (2007). Cognitive and behavioral therapies for depression: Overview, new directions, and practical recommendations for dissemination. *Psychiatric Clinics of North America*, 30 (1), 39-50.
- Feldman, R. (2003). Infant Mother and Infant – Father Synchrony: The Regulation of Positive Arousal. *Infant Mental Health Journal*, 24, 1, 1-23.
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Filer, J. D., & Mahoney, G. J. (1996). *Collaboration between families and early intervention service providers*. *Infant and Young Children*, 9, 2, 22-30.
- 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: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Fuertes, M. (2012). Vários olhares sobre as diferenças na vinculação e contributos para a intervenção precoce. *Da investigação às Práticas*, 2, 22-50.
- Fuertes, M., Faria, A., Soares, H. & Oliveira-Costa, A. (2010). Momentos de Interação em que as Emoções se Apre(e)ndem: Estudo Exploratório sobre a Prestação Materna e Infantil em Jogo Livre. *Psicologia USP*, 833-857.

- Gallagher, R. J., & Tramill, J. L. (1998). Para além da parte H: Implicações da legislação de intervenção precoce na organização de parcerias de colaboração escola/comunidade. In L. M. Correia & A. M. Serrano (Eds.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. (pp. 33- 64). Porto: Porto Editora.
- Geiger, B. (1996). *Fathers as primary caregivers*. Westport, CT: Greenwood.
- Gomes-Pedro, J. (1985). *A relação mãe-filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- Gomes-Pedro, J. (2005). Preâmbulo. In J. Gomes-Pedro (Ed.). *Mais criança: as necessidades irreduzíveis da criança* (pp. 13-27). Lisboa: Fundação Luso-Americana.
- Goossens, F. A., & van IJzendoorn, M. H. (1990). Quality of infants' attachments to professional caregivers. Relation to infant-parent attachment and day-care characteristics. *Child Development, 61*, 832-837.
- Grossmann, K., Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Englisch, H., & Zimmermann, P. (2002). The uniqueness of the child-father attachment relationship: Father's sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development, 11*, 307-331.
- Hazan, C. & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachment: Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 355-377). NY: The Guilford Press.
- Hewlett, B. S. (1992). *Father-Child relations: Cultural and Biosocial Context*. NJ: New Brunswick.
- Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory. Research and clinical applications* (pp. 671-685). New York: The Guilford Press.

- Kennel, J. (1995). Tornar-se família - ligações e padrões de mudança no comportamento do bebé e da família. In J. Gomes-Pedro, & M. Patrício (Org.), *Bebé XXI: criança e família na viragem do século* (pp. 35-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lamb, M. (1977). Father-infant and mother-infant interactions in the first year of life. *Child Development*, 48, 167-181.
- Lamb, M. (1992). O papel do pai em mudança. *Análise psicológica*, 1 (X), 19-32.
- Lamb, M. E. (1977). The development of mother-infant and father-infant attachments in the second year of life. *Developmental Psychology*, 13, 637-48.
- Lamb, M. E. (1981). The development of infant-father relationships. In M. E. Lamb (Ed.), *The Role of the father in child development* (pp. 458-488). New York: Wiley
- Lamb, M. E., & Lewis, C. (2004). The development and significance of father-child relationships in two-parent families (pp. 272-306). In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Lamb, M. F. & Easterbrooks, M. A. (1981). Individual differences in parental sensitivity: some thoughts about origins, components, and consequences. In M. E. Lamb & L. R. Sherrod (Eds.), *Infant social cognition: Empirical and theoretical considerations* (pp. 127-153). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lamb, M., Frodi, M., Hwang, C., & Frodi, A. (1983). Effects of paternal involvement for mothers and fathers. *Child Development*, 54, 450-458.
- Lebovici, S. (1987). *O bebé, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lei nº 5/97, de 10 de Fevereiro – Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar.
Lei n.º 21/2008 (*Diário da República*, I série de 12 de Maio)
- Main, M., & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.

