

Ψ INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO DE PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA
EDIÇÃO 1997/1999


DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Viagens adiadas ao sexto continente.

*Repercussões dos afectos no desenvolvimento de crianças
institucionalizadas.*

Teresa Heitor Ferreira
Nº 1096

ORIENTADOR: Prof. Dr. Eduardo Sá


 Instituto Superior de Psicologia Aplicada
 Centro de Documentação
 Registo: 14446
 Data: 30/10/2003
 Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Eduardo Sá pela orientação e compreensão das alturas em que a minha motivação não estava nos seus momentos de glória.

À Dr^a Elizabete Gonçalves pela disponibilidade dos dados do CAO.

À Dr^a Anabela Egídeo ter colocado o seu saber ao meu alcance discutindo comigo inúmeras vezes os casos das crianças inseridas nesta problemática.

À Dr^a Elisa Miranda por me ter disponibilizado as fotografias.

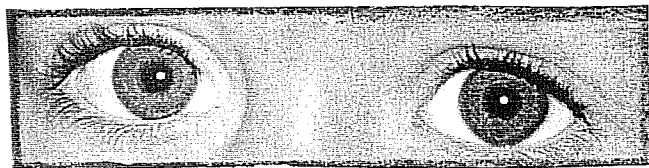
Ao Miguel por tudo o que as palavras não podem dizer.

Às crianças que, por existirem, me fazem crescer.

À família e amigos para quem este Natal não foi escolhida a prenda que mereciam... às vezes a ausência do tempo psicológico é coincidente com a ausência do tempo real...



“O Olhar na instituição”



“O Olhar na família”

*“Stanley enters Rick's bedroom.
Rick is asleep.
Stanley – Dad... dad! You have to
be nicer to me.
Rick opens his eyes, but doesn't move.
Rick – Go to bed.
Stanley – I think that you have to be
nicer to me.
Rick – Go to bed.
Stanley exits.”*

*(Cena 340 de *Magnolia*, escrito e realizado
por Paul Thomas Anderson).*

Fotografias de Elisa Miran

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
PARTE I : ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
<u>CAPITULO</u>	9
1.1 O DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA	9
1.1.1 NA PERSPECTIVA DE BOWER, SHAFFER, ANDERSON E HALLIDAY.....	9
1.1.2 NA PERSPECTIVA DE WINNICOTT.....	11
<u>CAPITULO 2</u>	18
2.1 “QUESTÕES DE AMOR”	18
2.1.1 NA PERSPECTIVA DE SEABRA DINIZ, COIMBRA DE MATOS, BADINTER, SPITZ E BOWLBY.....	18
2.1.2 A VINCULAÇÃO: DE FREUD A BOWLBY.....	25
2.1.3 CONCEITOS DE VÁRIOS AUTORES A PROPÓSITO DA VINCULAÇÃO.....	43
2.1.4 DA VINCULAÇÃO À SEPARAÇÃO.....	45
<u>CAPITULO 3</u>	50
3.1 BREVE ABORDAGEM DA CONSTRUÇÃO DO PENSAMENTO	50
3.1.1 NA PERSPECTIVA DE BION.....	50
<u>CAPITULO 4</u>	53
4.1 BREVE ABORDAGEM SOBRE A AQUISIÇÃO DA TEMPORALIDADE NA PRIMEIRA INFÂNCIA	53
PARTE II : ESTUDO PRÁTICO	57
<u>CAPITULO 5</u>	57
5.1 OBJECTIVOS, PROBLEMA ,MÉTODOS E INSTRUMENTOS	57
<u>CAPITULO 6</u>	59

6.1 DADOS SOCIAIS	59
6.2 DADOS PEDIÁTRICOS	63
6.3 DADOS PSICOLÓGICOS DO DESENVOLVIMENTO	65
6.3.1 DESENVOLVIMENTO.....	65
6.3.2 DADOS DOS COMPORTAMENTOS DE RETIRADA DA RELAÇÃO.....	74
6.3.3 DADOS OBSERVADOS DA INTERACÇÃO DAS CRIANÇAS COM O SUBSTITUTO MATERNO.....	84
6.3.4 DADOS OBSERVADOS NA OBSERVAÇÃO LIVRE ENTRE PARES.....	86
<u>CAPITULO 7</u>	87
7.1 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	87
<u>CAPITULO 8</u>	98
8.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	98
<u>CAPITULO 9</u>	104
9.1 CONCLUSÕES	104
BIBLIOGRAFIA	112
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Neste trabalho, o nosso objectivo será o de compreender como se desenvolve o estilo relacional (vinculação) dos bebés abandonados, ou separados da figura materna, que são sujeitos a viver os primeiros anos de vida em Centros de Acolhimento, onde o substituto materno é rotativo (educadoras por turnos), e em que, na mesma casa, vivem várias dezenas de crianças. Tentaremos, ainda, compreender a relação entre o modo como se organiza esta vinculação e o desenvolvimento global da criança.

Pensamos que o interesse deste estudo se prende, por um lado, com a tentativa de sistematizarmos uma experiência de dois anos de trabalho num Centro de Acolhimento, que se trata de uma casa em que as crianças que aí dão entrada devem, supostamente, permanecer pouco tempo, mas onde, muitas vezes, chegam a permanecer dois anos, numa idade (a partir dos 2/3 meses) em que cada dia pode representar muito na organização psíquica futura e no desenvolvimento, em geral, destas crianças; e, por outro lado, com o desejo de contribuirmos, através das nossas observações, com algumas pistas que ajudem outros técnicos de saúde, que trabalham com crianças que sofrem as consequências destas situações, a compreenderem melhor o seu sofrimento e conseqüentemente a darem uma resposta o mais adequada possível, de forma a minorar o sofrimento da criança e da família onde, entretanto, foi inserida. Parece-nos, ainda, que esta será uma contribuição importante para a investigação na área da maternidade: tentando compreender quais os potenciais de organização das futuras relações parentais da criança, após um período de abandono longo e em idade tão precoce. Estarão estas criança, ao fim de tanto tempo de espera, ainda receptivas a uma vinculação? Estarão as famílias adoptantes destas crianças preparadas para travar uma batalha em que têm que provar um afecto que estas crianças talvez não reconheçam? Estaremos a tornar-nos

cúmplices no comprometimento do bom desenvolvimento dos afectos destas crianças? Será legítimo expor famílias que desejam adoptar um filho, que o sonharam, que se preparam para uma estrutura inerente àquela que está subjacente à vida – a necessidade do recém-nascido se aproximar, de se vincular - , a uma situação em que esse filho porventura já não reconhece a linguagem dos afectos que lhe é transmitida? Serão estas crianças, apesar de adoptadas aos 2 ou 3 anos, eternamente vítimas da falha da estrutura primária dos afectos? Serão as futuras famílias destas crianças potenciais famílias em sofrimento? Enfim, estarão estas crianças sujeitas a um *timing* de espera por um colo que não é possível no seu tempo psicológico ? Não teremos a pretensão de dar resposta, no nosso estudo, a todas estas questões. Tentaremos, acima de tudo, reflectir sobre todas elas mediante as nossas observações. Por fim, parece-nos de todo o interesse o contributo que este estudo pretende dar, nomeadamente para alertar os Tribunais que trabalham na área dos menores e da família, em relação aos riscos acrescidos das crianças muito pequenas que dão entrada em Centros de Acolhimento e aí permanecem longos períodos de tempo.

Primeiramente, abordaremos alguns autores, com uma maior incidência em Bowlby , que referem, quer teoricamente, quer através de estudos, o desenvolvimento de crianças de idades precoces, a sua relação com a figura de vinculação e possíveis danos psicológicos fruto da ruptura de relações significativas para a criança.

Seguidamente, observaremos, quer através de instrumentos específicos, quer através de observações livres, um grupo de 10 crianças institucionalizadas, onde 5 foram institucionalizadas à nascença e as restantes foram institucionalizadas após terem experimentado, pelo menos durante os primeiros 6 meses, o contacto com a figura materna.

Por fim, faremos uma análise qualitativa das nossas observações, tentando, por um lado, integrar os dados dos autores abordados com os nossos dados e, por outro lado, tentando sugerir alternativas práticas possíveis de minorar o sofrimento destas crianças.

PARTE I : ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO 1

1.1 O DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

1.1.1 NA PERSPECTIVA DE BOWER, SHAFFER, ANDERSON E HALLIDAY

Na perspectiva de Bower, “ A formação de uma ligação clara entre mãe e filho é assinalada pelo aparecimento, por volta dos oito meses, de um medo de estranhos e de ansiedade de separação. Isto deve-se, tanto quanto se crê, ao facto do bebé ter aprendido a identificar a mãe como fornecedor universal de cuidados e conforto, e de o seu afastamento significar a perda da satisfação dessas necessidades fundamentais. O fenómeno das ligações criança-criança, no qual os cuidados não estão em causa, sugere outra explicação. A ligação que se cria entre mãe e filho é, na verdade, um rico canal de comunicação – uma forma de comunicação não verbal, altamente específica, destes dois seres humanos. Assim, a aproximação de um estranho ou o afastamento da mãe suscitam medo precisamente porque o bebé aprendeu a comunicar, mas apenas com uma só pessoa” (Bower, 1983).

Para este autor, a construção do desenvolvimento social do bebé elabora-se com base em dois aspectos principais: o sorriso, primeiramente, e a angústia do estranho, por volta dos oito meses. A angústia do estranho vai aumentando até por volta dos dois anos de idade.

Anderson (1972) verifica que há alguma ligação entre uma pessoa estranha e o medo de um lugar desconhecido. Nomeia então três situações em que o bebé apresenta reacções diferentes: quando um estranho se aproxima, o bebé tem uma reacção de medo; se o bebé estiver num local desconhecido, pode ele aproximar-se do estranho,

solicitando colo; quando o bebê está ao colo da mãe, não tem nenhuma reacção de medo a um estranho que se aproxime; um bebê que esteja com a mãe, mas sem estar ao colo, pode ter uma reacção de medo superior à de todas as outras situações.