- Marvin, R. S., & Britner, P. A. (1999). Normative development: The ontogeny of attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory: Research and clinical applications* (pp. 44-67). New York: The Guilford Press
- Mayseless, O. (2005). Ontogeny of attachment in middle childhood: Conceptualization of normative changes. In K. A. Kerns & R. A. Richardson (Eds.), *Attachment in middle childhood* (pp. 1-23). New York: The Guilford Press
- Mazet, P. & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McWilliam R. A. (2000). Recommended practices in interdisciplinary models. In S. M. Meisels, S. J., & Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (pp. 3-31). Cambridge: Cambridge University Press.
- MethuenAltman, I., & Rogoff, B. (1987). World Views in Psychology: Trait, Interactional, Organismic, and Transactional Perspectives. In S. Stokols & I. Altman (Eds.) *Handbook of Environmental Psychology*. New York: Wiley.
- Michale, J. P. (2007). When infants grow up in multiperson relationship system. *Infant Mental Health Journal*, 28, 370-392.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Neville, B. & Parke, R. D. (1997). Waiting for paternity: Interpersonal and contextual implications of the timing of fatherhood. *Sex Roles*, 37, pp. 45-59
- Paquette, D. (2004). Theorizing the father-child relationship: Mechanisms and developmental outcomes. *Human Development*, 47, 193-219.
- Parke, R. (1982). *Ser pai*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

- Parke, R. D. & Buriel, R. (1998). Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. In N. Eisenberg & W. Damon (Series Eds.), & *Handbook of child psychology. Vol. 3: Social, emotional, and personality development* (pp. 463-552). New York: Wiley.
- Parke, R. D. & Tinsley, B. R. (1981). The father's role in infancy: Determinants of involvement in caregiving and play. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development*. New York: Wiley.
- Parke, R. D. (1996). *Fatherhood*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Phares, V. (1996). *Fathers and developmental psychopathology*. New York: Wiley.
- Pimentel, J. (2011). *Atendimento e Intervenção Precoce a Crianças em Risco dos 0 aos 3 Anos: Em Busca da Qualidade*. Atas do Conselho Nacional de Educação (pp. 121- 135).
- Pimentel, J. (2011). *Atendimento e Intervenção Precoce a Crianças em Risco dos 0 aos 3 Anos: Em Busca da Qualidade*. Atas do Conselho Nacional de Educação (pp. 121-135).
- Pimentel, J. S. (1999). *Reflexão sobre a Avaliação de Programas de Intervenção Precoce*. *Análise Psicológica*, 1 (XVII), 143-152.
- Pimentel, J. S. (2004). *Análise Psicológica*. (XXII), 43-54
- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção Focada na Família: Desejo ou Realidade – Percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração da Pessoa com Deficiência.
- Pleck, J. H. (1985). *Working wives/working husbands*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Portaria N.º 1102/97 de 3 de Novembro, *Diário da República n.º254 – I-B*. Ministério da Educação
- Portaria N.º 52/97 de 21 de Janeiro, *Diário da República n.º17 – I-B Série*. Ministério da Educação

- Posada, G., Jacobs, A., Carbonell, G., Alzate, G., Bustamante, M., & Arenas, A. (1999). Maternal care and attachment security in ordinary and emergency contexts. *Developmental Psychology*, 35, 6, 1379-1388.
- Ramos, N. (1990). *Educação precoce e práticas de cuidados infantis em meio urbano*. In Actas do Colóquio viver (n)a cidade (pp. 315-323). Lisboa: LNEC.
- Ramos, N. (1993). Le monde enchanté de l'endormissement et de l'apaisement au Portugal. In H. Stork (Dir.), *Les rituels du coucher de l'enfant*. Variations culturelles. Paris: ESF.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Relatório da Associação Nacional Intervenção Precoce – ANIP 2007.
- Rohner, R. P. & Veneziano, R. A. (2001). The importance of father love: History and contemporary evidence. *Review of General Psychology*, 5, 382-405.
- Ruivo, B. e Almeida, I. (2002). *Contributos para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Russell, G., & Russell, A. (1987). Mother-child and father-child relationships in middle childhood. *Child Development*, 58, 1573-1585.
- Russo, E., Monteiro, F., & Demétrio, M. (2000). *Vivências das mães no pós-parto*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende no âmbito do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: [s.n.].
- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Sagi, A., Van IJzendoorn, M. H., Aviezer, O., Donnell F., Koren-Karie, N. Joels, T., & Harel, Y. (1995). Attachments in a multiple-caregiver and multiple-infant environment: The case of the Israeli Kibbutzim. In Waters, Vaughn, Posada & Kondon-Ikemura (Eds.), *Monographs of the Society for Research in the Child Development*, 60 (2-3), 71-91.

- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr- Salapatek & G. Siegel (eds.). *Review of child development research*, (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University Chicago Press.
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J. (1975). Early influences on development: Fact or fancy. *Merrill Palmer Quarterly*, 21, 267-294.
- 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.
- Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child development*, 29, 1-77.
- Serra, A. (2001). *O pai – do acompanhamento do trabalho de parto às interações precoces*. Dissertação apresentada à Universidade Aberta no âmbito do Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: [s.n.].
- Serrano (Org.), *Envolvimento parental em intervenção precoce* (pp 65-76). Porto: Porto Editora
- Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (1990). Early childhood intervention: The evolution of a concept. In S. J. Meisels, & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early intervention* (pp. 3-32). Cambridge: Cambridge University Press.
- Simeonsson, R. (1998) *Excepcional Child Development*. Seminário de Mestrado em Intervenção Precoce. Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto.
- Sroufe, L. A. (1989). *Relationships and relationship disturbances*. In A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood* (pp. 97-124). New York: Basic Books

- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1997). On the universality of the link between responsive care and secure base behavior. *International Society for the Study of Behavior and Development Newsletter*, 31, 3-5
- Tamis-LeMonda, C. S. (2004). Conceptualizing father's role: Playmates and more. *Human Development*, 47, 220-227.
- Thompson, R. A. (1998). *Early social personality development*. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (vol. 3, pp. 25-104). New York: Wiley.
- Tojal, E. (2000). A relação precoce pai-filho. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Aberta no âmbito do Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: [s.n.].
- Trivette, C. M.; Dunst, C. J. & Deal, A. G. (1997). Resource-based approach to early intervention. In S. K. Thurman, J. R., Cornwell & S. R. Gottwald. *Contexts of early intervention: Systems and settings*. Baltimore: Paul H. Brooks.
- Turnbull, A. P. & Turnbull, H. R. (1986). *Families, Professionals, and Exceptionality: A Special Partnership*, Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Turnbull, A. P., Summers, J. A., & Brotherson, M. J. (1986). Family life cycle: Theoretical and empirical implications and future directions for families with mentally retarded members. In J.J. Gallagher & P. M. Vietze (Eds.), *Families of handicapped persons: Research, programs and policy issues* (pp. 45-65). Baltimore: Brookes.
- Van IJzendoorn, M. H., & De Wolff, M. (1997). In search of the absent father-meta analyses of infant-father attachment: A rejoinder to our discussants. *Child Development*, 68, 604-609.
- Volling, B. L., McElwain, N. L., Notaro, P. C., & Herrera, C. (2002). Parents' emotional availability and infant emotional competence: Predictors of parent-infant attachment and emerging self-regulation. *Journal of Family Psychology*, 16,), 447-465.

- Von Bertalanffy, L. V. (1968). *General Systems Theory*. New York: Georges Brazilles.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 73-95). New York: Guilford Press.
- Weller, A. & Feldman, R. (2003). Emotion regulation and touch in infants: the role of cholecystokinin and opioids. *Peptides*, 24, 779–788.
- Wolery, M. (2000). Recommended practices in child focused interventions. In S. Sandall, M. McLean, & B. Smith (Org.), *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education* (pp. 29-33). Denver: Division of Early Childhood of the Council for Exceptional Children.
- Wolery, M., & Wilbers, J. S. (1994). Introduction to the inclusion of young children with special needs in early childhood programs. In M. Wolery & J. S. Wilbers (Eds.), *Including Children with Special Needs in Early Childhood Programs* (pp. 1-22). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.