Segundo Bower, a angústia de separação surge na sequência da angústia do estranho. O bebê reage à separação da mãe e rejeita as tentativas de ser reconfortado por qualquer outro adulto. Se o tempo de separação for superior àquele que o bebê consegue mentalizar, pode dar lugar a um estado de apatia, acabando, segundo o autor, por se relacionar com os adultos que cuidam dele continuamente. Aquando do regresso da mãe, o bebê terá uma de duas reacções: ficar “colado” à mãe, ou ignorá-la.

Schaffer (1971) afirma que “ não são os cuidados físicos que são importantes para o bebê, mas a atenção social ou a interacção social”. Dos seus estudos, o autor conclui que a ansiedade de separação surge no bebê dirigida “a adultos socialmente atentos ao bebê”, sendo que esta ansiedade não surge dirigida a adultos que cuidam fisicamente dos bebês.

O bebê comunica desde que nasce, sendo que, de início, não o faz por palavras. Na perspectiva de Halliday, há sete funções da linguagem, as quais um bebê de 10 meses e meio já domina, de algum modo, a saber: a função instrumental, para satisfazer uma acção (corresponde à função “Eu quero” da linguagem); a função reguladora, onde a criança já controla as acções do outro (corresponde à função “Faz como te digo” da linguagem); a função interpessoal, que é utilizada para interagir com as pessoas que fazem parte do seu meio (corresponde à função “Eu e Tu” da linguagem - expressões como “olá” e “adeus” são usadas nesta função); a função pessoal, onde a criança afirma o seu Eu em oposição ao meio – desenvolvimento da personalidade (corresponde à função “aqui estou” da linguagem); a função *heurística*, onde desenvolve a exploração do meio (corresponde à função “diz-me porquê” da linguagem); a função imaginativa, onde desenvolve o seu próprio mundo a partir das funções já adquiridas na elaboração

do Eu, do Tu, do Eu –Tu, na exploração do meio (corresponde à função “vamos fingir” da linguagem); e a função informativa (corresponde à função “tenho uma coisa para te dizer” da linguagem).

Segundo Bower (1983), “Bons cuidados maternos na primeira infância, cuidados que permitam o desenvolvimento de rotinas profundas e íntimas de comunicação, parecem produzir bons efeitos irreversíveis na criança em desenvolvimento. A falta deste tipo de cuidados produz efeitos adversos, mas efeitos que são reversíveis, por muito difícil que o processo possa ser. A dificuldade da anulação de efeitos adversos e o domínio dos efeitos favoráveis inclina-me pelo menos, a afirmar que a primeira infância é, de facto, a fase mais importante da vida para desenvolver aquelas capacidades interpessoais a que chamamos personalidade. Um bebé feliz tornar-se-á muito provavelmente um adulto feliz” .

1.1.2 NA PERSPECTIVA DE WINNICOTT

A ALIMENTAÇÃO

É na relação íntima com a mãe que a criança desenvolve emocionalmente a sua capacidade para suportar as frustrações e choques, sendo deste modo que a sua personalidade se vai construindo.

As horas mais importantes da relação bebé/mãe são a altura do banho e da amamentação.

A mãe trava conhecimento com o bebé em dois estados: excitado, satisfeito/calmo. O bebé necessita da ajuda da mãe para a transição do sono para um contentamento desperto.

Segundo Winnicott, cada bebé é uma organização em marcha. Em cada bebé, há um ímpeto para a vida, para o crescimento e para o desenvolvimento (inato). Foi

concebido a partir da mãe, tornou-se um hóspede no seu corpo e, depois, nos seus braços (mas tudo é temporário). Para cada bebé, a diferença está no prazer da mãe ao estar presente nos actos rotineiros (ou, então, tudo o que fizer é mecânico, inútil e monótono).

A alimentação é o acto da mãe pôr em prática a relação de amor com o bebé.

O vínculo afectivo deve desenvolver-se satisfatoriamente se se quiser que a alimentação materna decorra bem - todo o processo físico funciona, porque a relação emocional se está a desenvolver naturalmente.

Segundo Winnicott, haverá diferença entre o bebé criado a peito e o bebé criado com o biberom.

O que leva o bebé a sentir uma pessoa na mãe é, segundo Winnicott, a capacidade especial da mãe para colocar-se no lugar da criança e, assim, entender o que ele sente. O contacto entre o mamilo e a boca do bebé fá-lo pensar: «Talvez exista alguma coisa lá fora da boca que valha a pena procurar». Quando a mãe usa o biberom, tem de preparar-se para fazer alterações de um modo mais consciente do que seria necessário no caso de amamentar a peito.

A questão da amamentação a peito ou a biberom não se põe, segundo este autor, em termos de saúde ou doença, como um médico poderia pôr facilmente, mas em termos de uma maior riqueza da personalidade do bebé amamentado a peito. No entanto, quando o processo de amamentação/desmame corre bem, seja mecânico ou natural, estão criadas as bases para um bebé «colorido» e sadio.

Ainda segundo a perspectiva de Winnicott, na amamentação é importante que mãe/bebé estejam confortavelmente instalados. Deve haver todo o tempo que for preciso, os braços do bebé devem estar livres e o bebé deve ter a pele livre para poder

sentir a pele da mãe. O autor chama a atenção para o facto de reflexos de tudo isto poderem surgir em fases posteriores das experiências infantis.

Durante a amamentação, com o repouso ou a acalmia da tensão instintiva resultante da satisfação, geram-se períodos de excitação da expectativa, experiência da actividade e gratificação que vão regular a relação mãe/bebé. A experiência da amamentação ao peito levada a cabo com êxito constitui uma boa base para a vida. Fornece sonhos mais férteis e habilita as crianças a serem pessoas adultas que aceitam os riscos e que conseguem geri-los. O desmame deve ser, segundo Winnicott, idêntico em ambos os casos, no entanto, há uma certa irritação associada ao desmame da criança que mamou ao peito, tendo que superar esta fase, na qual se manifestam ideias de agressão ou ataque motivado pela raiva do seio.

O desejo de desmamar deve partir da mãe, mas, por volta dos 9 meses de idade, a maioria dos bebés tem ideias claras sobre a maneira de livrar-se das coisas. Eles próprios podem decidir desmamar.

No desmame, a finalidade é usar a crescente capacidade da criança para livrar-se das coisas e fazer com que a perda do seio materno não seja uma questão de acaso. O bebé fica triste em períodos como o desmame, porque as circunstâncias fizeram surgir a raiva e estragaram algo que era bom. Nos sonhos do bebé, os seios maternos deixaram de ser bons, foram detestados e agora são apreendidos como coisa má e até perigosa - esta é a razão por que existe um lugar para a mulher perversa, nas histórias de fadas, que dá a comer as maçãs envenenadas. Finalmente, a criança acaba por conhecer a mãe tal como ela é, nem um ser ideal, nem uma bruxa.

O desmame inclui o processo gradual de demolição de ilusões, que é parte da tarefa dos pais.

AS EXCREÇÕES

Se a mãe der ao seu bebé uma assistência sem pressas durante o *processo digestivo*, cria, naturalmente, as bases para um sentido de ordem na relação do bebé com as suas *funções excretórias*.

Se a mãe tem pressa, não deixará que se realize o *acto total*, e o bebé ficará perturbado e confuso. Ao primeiro esvaziamento do recto, segue-se quase instantaneamente uma certa dose de reenchimento: a seguir, o bebé vai evacuar também essa dose, e este processo vai fazer com que o bebé adquira uma sensibilidade rectal, de modo a que todo o processo passe a ser natural.

Os mesmos princípios gerais estão presentes no *acto de urinar*. A princípio, a operação é, mais ou menos, automática, mas o bebé descobre que há uma recompensa, se ele reter um pouco a urina - depois de a reter, o bebé acha agradável ver-se livre dela. Com o tempo, o bebé gostará de esperar, a fim de manter a operação dentro do âmbito da relação de amor que existe entre ele e a mãe. Esta é tão necessária para dar assistência à alimentação como à excreção, sendo que vai habilitar a experiência excitante do corpo a integrar-se numa relação de amor entre a mãe e o bebé. A mãe ganha, assim, o direito futuro, de formular exigências que não excedam a capacidade da criança.

Os momentos instintivos não são tudo. Há também a relação mãe/bebé nos períodos intermédios das orgias da amamentação e das experiências excretórias que comportam uma excitação em si, e um clímax.

Quando a mãe tem êxito na dupla tarefa de satisfação na amamentação e pessoa única na vida do filho - até que mãe e filho possam sentir-se pessoas «inteiras» - isso origina um bom desenvolvimento, que é a base da existência independente no mundo dos seres humanos.

À medida que a criança vai conhecendo a mãe como *ser humano total*, desenvolve uma *técnica* para lhe dar algo em retribuição pelo que ela fez, convertendo-se, também, num *ser humano total*, com capacidade para reter o momento do carinho e da atenção, no qual, segundo Winnicott, «se deve alguma coisa que ainda não foi pago». É neste ponto do desenvolvimento que se origina a *sensação de culpa* e da capacidade infantil para se sentir triste, se a mãe amada está ausente.

O bebé reconhece a mãe ao fim de algumas semanas, mediante o sorriso. É através dela que o bebé vai elaborando as suas ideias. O bebé elabora as suas ideias, através da *fantasia* associada à excitação e à experiência alimentar.

O CHORO

Os bebés choram, porque se sentem ansiosos ou inseguros e o recurso funciona - o choro é um modo «bom» de o bebé comunicar saúde e energia, dor, raiva, pesar. Há quatro tipos de choro, a saber: de *satisfação* - quando o bebé tem a sensação de que está exercitando os seus pulmões com toda a sua plena energia; de *raiva* - aparece quando o bebé está apto a elaborar certos acontecimentos; de *dor* ou *fome* - aparece em qualquer ocasião desde o nascimento; e de *pesar* - indicará um estado mais avançado: as mães que perceberem como são valiosas as coisas subentendidas na tristeza estão aptas a evitar a perda de algo importante.

O choro de saúde e energia é uma forma inicial de exercício físico, desempenho activo de uma função satisfatória.

O choro de dor é um guincho ou som penetrante que desperta nas pessoas à volta o instinto para fazer qualquer coisa de útil.

A base do choro do medo é a dor, e é por isso que o choro soa da mesma maneira, mas agora é uma dor recordada.

O choro de raiva é aquele que aparece quando, por mais que a mãe se esforce, um dia decepciona o bebê - esse choro furioso significa que o bebê acredita na sua mãe como eficiente prestadora de cuidados.

No choro do pesar, os bebês, ao contrário dos adultos que aprendem a defender-se, entregam-se à tristeza a qualquer hora do dia ou da noite. Muitas pessoas defendem-se tão bem das tristezas dolorosas que não conseguem tomar as coisas tão a sério quanto gostariam de o fazer - não podem sentir os profundos sentimentos que gostariam de experimentar porque têm medo de tudo o que seja tão real. Vêm-se, assim, incapacitados para aceitarem os riscos envolvidos em amar uma determinada pessoa ou coisa. Por outro lado, a raiva é uma reacção mais ou menos directa à frustração; a tristeza implica acontecimentos bastante complexos da mente infantil.

A incapacidade para chorar a tristeza significa olhos secos e nariz seco. A tristeza patológica aparece se a criança começa a sentir-se responsável pelo que lhe sucede. O choro de desamparo e desespero é o choro no qual todos os outros se diluem - quando não resta qualquer esperança no espírito do bebê. As lágrimas são, portanto, física e psicologicamente saudáveis. O bebê triste poderá necessitar do amor físico demonstrativo da mãe, mas nunca deve ser distraído efusivamente: precisa de tempo para se recuperar. Não existe melhor sensação na infância do que aquela ligada a uma verdadeira e espontânea recuperação da tristeza e dos sentimentos de culpa.

Winnicott (1990) mostra-nos como “os gestos espontâneos” são aqueles que fazem com que a criança cresça emocionalmente .

Tal como vimos, segundo Winnicott, as primeiras experiências de vida do bebê, mediadas pela mãe ou pelo substituto materno, têm um valor fundamental no modo

como a criança vai interagindo com o mundo e com os outros, construindo a sua personalidade.

A mãe vai apresentando o mundo à criança em «pequenas doses», o que lhe vai permitindo ir-se constituindo como pessoa inteira e, mais ou menos, «colorida».

Outras pessoas vão entrar na vida da criança, como: o pai, a professora, etc, e também aqui a criança tem muitas chances de saber gerir estas relações, se as bases relacionais com a mãe, nos aspectos que já vimos, foram sólidas.

Também faz parte da vida da criança «normal» o roubar, o dizer mentiras, etc, mas também aqui tudo faz parte de um desenvolvimento normal, desde que a mãe se tenha relacionado em sintonia com a criança e assim lhe tenha proporcionado uma boa «digestão» destas fases.

CAPITULO 2

2.1 “QUESTÕES DE AMOR”

2.1.1 NA PERSPECTIVA DE SEABRA DINIZ, COIMBRA DE MATOS, BADINTER, SPITZ E BOWLBY

Seabra Diniz (1997) diz-nos: “... não podemos esquecer que o importante para o bom desenvolvimento infantil é a relação, a boa qualidade da relação, que se estabelece entre ambos, isto é, entre mãe e filho”.

Segundo Coimbra de Matos, uma das características da nascença até à morte é a necessidade de estabelecer relações afectivas com adultos da mesma espécie. Seabra Diniz (1997) acrescenta que as crianças têm capacidades diferentes de se fazerem amar, de se darem como fonte de prazer, de se fazerem *maternalizar* .

O mesmo autor distingue crianças *bem amadas* de crianças *mal amadas*. Esclarece-nos que, normalmente, a função materna é espontânea, sendo esta a função que faz com que, nos primeiros tempos de vida da criança, a mãe capte os estados sensoriais e neurofisiológicos do bebé, atribuindo-lhes uma dimensão mental com um significado emocional. Nesta primeira fase, é a mãe ou o substituto materno “que lhe dá meios mentais para começar a pensar aquilo que ao princípio ele apenas sente” (Diniz, S. , 1997). No entanto, não nos podemos esquecer das afirmações de Badinter : “...o amor maternal não passa de um sentimento, sendo como tal, essencialmente contingente. Pode existir ou não. Ser e desaparecer. Revelar-se forte ou frágil. Tudo depende da sua história e da História” (Badinter, 1980).

Criança bem amada	Criança mal amada
<p>“...encontrou nos adultos que desde o início constituíam o seu ambiente humano, muito especial na mãe, uma relação com a estabilidade, a regularidade e a qualidade necessárias para poder enfrentar as várias fases do seu desenvolvimento de forma a encontrar um suficiente grau de prazer no seu próprio funcionamento e de modo a que estas tensões e frustrações – poderíamos dizer o sofrimento -, inevitavelmente implicadas no dia a dia das várias etapas evolutivas, nunca ultrapassem um limite compatível com as suas capacidades mentais para as enfrentar, sem prejudicar o seu desenvolvimento equilibrado e positivo”.</p>	<p>“ a criança mal amada seria a que, de uma forma sistemática, ou em períodos relativamente longos da sua vida, ou então em circunstâncias especialmente delicadas (em que, portanto, era decisivo poder contar com um bom apoio), não encontrou esse tipo de relação”.</p>

(Diniz, Seabra; 1997)

Como refere Coimbra de Matos (1995), o ser humano, desde a nascença até à morte, tem duas necessidades fundamentais sobre as quais se vai estruturar toda a sua vida mental: o medo de ser destruído - os medos das relações negativas - e a necessidade de estabelecer relações afectivas com adultos da mesma espécie - vinculação positiva (referida, entre muitos outros, por Bowlby e Stern).

Na sua evolução, o bebé interessa-se pelo outro ser adulto, porque este satisfaz as suas necessidades, e só à medida que se vai desenvolvendo é que aumenta a sua preocupação pelo outro: nesta altura, o bebé já consegue a descentração de si próprio.

Segundo Melanie Klein, é quando a criança passa da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva que esta começa a desenvolver o interesse objectal. No entanto, esta passagem da posição narcísica para a posição objectal nem sempre se faz na totalidade, dando origem, por vezes, a perturbações narcísicas (Coimbra de Matos,1995).

Ainda segundo Coimbra de Matos (1995), outrora pensava-se que o amor-próprio que desenvolvemos era espontâneo, mas, actualmente, sabe-se que um desenvolvimento normal se organiza neste sentido: ser amado \Rightarrow capacidade de se amar a si próprio \Rightarrow capacidade de amar os outros ser valorizado (auto-estima)

Ainda segundo este autor, este amor-próprio não nasce da biologia, mas da relação, ou seja, quando na infância se foi pouco amado, não se cria reservas para investir nas relações com os outros, acontecendo uma centração em si próprio do pouco amor que se tem.

A depressão define-se essencialmente pelo abatimento, diminuição da energia vital (há pouco energia para fazer funcionar o mental).

Segundo Karl Abraham (1911), a depressão que aparece no adulto tem como fonte uma depressão da infância, o que acontece quando a criança sente que as figuras parentais não gostam dela.

A depressão como doença dá-se por ter havido uma relação primária mal resolvida, de onde resultou uma ferida narcísica, e não por ter havido experiências depressivas ao longo da relação mãe-criança, as quais Winnicott, Lebovici, entre outros, consideram positivas para o desenvolvimento da criança.

Ende (referenciado por Coimbra de Matos, 1995) verifica que há pessoas que desistem mais facilmente daquilo que querem (deprimem mais facilmente). Neste sentido, este autor elaborou um estudo de modo a verificar até que ponto é que as pessoas já nascem, ou não, com determinadas características que promovem esta desistência.

A experiência foi elaborada com um grupo de bebés com 15 dias e consistiu em retirar o biberão ao bebé, na hora da mamada mais forte. Obtiveram-se três reacções diferentes: os primeiros adormecem, os segundos reagem pouco, e os terceiros reagem

efusivamente. Este estudo suscitou algumas críticas, uma vez que os bebés poderiam já ter, à partida, recebido pouco *feed-back* das mães e, portanto, poderiam já estar deprimidos por razões ambientais.

Bowlby (1973) verificou que a ausência de figuras de vinculação, a perda dessas figuras ou a instabilidade das mesmas, tem repercursões negativas nas futuras relações das crianças. Este autor observou como é que as crianças reagem à separação da figura materna e verificou que, quando as separações se davam entre os 5 meses e os 3 anos, a criança mostrava-se mais susceptível.

«A privação do afecto materno dá uma alteração psicológica infantil, com ansiedade aguda, uma excessiva necessidade de amor, um forte sentimento de vingança, em casos extremos a criança pode viver a separação com culpa e deprimir-se» (Bowlby, 1973).

Um estudo alemão (Esser,-Gunther; Dinter,-R; Jorg,-M.; Rose,-F., 1993) dá-nos conta da significância e consequências da interacção precoce mãe/filho. A qualidade das interacções mãe/filho é tão preditiva do desenvolvimento cognitivo posterior como os testes de desenvolvimentos aplicados à nascença. Os problemas emocionais dos bebés também foram previstos mais correctamente por parâmetros relacionados com a interacção precoce mãe/filho do que por indicadores de temperamento. As interacções mãe/filho foram associadas, mais tarde, ao retardamento cognitivo e a graves problemas de comportamento. A rejeição materna e a negligência mostraram-se, neste estudo, significativos para determinar o tipo de interacção. A separação precoce entre a mãe e o recém-nascido de alto risco não parecem causar, segundo o autor, alterações no comportamento de ligação materna.

Spitz estudou o desenvolvimento de crianças com *privação afectiva parcial* (estiveram os primeiros seis meses de vida com as mães e, de seguida, foram

institucionalizadas) e o desenvolvimento de crianças com *privação afectiva total* (institucionalizadas à nascença, sendo amamentadas pela sua mãe ou outra, nos primeiros 3 meses). Para o autor, na doença de *carências afectivas* o factor mais determinante é a ausência física da mãe, sem um substituto materno adequado e continuado. Refere, ainda, que o factor *personalidade da mãe* se mostra de importância menor nestas doenças. Diz-nos, também, que nestes dois síndromas há, muitas vezes, transição de um para outro e que o dano sofrido pela privação materna é proporcional ao tempo que dura esta privação. Por este facto, na privação afectiva parcial, quando o objecto de amor retorna num período entre os três e os cinco meses após o abandono, a recuperação é rápida sem que deixe marcas muito preocupantes. No caso da privação afectiva total, e no caso de crianças que tenham sofrido esta privação de relações objectais durante o primeiro ano de vida e por mais de 5 meses, apresentaram uma deterioração progressiva do desenvolvimento com aparente irreversibilidade.

Na *privação afectiva parcial (depressão anaclítica)*, as crianças apresentam um desenvolvimento adequado até aos seis meses, sendo que, depois desta idade, começam a apresentar progressivamente um desenvolvimento desadequado. No momento que se segue à institucionalização, a sequência dos sintomas dá-se da seguinte forma: “No primeiro mês as crianças tornam-se chorosas, exigentes e tendem a apegar-se ao observador... no segundo mês o choro frequente transforma-se em gemido. Começa a perda de peso. Há uma paragem no quociente de desenvolvimento. No terceiro mês as crianças recusam o contacto. Permanecem a maior parte do tempo de bruços na cama... começa a insónia, a perda de peso continua. Há uma tendência para contrair moléstia; o atraso motor torna-se generalizado. Início da rigidez facial. Após o terceiro mês a rigidez facial consolida-se. O choro cessa e é substituído por lamúria. O atraso motor cessa e é substituído por letargia. O quociente de desenvolvimento começa a diminuir. (Spitz, 1998).

Na *privação afectiva total (Hospitalismo)*, Spitz observou que, durante os primeiros três meses em que as crianças eram amamentadas, o seu desenvolvimento era normal. Nos meses que se seguiam, os bebés eram cuidados por uma enfermeira que

tinha a seu cargo doze bebês. Observou que estes bebês recebiam um décimo do afecto que parecia existir entre as díades mãe-criança inseridas nas famílias, o que os tornava emocionalmente carentes. Spitz observou que estas crianças passavam por todas as fases que já havia observado naquelas que sofriam uma privação parcial de afecto, mas agora o quadro evoluía mais negativamente e o prognóstico era muito mais preocupante. Aos dois anos, estas crianças apresentavam, em média, um quociente 45% abaixo do esperado para a sua faixa etária.

Assim, constatámos que, para Spitz, “a ausência da mãe equivale à carência emocional. Vimos que isto leva à deterioração progressiva, envolvendo toda a criança. Tal deterioração manifesta-se primeiramente por uma interrupção no desenvolvimento psicológico da criança; iniciam-se, então, disfunções psicológicas paralelas a mudanças somáticas. No estágio seguinte, isso acarreta uma predisposição crescente à infecção, e finalmente, quando a privação emocional continua no segundo ano de vida, leva a uma taxa extremamente alta de mortalidade” (Spitz, 1986).

Para Seabra Diniz (1997), o mundo das relações é já muito conhecido, mas, de algum modo, muito há ainda para conhecer. Deu-nos, então, a título de exemplos que a ciência não consegue ainda explicar, o facto de existirem mães altamente perturbadas com filhos saudáveis, e o facto de existirem famílias saudáveis com filhos perturbados.

Segundo Spitz, o primeiro ano de vida é decisivo, quer no desenvolvimento global do bebé, quer no seu posterior desenvolvimento. Do seu ponto de vista, o desenvolvimento da personalidade tem a sua ancoragem nas “experiência e acções intencionais”. As experiências de prazer dos bebês vêm das acções através do processo de libertação das suas pulsões–instintos. A participação afectiva da mãe na expressão de prazer do bebé aumentará o seu êxito, o que faz com que o bebé repita, o que levará ao domínio do comportamento de sucesso. Ao mesmo tempo, vai diminuindo o número de acções que o levam a uma experiência de fracasso.

Para Spitz, "... o fluxo e refluxo das energias afectivas movem as marés que canalizam a corrente de desenvolvimento da personalidade em uma ou outra direcção" (Spitz, 1998).

Este autor assume uma equivalência paralela entre o papel dos afectos para o objectivo da comunicação, na primeira infância, e o processo de elaboração secundário pelos processos de pensamento, no adulto.

Spitz relaciona os afectos com a evolução das funções psíquica: "... o desenvolvimento da percepção afectiva e das trocas afectivas precede todas as outras funções psíquicas; estas irão subsequentemente desenvolver-se a partir dos fundamentos fornecidos pelas trocas afectivas. Os afectos parecem manter essa tendência durante o resto do desenvolvimento, pelo menos até ao final do primeiro ano de vida. Em minha opinião, eles se mantêm por muito mais tempo ainda" (Spitz, 1998). Observamos que, na organização da personalidade e na elaboração da estrutura psíquica, é fundamental que a criança tenha um espaço afectivo, mediado por uma relação humana, onde possa experimentar as expressões de prazer e desprazer: "coibir qualquer um dos afectos é transtornar o equilíbrio do desenvolvimento" (Spitz, 1998).

Este autor acentua o facto da primeira relação humana da criança ser determinante também pelo facto de influenciar todas as futuras relações sociais.

Ainda segundo o mesmo autor, o desenvolvimento dos afectos vão surgindo progressivamente, a saber: até ao terceiro mês de vida, é o sorriso a expressão mais evidente - aqui as expressões de desprazer não são tão evidentes; a partir do quarto mês, o bebé mostra o seu desprazer quando tem espaço na relação humana para o fazer; depois do sexto mês, tanto as expressões de prazer como as expressões de desprazer passam ser mais evidentes e contínuas e deixam de estar ligadas apenas ao objecto humano, passando também a estar ligado a "coisas". "Os traços de memória destas duas experiências (prazer – sorriso; desprazer - chorar), servirão para reconhecer, mais tarde, a repetição de dados similares, as constelações externas similares. Essas duas experiências ... são as duas principais experiência da infância" (Spitz, 1998).

2.1.2 A VINCULAÇÃO: DE FREUD A BOWLBY

Os temas centrais na teoria de Bowlby são o amor e o ódio, a ansiedade e a defesa, o attachment e a perda. Apesar de Freud já ter tratado este tema, este apenas ia buscar a origem dos acontecimentos e processos mentais à infância do sujeito, mas, ao contrário de Bowlby, muito raramente fez observação directa de crianças. Freud, no fundo, elaborou um trabalho de base retrospectiva.

Bowlby, pelo contrário, alicerçou o seu trabalho em estudos prospectivos. Parte da observação do *comportamento da criança com a sua mãe/comportamento da criança na ausência desta* para a compreensão do desenvolvimento da personalidade.

Bowlby alega que, nas sessões analíticas, não há observação directa do processo psíquico, porque, ao tentarmos organizar o material muito rico e complexo que nos é dado nas sessões, seleccionamo-lo e encaixamo-lo no nosso modelo teórico, logo deixa de ser possível a observação directa dos processos psíquicos e passamos então à teoria.

Vários são os investigadores que argumentam a favor da observação directa. Os filósofos da mente (ex. Hampshire, 1962) sustentam que o comportamento de uma criança muito jovem é um bom indicador do seu estado mental. Os estados mentais de um indivíduo desenvolvem-se a partir dos padrões de comportamentos da infância.

A abordagem de Bowlby (ao contrário da psicanálise) tem por referência a observação de outras espécies, nomeadamente os comportamentos destas espécies em situações paralelas de presença ou ausência da mãe, chegando mesmo a usar alguns conceitos originários da etologia. Bowlby diz-nos que, apesar de na etologia não se poder extrapolar de uma espécie para outra, pensa ser improvável que não haja comportamentos de espécies inferiores comuns ao homem, visto que, por exemplo, nas

áreas da alimentação de bebés, reprodução, excreção, etc., existem semelhanças anatómicas e fisiológicas.

Bowlby formula um princípio : “ O que se acredita ser essencial para a saúde mental é que o bebé e a criança pequena experimentem um relacionamento carinhoso, íntimo e contínuo com a mãe (ou mãe substituta permanente), no qual ambos encontrem satisfação e prazer”. A partir daqui, descreve, em linhas gerais, as medidas, que, tendo em conta o princípio anterior, são necessárias para salvaguardar a saúde mental de crianças separadas de suas famílias.

O seu objectivo foi descrever padrões de resposta que aparecem no início de vida, sendo que numa fase posterior, identifica padrões de conduta idênticos na estrutura da personalidade. O autor parte do acontecimento (experiência traumática) potencialmente gerador de psicopatologia no desenvolvimento da personalidade, tendo como agente patogénico a perda da figura materna entre os 6 meses e os 6 anos.

Ainda que a sua obra fosse vasta e de grande pertinência, Bowlby tinha um espírito suficientemente esclarecido para fazer, ele próprio, uma crítica à trilogia *Attachment, Separação e Perda*. Deste modo, anotou como positivos os factos da sua obra ter ajudado a concentrar a atenção no problema, ter contribuído para melhorar os métodos, ter estimulado controvérsias e pesquisas, ter desenvolvido largamente a investigação sobre os efeitos nocivos da privação materna, assim como sobre as medidas práticas que poderiam prevenir ou atenuar esses efeitos. Por outro lado, anotou como pontos negativos o facto de raramente se ter referido ao processo através do qual os efeitos nocivos da privação materna se instalam. Na sua obra, não fica claro quais as variáveis em curso e como se articulam para provocarem determinado resultado, nem como a privação materna origina uma determinada perturbação psiquiátrica, e não outra perturbação qualquer.

Bowlby e os seus colegas perceberam, através das suas observações, que « as reacções de protesto, desespero e “detachment” que ocorrem quando uma criança de mais de 6 meses é separada da sua mãe e entregue ao cuidado de estranhos, devem-se principalmente à “perda da assistência materna nesse estágio altamente dependente e sumamente vulnerável do desenvolvimento”». A partir daqui, concluem que “a afeição da criança pelo amor e a presença da mãe é tão grande quanto a fome do alimento”, e que, conseqüentemente, a sua ausência gera inevitavelmente “um poderoso sentimento de perda e raiva”.

Após uma separação da figura materna, e quando as crianças regressam, Bowlby observa dois tipos de reacção: “um intenso agarramento à mãe, que poderá manter-se por semanas, meses ou anos”, ou “a rejeição, temporária ou permanente, da mãe como objecto de amor”. Desta última reacção, o *detachment* resulta do facto dos sentimentos da criança para com a mãe terem sofrido repressão.

A perda da figura materna (simples ou com a intervenção de outras variáveis) pode dar origem a questões psicopatológicas.

Bowlby verificou que as respostas e processos são idênticos em crianças pequenas que sofreram esta separação e em adultos que sofreram separações nos primeiros anos de vida. As tendências psicopatológicas observáveis são: “tendência para exigência excessiva no relacionamento com os outros e para a ansiedade e a raiva quando tais exigências não são satisfeitas como se verifica nas personalidades dependentes e histéricas”, e/ou “bloqueio na capacidade para estabelecer e manter relações profundas, como nas personalidades indiferentes e psicopáticas”. Assim, após um período de afastamento da mãe, a criança põe em acção reacções e mecanismos de defesa que poderão dar origem, ou não (dependendo de quais os mecanismos activados na altura da separação), a futuros distúrbios psicopatológicos.

Bowlby explica o seu modelo, baseado nas relações objectais. Este modelo nasce a partir da prática clínica, considerando Bowlby que os psicanalistas que mais contribuíram para esta teoria foram: Melanie Klein, Balint, Winnicott e Fairbairn.

Bowlby baseia-se nas teorias destes psicanalistas, mas difere deles essencialmente num ponto: na teoria do instinto (Bowlby prefere este termo à teoria da motivação ou da pulsão).

O autor descreve algumas vantagens deste novo modelo em relação aos antigos modelos, a saber: um dos défices da teoria da energia psíquica é que parte do pressuposto de que o início de uma acção tem que ver com um acumulação de energia, e o fim com a extinção da mesma (o bebé pode deixar de chorar se vir a sua mãe, e chorar de novo mal esta desapareça, repetindo isto muitas vezes sem ser por acumulação de energia); Bowlby considera também que, tanto a teoria psicanalítica da energia psíquica, como outras, não são suficientemente estáveis para adquirirem o estatuto de ciência; considera ainda que “os modelos de motivação que pressupõem a existência de uma forma específica de energia distinta da energia física não são apreciados pelos biólogos” (p.19,Hinde,1966).

Bowlby assegura que o seu modelo supera estas falhas. “ Ao utilizar o conceito de feedback, confere tanta atenção às condições que finalizam um acto quanto às que o iniciam. Estando intimamente relacionado com dados observáveis, é um modelo estável.” (p.20, Bowlby,1969).

Explicitando um pouco o que é o *comportamento instintivo*, podemos defini-lo pelas seguintes características: há um padrão idêntico em toda a espécie, ou num dos sexos da espécie; não é uma sequência simples do tipo estímulo- resposta, mas, sim, um encadeado de comportamentos; muitas das vezes tem um peso bastante considerável no que se refere, quer à preservação do indivíduo, quer da espécie; muitas vezes, aparecem

comportamentos instintivos, mesmo quando o terreno propício para a aprendizagem é muito restrito, ou não existe mesmo.

Bowlby salienta que, ao contrário do que se passava no passado, se considera que não existe uma separação estanque entre inato e adquirido.

Bowlby vai usar a terminologia de Hinde (1959) nos seus principais conceitos: “ambientalmente estável” - varia pouco em função do ambiente; e “ambientalmente instável” - muito influenciado pelo ambiente.

O autor diz-nos que o comportamento instintivo, tal como ele usualmente é descrito, é ambientalmente estável.

Se para alguns autores o comportamento do Homem é variável demais para que se possam descrever comportamentos instintivos, para Bowlby, esta variabilidade não é infinita. Descreve, então, comportamentos instintivos como: acasalamento, protecção dos filhos, o attachment dos bebés a um ser adulto da mesma espécie, etc. São comportamentos instintivos, visto que são idênticos em todos os seres da espécie e que visam a protecção da mesma.

Concluindo, descreve o comportamento instintivo como “...em todas as espécies superiores, e não apenas no homem, o comportamento instintivo não é um comportamento estereotipado mas um desempenho idiossincrásico de um determinado indivíduo num determinado meio ambiente - e, ainda, um desempenho que obedece a um padrão reconhecível e que, na maioria dos casos, conduz a algum resultado previsível e benéfico para o indivíduo ou a espécie.” (p. 42, Bowlby, 1990).

A psicanálise insere o comportamento de attachment nas teorias das relações objectais. Durante o primeiro ano de vida, quase todas as crianças demonstram um forte vínculo com a mãe, ou o substituto materno, e neste ponto atingiu-se o consenso em quase todos os autores. No entanto, no que diz respeito à natureza e função do processo de attachment, não existe o mesmo consenso.

Levantam-se questões que são objecto de discussões várias, a saber: com que rapidez este attachment se estabelece? Que processos o mantêm? Quanto tempo dura? Que funções desempenha?

Até 1958, esboçaram-se essencialmente quatro teorias quanto à natureza e origem do attachment: teoria do impulso secundário, teoria de sucção do objecto primário, teoria de adesão ao objecto primário, teoria de anseio primário de retorno ao ventre.

Bowlby equipara o comportamento de attachment, em termos de importância de comportamento social, ao acasalamento ou à parentalidade. Alerta, ainda, para o facto de ter uma função biológica específica, que até à altura teria sido mal estudada.

Teorias com alguns pontos em comum com as teorias de Bowlby:	Teorias que vão contra as teorias de Bowlby:
Teoria de sucção do objecto primário	Teoria do impulso secundário
Teoria de adesão ao objecto primário	Teoria do anseio primário de retorno ao ventre

Bowlby explica-nos como se desenvolve o comportamento de attachment, no primeiro ano de vida. Aos três meses, já diferencia a mãe e responde-lhe diferenciadamente. Aqui, ainda não se pode provar que, para além da discriminação perceptual, o bebé tende a manter a proximidade da mãe; logo, não se pode concluir que existe um comportamento de attachment.

O autor baseia-se nos estudos de Ainsworth (1963,1967), Shaffer e Emerson (1964) para afirmar que é por volta dos seis meses que o comportamento de attachment se mostra evidente. Afirmar, ainda, que este comportamento se mantém marcadamente até ao fim do segundo ano de vida. No entanto, Shaffer e Emerson encontraram algumas diferenças em relação à altura em que se inicia este comportamento: se para alguns

bebés aos quatro meses já há sinais desta vinculação, há outros que só depois dos doze meses se começa a perceber um comportamento de attachment.

As duas variáveis intervenientes a curto prazo no processo do comportamento de attachment são de tipo orgânico- fome, fadiga, doença, dor, infelicidade - e ambiental - o comportamento de attachment é mais intenso quando a criança está alarmada, nomeadamente após um período de separação da mãe.

Segundo o investigador, “o comportamento de attachment na vida adulta é uma continuação directa do comportamento na infância é demonstrado pelas circunstâncias que levam o comportamento de attachment de um adulto a ser mais facilmente eliciado. Em caso de doença e calamidade, os adultos tornam-se frequentemente mais exigentes em relação a outras pessoas; em situações de perigo ou desastre súbito, uma pessoa quase certamente buscará a proximidade de uma outra pessoa conhecida e de sua confiança. em certas circunstâncias, um recrudescimento do comportamento de attachment é reconhecido por todos como natural” (Bowlby, 1990, p.223)

Observámos também que “rotular o comportamento de attachment na vida adulta de regressivo equivale, de facto, a menosprezar o papel vital que ele desempenha na vida do homem, do berço à sepultura”(Bowlby, 1990, p.223).

Bowlby descreve, de forma variada, os comportamentos que vão mediar o *attachment*.

Comportamentos:	Função:
Chorar	Aproximar a mãe do bebé e mantê-la junto dele
Sorrir	
Seguir	Levar o bebé até à mãe e mantê-lo junto dela
agarrar-se	
Sucção	Bowlby considera este item menos facilmente categorizado
Chamar	Reter a atenção da mãe

“ Enquanto uma criança está na presença incontestada de uma figura principal de attachment, ou a tem ao seu alcance, sente-se segura e tranquila. Uma ameaça de perda gera ansiedade, e uma perda real, tristeza profunda, ambas as situações podem, além disso, despertar cólera” (Bowlby, 1990, p.224).

Debrucemo-nos um pouco sobre a teoria do impulso secundário, que teve tantos adeptos e que Bowlby rejeitou totalmente.

Apesar da teoria do impulso secundário ter sido a mais aceita em termos gerais, Bowlby baseia-se nos estudos de Lorenz (1935) para a contestar. A teoria do impulso secundário remete para a noção de que o desejo de estar com outros membros da mesma espécie tem que ver com a dependência alimentar dos mesmos. Este pressuposto é contestado por Bowlby (equipara o comportamento de attachment dos mamíferos ao da espécie humana), visto que nos estudos de Lorenz se conclui que "o comportamento de attachment pode desenvolver-se em patinhos e gansinhos sem que os jovens animais recebam alimento ou outra recompensa convencional" (Bowlby, 1990, p.227).

Segundo Bowlby, não se pode tirar conclusões do caso humano. O bebé humano sustenta o seu próprio peso através da capacidade de se agarrar (o que Freud chamou "instinto de preensão"). Desde os primórdios da sua vida que os bebés são estimulados socialmente. As respostas "sorrir" e "balbuciar" aumentam, quando um adulto presta atenção ao bebé. Qualquer destes comportamentos ocorre, sem que haja estímulo alimentar ou cuidados corporais; logo, o bebé, desde muitíssimo cedo, está apto a receber estimulação social e a responder.

De acordo com Bowlby, cai, definitivamente, por terra a teoria do impulso secundário, visto que "as provas existentes corroboram fortemente o ponto de vista de que o comportamento de seres humanos pode desenvolver-se como em outras espécies, sem as recompensas tradicionais de alimento e conforto".

Bowlby tece uma forte crítica aos psicanalistas relutantes em abandonar esta teoria, lançando mesmo a ideia de que, na base desta atitude, está uma enorme frequência de sintomas orais em todos os quadros, tanto neuróticos, como psicóticos, e a inexistência de uma outra teoria que os possa explicar.

Este autor faz depender a função do attachment, não da necessidade de alimentação e conforto, mas da protecção contra predadores.

Bowlby descreve alguns factores a favor e contra a ideia da função de protecção contra os predadores, no comportamento de attachment:

1. Através da observação de aves e mamíferos, conclui-se que, quando um animal se mantém isolado da sua espécie, mais facilmente é atacado por um predador.
2. Há determinadas condições (idade jovem, tamanho pequeno e condição de gravidez ou doença) que torna os animais presas fáceis dos predadores.
3. A intensidade do comportamento de attachment aumenta, quando há uma situação de alarme, o que acontece frequentemente quando há um predador por perto.
4. Quanto mais punido é um jovem, mais apegado se torna à figura punitiva. Isto acontece quando um macho dominante pune e assusta uma jovem criatura que se aproxima do perigo; futuramente o jovem procura proximidade de um adulto, podendo mesmo ser o adulto que o puniu anteriormente.

Bowlby considera que nenhuma teoria, para além desta, cobre estes factos. Assim, adopta, como pressuposto básico, a protecção contra os predadores como função do comportamento de attachment.

O autor define oito pontos sobre o desenvolvimento do attachment:

1. Os bebés são, desde o início da sua vida, estimulados para respostas sociais. Ao fim de alguns meses, estas respostas vão ser limitadas a um número restrito de indivíduos do círculo de relações do bebé.
2. O bebé não responde socialmente a todos os tipos de estímulos.
3. O grau de attachment do bebé é directamente proporcional à maior ou menor experiência de interacção social com essa pessoa.

- 4. A aprendizagem por exposição tem um papel importante, visto que o bebé aprende a discriminar diferentes rostos, passando por períodos de atenta observação e escuta.
- 5. O período sensível para um desenvolvimento do comportamento de attachment à figura materna (ou substituto maternal) são os primeiros doze meses .
- 6. A fase sensível só começa, após as seis semanas.
- 7. Entre os seis meses e os nove meses, é mais provável que os bebés tenham medo de figuras estranhas (reagindo mais vigorosamente do que nos primeiros meses). Devido à frequência e intensidade das reacções de medo a figuras estranhas, novas vinculações são cada vez mais complicadas depois dos doze meses de vida.
- 8. Após o attachment forte a uma figura, a criança passa a preferi-la a todas as outras, mesmo que ocorram separações.

O papel da mãe e da criança na interacção precoce não visa sempre o mesmo objectivo: há comportamentos que aumentam a proximidade, outros comportamentos que mantêm a proximidade, outros ainda são comportamentos de antítese da proximidade, e, por fim, há comportamentos irrelevantes para a proximidade.

Apesar destes comportamentos, mãe-bebé nem sempre convergem: as divergências acontecem dentro de certos limites, acabando por adquirir um equilíbrio dinâmico.

Bowlby considera que estes limites estáveis ocorrem nas relações espaciais entre a mãe e o bebé dentro de 4 classes:

Classes de comportamento:	Função:
Comportamento de attachment da criança	Homogéneo
Comportamento exploratório e actividade lúdica	Heterogéneo
Comportamento da mãe ao cuidar	Homogéneo
Comportamento da mãe de antítese dos cuidados prestados ao bebé	Heterogéneo

Bowlby refere que “num par feliz, essas quatro classes de comportamento ocorrem e progredem em harmonia. Mas o risco de conflito está sempre presente”. (Bowlby,1990,p.253).

Os comportamentos que vão mediar e organizar o attachment são: o chorar, o chamar, o sorrir, a locomoção (para abordar, seguir, procurar), o agarrar-se e a sucção não-nutritiva.

As duas formas particulares de comportamento que promovem o attachment são comportamento de assinalamento (leva a mãe à criança) e o comportamento de abordagem (leva a criança até à mãe).

Apesar de não haver forma de medir a intensidade do attachment, há comportamentos que denunciam um maior ou menor grau deste:

Intensidade baixa:	Intensidade alta:
Sorriso	locomoção rápida
Locomoção descontráida	Agarramento
Observação	Choro
Contacto físico	
choro (pode estar ou não presente)	

Os Padrões de comportamento numa criança de 2 anos, variam segundo a movimentação da mãe:

Comportamento da mãe:	Reacção da criança:
Presente e parada	explora o meio confiante, mas mantém-se atenta à localização da mãe
Presente e em movimento	quando a mãe se levanta a criança torna-se incompetente porque ainda não é capaz de manter a proximidade com uma figura em movimento através da locomoção corrigida para a meta.
afasta-se	Protesto (choramingar até à ao choro intenso), por vezes tenta seguir a mãe
Regressa	Difere

Quando a mãe regressa, após uma separação, a reacção da criança depende: do tempo que a mãe esteve ausente, se a criança está ou não organizada emocionalmente quando revê a mãe, do tipo de padrão de relacionamento anteriormente estabelecido com a mãe, e se foi deixada num ambiente familiar ou estranho.

Segundo Bowlby, “após uma breve ausência ... a criança se orientará para a mãe...se estiver chorando é provável que o choro cesse ...se a mãe pegá-la ao colo. Após uma ausência prolongada...pode estar profundamente aflita ... pode mostrar-se menos receptiva... pode chorar...manter-se silenciosa e amuada ... subitamente começar a chorar... desde que se estabeleça o contacto físico...o pranto cessa... é provável que se agarre à mãe obstinadamente...pode haver muita sucção nutritiva.” (Bowlby, 1990, p.274).

Bowlby considera que, das várias formas que a criança reage ao regresso da mãe, haverá sempre uma parte que é corrigida para a meta e outra que se mantém sem ser corrigida.

Do que observámos da obra de Bowlby, verificámos outras condições que influenciam o attachment na sua forma e intensidade:

Condição da criança:	Paradeiro e comportamento da mãe:	Ambiente:
Fadiga	mãe ausente	Acontecimentos alarmantes
Fome	mãe que se afasta	Refeições dadas por outras pessoas
Doença	mãe que desencoraja a proximidade	mau acolhimento de outro adulto ou criança
Dor		
Frio		

Bowlby considera que, a partir do 3º ano de vida, o comportamento de attachment começa a ser menos frequente e menos intenso, ainda que nunca desapareça. Explica o autor que, à medida que crescemos, o comportamento não é de tão sensível activação e, quando esta ocorre, é com menor intensidade. Assim, os comportamentos desencadeantes acabam por ser mais ténues. “ Se antes esse comportamento só terminaria com o estreito contacto corporal, agora termina talvez, com um leve toque ou mesmo um olhar tranquilizador” (Bowlby, 1990, p.278).

Bowlby considera que é a mãe a principal fonte de estimulação da criança nos primeiros tempos de vida. Esta estimulação promove o desenvolvimento e, em vários estudos - Ambrose (1961), Provence e Lipton (1962) -, mostra-se que as crianças institucionalizadas retardam comportamentos, como o sorrir, o balbuciar, etc, o que vai necessariamente influenciar o desenvolvimento e, nomeadamente, o comportamento de attachment.

Um bebé institucionalizado sofre privações de várias ordens: ausência de *input* de estímulos, falta de oportunidade para aprendizagem por exposição, falta de oportunidade para o movimento auto-induzido em ambientes estruturados em que a criança se sinta confiante.

“Padrões de comportamento diferencial dirigido”:

- Vocalização diferencial - é mais frequente com a mãe
- Cessar diferencial do choro quando pegado ao colo - frequentemente este choro só cessa, se for a mãe a pegar-lhe
- Choro diferencial pelo afastamento da mãe - não chora, se for outra pessoa, que não a mãe, a afastar-se
- Sorriso diferencial para estímulos visuais - sorri mais frequentemente, quando vê a mãe.
- Orientação diferencial viso-postural - mesmo ao colo de outra pessoa, continua a olhar para a mãe.
- Resposta diferencial de acolhimento - o bebé acolhe a mãe, após a ausência, de modo específico em relação às outras pessoas
- Abordagem diferencial- quando há várias pessoas por perto, o bebé escolhe a mãe para se aproximar
- Seguimento diferencial - tenta seguir a mãe, quando ela sai do seu campo de visão, mas não faz com outras pessoas
- Trepar e explorar diferencial – preferencialmente, o bebé explora o rosto, o corpo, etc, da mãe
- Encobrimento diferencial do rosto - o bebé esconde frequentemente o rosto, no colo da mãe
- Uso da mãe como base a partir da qual realizar explorações - a criança usa a mãe para pequenos afastamentos exploratórios, voltando a ela, de vez em quando, mas não o faz com outras pessoas.
- Fuga para a mãe como refúgio seguro - quando assustada é na mãe que se refugia
- Agarramento diferencial - quando está com fome, doente, ou assustada agarra-se preferencialmente à mãe.

Segundo Bowlby, a criança poderá ter mais do que uma figura de attachment. Ainda assim, haverá uma figura principal para a qual o comportamento de attachment é diferenciado. O desenvolvimento do attachment à figura principal antecede as outras relações com possíveis figuras de attachment. O bebé seleccionará tanto a figura

principal de attachment, como as figuras subsidiárias de attachment, discriminando o comportamento que lhes dirige, quer entre estas, quer entre estas e as outras pessoas, em geral. A figura principal alvo do comportamento de attachment poderá não ser a mãe, mas uma outra pessoa com função de substituto materno.

Bowlby considera importante o papel dos objectos inanimados. O comportamento de attachment dirigido a objectos inanimados (sucção não-nutritiva, agarramento, etc), pode funcionar como continuação de relações pessoais satisfatórias. O autor refere que é, sim, sinal de preocupação quando uma criança rejeita sistematicamente objectos macios. Stevenson (1954) relaciona isto com o abandono da mãe, representando a aversão a estes objectos a aversão à mãe. O mesmo autor considera também preocupante quando uma criança prefere um objecto inanimado a uma pessoa. Bowlby considera que apesar de Winnicott abordar este assunto, denominando estes objectos de *objectos transacionais*, sendo esta denominação largamente aceite, a teoria em que se insere é questionável.

Apesar da exaustiva investigação de Bowlby, algumas questões ficaram por responder: quais são as condições sociais mínimas para que se accione o processo desencadeante do comportamento de attachment no bebé? É possível que o attachment desenvolvido tardiamente seja tão seguro quanto aquele que se desenvolve dentro da norma? Até que altura do segundo ano de vida a criança continua sensível ao desencadeamento do comportamento de attachment? Como se pode descrever a variabilidade do comportamento de attachment em qualquer idade? Que condições se antecedem para que resulte numa determinada variedade padrão? Será cada padrão estável em relação às crianças da mesma idade? Qual a relação entre cada padrão e o desenvolvimento da personalidade, nomeadamente a saúde mental?

Apesar das dúvidas, ou da ausência de respostas, Bowlby deixa claro que, a partir dos seis meses, as condições que promovem o comportamento de attachment estão necessariamente comprometidas, apontando como uma das principais razões a intensidade e frequência com que, a partir desta altura, surgem as respostas de medo. Se o bebé desencadeia frequentes respostas de medo a pessoas estranhas não é provável que esteja predisposto a estabelecer comportamentos de attachment a novas figuras. Não sendo impossível de estabelecer o attachment depois dos seis meses, à medida que o tempo passa, vai-se tornando cada vez mais difícil e improvável.

Podemos dizer que Bowlby contribuiu nos seus estudos, tal como temos visto, para algumas destas respostas, no entanto devido à complexidade do tema torna-se difícil tirar conclusões definitivas.

Crítica de Bowlby à teoria de Spitz:

1. O medo da criança não se desenvolve apenas porque lhe foi causada dor ou desprazer, a estranheza por si só é uma causa de medo

2. O medo de estranhos é uma reacção separada da ansiedade de separação, visto que, mesmo perto da mãe, o bebé pode desencadear uma reacção de medo a um estranho

3. O primeiro sinal de relação objectal ocorre em regra, como já vimos, antes dos oito meses

Para além de Bowlby, também Freedman (1961), Ainsworth (1963,1967), Schaffer (1963, 1966), Schaffer e Emerson (1964), etc., referem a ansiedade de separação e o medo de estranhos como comportamentos relacionados, mas diferentes um do outro.

Apesar de se ter centrado no bebé, Bowlby chama a atenção para a importância da observação do comportamento da mãe, incluindo as suas respostas ao bebé para que

melhor se possa entender a interacção da díade e o papel do bebé nesta interacção, podendo-se assim definir padrões.

Ainsworth considera que estas observações do attachment são, em tudo, muito idênticas na maioria dos bebés, considerando que a dimensão da *segurança* do attachment é bastante válida para que cheguemos mais à frente nas investigações do tema.

Ao observar uma amostra de bebés em situação estranha, aquando o regresso da mãe, Ainsworth (1978) chega a três padrões de attachment:

Padrão A	Bebés classificados como <i>ansiosamente apegados à mãe e esquivos</i> , aproximadamente 20%, na maioria das amostras; têm comportamentos de evitamento no regresso da mãe, em especial depois da segunda breve ausência. É frequente relacionarem-se com um estranho mais afavelmente do que com a mãe.
Padrão B	Estes bebés são <i>seguramente apegados à mãe</i> : constituem a grande maioria das amostras. São activos nas brincadeiras, procuram o contacto da mãe quando assustados por uma breve separação. Após este contacto, reorganizam-se rapidamente e voltam ao comportamento lúdico e exploratório do meio.
Padrão C	São bebés <i>ansiosamente apegados à mãe e resistentes</i> , aproximadamente 10% das amostras. Ora buscam contacto com a mãe, ora resistem ao contacto e interacção com esta. Muitos destes bebés têm reacções de choro colérico (não sendo assim em todos).

Outros autores referiram-se à dimensão segurança/insegurança como indicador da qualidade das relações objectais, sob outras denominações. “ Para referir-se claramente à mesma característica da infância que Benedek (1938) chama de relação de confiança, a que Klein (1948) se refere como a introjecção do objecto bom, o que Erikson (1950) chama de confiança básica. Como tal,

42

é de se esperar que meça um aspecto da personalidade o qual tem importância imediata para a saúde mental.” (Bowlby, 1990).

Bowlby “ ao propor o conceito de sistema de controle *comportamental* a fim de explicar a maneira pela qual uma criança mantém a relação com a sua figura de attachment entre certos limites de distância ou acessibilidade, o que se faz é usar estes princípio bem compreendidos para explicar uma forma diferente de homeostase, ou seja aquela em que os limites estabelecidos dizem respeito à relação do organismo com as características do ambiente e em que os limites são mantidos por meios comportamentais e não fisiológicos” (Bowlby, 1990, p.396).

O comportamento de attachment obedece a um sistema comportamental de atenção volátil, que se integra numa organização que controla este comportamento. Quando neste sistema comportamental se recorre voluntariamente a determinadas acções, em detrimento de outras, fica implícito que há uma recorrência a representações simbólicas, ou modelos funcionais, da figura de attachment, do ambiente externo ou dos mecanismos do Eu, que fazem parte dos mecanismos existentes aptos para intervir no sistema.

Bowlby conclui, referindo-se à evolução da personalidade, que “a experiência de uma criança pequena de uma mãe estimulante, que dá apoio e é cooperativa, e um pouco mais tarde, o pai, dá-lhe um senso de dignidade, dá-lhe senso de dignidade, uma crença na utilidade dos outros, e um modelo favorável para formar futuros relacionamentos... promove o seu senso de competência.. Daí por diante... estes padrões persistem, como a personalidade se torna cada vez mais estruturada para operar de modo moderadamente controlado e resiliente... mesmo em condições adversas. Outros tipos ... levando habitualmente a estruturas de personalidade de menor resiliência e controle deficiente, estruturas vulneráveis que também tendem a persistir. A maneira como a pessoa responde a rejeições, separações e perdas...depende da forma como a sua personalidade se estruturou”. (Bowlby, 1990, p. 402).

2.1.3 CONCEITOS DE VÁRIOS AUTORES A PROPÓSITO DA VINCULAÇÃO

STERN (1992)	“...nas interações entre a mãe e o bebê há uma relação determinada pela história de todos as interações individuais, mas implica mais do que a soma do total de interações do passado e do presente. Uma das características principais é a perduração de uma imagem mental, de um esquema da representação de outra pessoa... esta imagem corresponde à permanência do objecto “
BOWLBY (cit. Lopes, P., 1997)	<p>Dos 0 aos 3 meses – indiferenciação e indiscriminação de pessoas com diferenciação face à figura materna.</p> <p>Dos 6 aos 24 meses – estabilidade da proximidade com a mãe ou substituto materno por locomoção, sorriso, vocalização, etc. Concretização da noção de objecto permanente e consequente desenvolvimento da vinculação privilegiada à mãe ou substituto materno.</p> <p>Depois dos 24 meses – formação de uma relação recíproca corrigida por objectivos. Desenvolvimento das capacidades de empatizar com o outro e de se adaptar aos objectivos.</p> <p>Para este autor, a qualidade da aprendizagem afectiva da criança está directamente dependente do tipo de contacto, alimentação, movimento e aproximação que se estabelece na <i>vinculação</i>.</p>
BRAZELTON (cit. Lopes, P., 1997)	<p>Dos 0 aos 2 meses – aumento do tempo de atenção e de interacção: “ incorporação de sequências de mensagens mais complexas, adaptação à alternância de dar e receber, adaptação de ritmos e comportamentos da mãe aos do bebê”.</p> <p>Depois dos 4 meses – “ liderança da emissão de sinais pelo bebê, nível novo de ajustamento promovido por capacidades cognitivas, afectivas e motoras”.</p>
ANZIEU	“...fala de vinculação como uma tendência primária, originária, de procura de comunicação com o outro” (cit. Sá, Eduardo, 1996)
HARLOW	“...chamou <i>amor</i> à força deste contacto ... a <i>intimidade</i> resulta da resistência do laço amoroso à privação e a mãe teria duas funções essenciais: potencializar o contacto íntimo pele-a-pele com o bebê, e desenvolver um clima de segurança” (cit Sá E., 1996)
ZAZZO	“...defende a vinculação como um efeito de uma <i>necessidade primária</i> que para se realizar terá de dispor de mecanismos inatos; e defende-a, também, como uma nova teoria sobre a origem da afectividade, como necessidade primária que não é, apenas, resultado nem do prazer de comer, nem dos cuidados maternos...” (cit Sá, E. 1996)
CRAMER (1987)	Para este autor a <i>vinculação</i> evolui passando por três fases : a <i>fase sonhada</i> do bebê que ainda não nasceu, a fase do <i>nascimento da vinculação</i> , quando já na gravidez os pais interagem com o feto; e a fase da <i>vinculação</i> apoiada em interações parentais após o nascimento.

Daniel Stern dedica grande parte da sua obra à fase mãe-criança. Descreve-nos as interações mãe-bebé, mas deixa claro que esta interacção deve ser encarada como um todo, e não como fragmentação das partes. Para este autor, o processo de vinculação passa por várias fases: aos nove meses, aparece a angústia do estranho; seguidamente, começam a notar-se reacções de separação e de reencontro referente à figura materna. A partir da altura em que a representação interna da figura materna está conseguida com visível permanência do objecto, “pode finalmente falar-se de uma verdadeira relação com alguém que é em alto grau, separada do eu” (Stern, D. 1992).

2.1.4 DA VINCULAÇÃO À SEPARAÇÃO

A contribuição de Bowlby foi decisiva para a elaboração de uma teoria sobre a dimensão relacional da vida humana, tanto no seu estabelecimento, desenvolvimento, como no rompimento dos vínculos afectivos.

Segundo o mesmo autor, o cerne da teoria emocional é determinado pelo meio ambiente.

O ênfase da teoria de Bowlby recai sobre a primazia dos laços emocionais íntimos entre os indivíduos, como responsáveis pela construção de uma ‘base segura’ que permite a exploração do meio ambiente cada vez em maior escala, sobre a importância do papel dos pais (ou substitutos) no desenvolvimento da personalidade da criança. O estilo relacional estabelecido com a criança seria internalizado e serviria de base para os demais vínculos estabelecidos, permitindo postular uma teoria do desenvolvimento infantil não sustentada em fases, diferindo, dessa forma, das teorias psicanalíticas tradicionais.

Bowlby interessou-se pela influência que a experiência precoce de separação e privação maternas tem no surgimento de estados depressivos. Bowlby sugere que a depressão resultaria de um momento em que o comportamento se desorganiza (como na perda), originando uma cessação nas trocas realizadas entre o sujeito e o meio, e que persiste até ao restabelecimento de novos padrões de trocas direccionados a objectos ou finalidades novos.

O autor analisou também, em conjunto com James Robertson, em 1952, em ambiente institucional, os comportamentos da criança face à separação da figura materna, e baseou-se em estudos realizados por colegas em creches residenciais. A idade mais sensível à separação situa-se entre os sete meses e os três anos.

A sequência de comportamentos que se segue é constituída por três fases principais de um único processo. Cada qual está associada a um tema da teoria psicanalítica:

1. uma fase de protesto aquando da separação - problema da angústia de separação
2. uma fase de desespero - a questão do desgosto e do luto
3. uma fase de 'detachment' - correlaciona-se com a defesa (desapego: "incapacidade de reconhecer a mãe ou de agir, diante dela, após o reencontro" .

Assim, Bowlby defende que angústia de separação, desgosto, luto e defesa devem ser encaradas como "fases de um único processo, ao invés de serem consideradas independentemente como até aqui".

A privação do afecto materno origina uma alteração psicológica infantil, caracterizada por uma ansiedade aguda, uma necessidade exarcebada de amor e um forte sentimento de vingança. Em casos extremos, esta separação poderá ser vivenciada pela criança com culpa, ocorrendo a depressão.

Na sua teoria da angústia primária, Bowlby sublinha que toda e qualquer interferência sentida como perturbadora na relação precoce mãe-bebé, tende a ser vivenciada pela criança como um perigo, e conseqüentemente com angústia. A angústia primária seria, deste modo, o resultado da separação da mãe, mesmo antes desta ser percebida. O autor estabelece uma relação directa entre a separação e ansiedade, sem estabelecer uma relação directa e linear entre separação ou perda e depressão. A depressão ocorre somente quando a esperança desaparece, na base das experiências relacionais precoces. Por conseguinte, a depressão não resulta directamente da perda, mas da convicção do carácter irremediável da perda. Deste modo, torna-se importante considerar as relações entre vinculação e depressão.

Bowlby considera ainda o papel desempenhado por vários factores presentes aquando da separação, como a própria doença, ambiente estranho, tipo de cuidados substitutivos, tipos de relações existentes antes e após a separação, capazes de intensificar ou mitigar as reacções das crianças.

No entanto, as observações de Bowlby atestam que, na presença da mãe, "tais condições, por si mesmas, não são suficientes para provocar mais do que aflições passageiras. Atestam, ainda, que a presença (ou ausência) da mãe é a variável-chave na determinação da sequência 'protesto, desespero, desapego'".

Bowlby atribui variabilidade de reacções perante experiências de separação e de perda a condições da separação e dos cuidados substitutivos, e a condições anteriores e posteriores à separação (relação com os pais).

As reacções, descritas por Bowlby, das crianças, ao se separarem das mães, são: choro e gritos, no momento da separação, e, mais tarde, no momento de dormir; chamar pelos pais, sobretudo pela mãe; resistência às ordens e pedidos das enfermeiras; crescente comportamento hostil (morder outras crianças, maltratar o objecto de

estimação); quebra do controle sobre o esfíncter; procurar a companhia do irmão, conversando e brincando (choram menos e há menos explosões de hostilidade).

As condições que Bowlby descreve como atenuantes da intensidade das reacções das crianças separadas das mães são: a presença de uma pessoa (adulto ou criança) conhecida, posse de objectos familiares e cuidados maternos de um substituto materno carinhoso.

As condições descritas como intensificadoras dos efeitos da separação da mãe são: a presença de pessoas estranhas, locais e situações desconhecidas e o facto da criança ficar sozinha.

Segundo Bowlby: “ O facto de uma criança ou de um adulto encontrar-se em estado de segurança, de angústia ou de aflição fica determinado, em ampla margem, pela acessibilidade e pela receptividade de sua principal figura de apego.”

Bowlby considera diferentes tipos de teorias para explicar estas ocorrências, aplicadas à questão da angústia de separação:

Rank (1924) duas teorias relativas ao trauma de infância

Freud (1926a) teoria do sinal

Freud (1905b) teoria da libido transformada

Klein (1934; 1935) teoria da angústia persecutória e da angústia depressiva

Bowlby refere, porém, que estes “autores rejeitam a ideia de que a ausência da mãe, por si mesma, poderia tornar-se a causa real da aflição e da angústia observadas”.

As crianças, à medida que crescem, “(...) dispõem de maior capacidade de comunicação com a mãe, ainda que há distância, e dispõem de capacidade crescente de compreender que a mãe voltará em breve (...)”.

Bowlby distingue os comportamentos das crianças com menos e mais de sete meses diante da separação, dizendo que as mais novas não apresentavam

comportamentos de attachment, ou apresentavam pouco, parecendo indiferentes aos adultos, e desviando o olhar, facto que associa ao desenvolvimento cognitivo da criança, de acordo com os trabalhos de Piaget. Só depois de conceber uma pessoa como permanente e independente dela, é que a pode procurar, na sua ausência.

Bowlby considera errónea a distinção feita por Freud entre angústia realística, perante um perigo conhecido, e neurótica, perante um perigo desconhecido, visto que qualquer criança tem medo de ficar só, de ficar no escuro, ou ao lado de estranhos, não sofrendo todas de neurose.

Segundo o autor, "Em termos genéricos, portanto, cabe dizer que o apego a uma figura materna se torna regularmente mais organizado durante a segunda metade do primeiro ano de vida, e que o mesmo acontece com o afastamento diante de situações geradoras de medo".

Bowlby aponta, como experiências que reduzem a susceptibilidade ao medo, a habituação e a aprendizagem observacional (com ou sem participação com ajuda). Descreve, também, como experiências que aumentam a susceptibilidade ao medo, as experiências amedrontadoras, as histórias ouvidas e as ameaças.

Bowlby considera que, inicialmente, a presença, ou ausência real, de uma figura de apego é a variável dominante, até por volta do terceiro aniversário, que determina se a pessoa ficará ou não alarmada face a qualquer situação potencialmente alarmante; depois, tornam-se crescentemente importantes os prognósticos relativos à disponibilidade (acessível e receptiva) dessa figura (a confiança ou falta dela), e após a puberdade estes são a variável dominante.

Bowlby teoriza que cada pessoa constrói modelos funcionais do mundo (nestes incluem-se quais as figuras de apego, onde podem ser encontradas e como respondem) e de si própria, nesse mundo (quão aceitável ou não ela é para as figuras de apego), prevendo o futuro e planeando a partir deles. Faz prognósticos quanto à acessibilidade e receptividade das figuras de attachment, se as procurar em busca de apoio - o

sentimento de confiança, ou de medo (na disponibilidade do outro) depende da estrutura destes modelos.

“Assim, uma criança desprezada tende não apenas a sentir-se não querida pelos pais como, ainda, a crer que é essencialmente (ou seja, por todos) indesejada”. Sendo que o contrário também é possível (amada por todos).

Bowlby, baseando-se nas evidências de Freud, considera que vários modelos funcionais, quer das suas figuras de attachment, quer de si própria, actuam simultaneamente em cada pessoa, podendo ser radicalmente incompatíveis e, um deles, inteira ou relativamente desconhecido para a pessoa, causando perturbação emocional.

Bowlby contesta, na sua teoria, que “os estados mentais de angústia crónica ou de persistente desconfiança sejam característicos de fases normais ou saudáveis de desenvolvimento”, mas resultado de respostas inadequadas ou inapropriadas de apego na infância.

Segundo este autor, “ (...) o apego com angústia desenvolve-se não porque a criança tenha sido excessivamente mimada, como algumas vezes se diz, mas porque as experiências a levaram a construir um modelo de figura de apego que vem a mostrar-se inatingível e/ou não receptivo quando a criança é submetida, tanto mais seguro tende a ser o seu apego; quanto mais descontínuo e imprevisível o regime, tanto mais angustiado seu apego.”

“Algumas crianças submetidas a um regime imprevisível parecem desesperar-se. Em vez de desenvolverem apego com angústia, tornam-se mais ou menos desapegadas, aparentemente não confiando nos outros, nem com eles se importando. Com frequência têm comportamento agressivo, são desobedientes e prontas ao revide. Isso ocorre muito mais frequentemente com meninos, não obstante o agarramento com angústia seja mais comum nas meninas.”

CAPITULO 3

3.1 BREVE ABORDAGEM DA CONSTRUÇÃO DO PENSAMENTO

3.1.1 NA PERSPECTIVA DE BION

Bion descreve-nos todo um aparelho específico para “pensar o pensamento”, aparelho este que faz parte do psiquismo humano, e que, sem o qual, o uso dos pensamentos epistemológicos pré-existentes não era possível.

Observamos, então, que neste aparelho estão presentes dois mecanismos, a saber: por um lado, há uma relação dinâmica entre o conteúdo (o que é projectado) e o continente (objecto contendente); por outro lado, há uma relação dinâmica entre as posições esquizo-paranóide e depressiva.

Através destes mecanismos, e pouco a pouco, vai-se formando o aparelho psíquico do bebé e, com ele, a capacidade de “pensar os pensamentos”.

Assistimos, então, a uma sequência de funcionamentos interactivos. O bebé, no seu ideal, interioriza mentalmente um “par feliz”, que será a junção de uma mãe adequada, receptiva e metabolizadora, portanto, com uma função continente, função esta que é passada à criança através da função alfa dos sentimentos projectados pela criança. Também variadas emoções do bebé (o que corresponderá ao conteúdo) são expressas através da identificação projectiva.

A capacidade de “revêrie” (capacidade de estar aberta às capacidades e projecções do bebé) por parte da mãe, leva a um funcionamento harmonioso entre a mãe e o bebé, de modo a que o bebé, sentindo-se confortável na sua relação, tenha espaço para crescer saudavelmente. Há, na mãe, uma espécie de continente afectivo que

poderosamente transforma a fome em satisfação, dor em prazer, saudade em companhia, o medo de estar a morrer em tranquilidade.

À partida, podemos definir “continente-conteúdo” como “um espaço de pensamento e comunicação entre a mãe e o bebé, ou entre duas pessoas que têm uma relação emocional íntima” (Meltzer, D.; 1984).

O continente-conteúdo visto - já o dissemos anteriormente - como “um modo de descrever o espaço do pensamento e da comunicação humana” sobrepõe-se parcialmente a um exercício de identificação projectiva. Vimos, então, que numa parte do mecanismo continente-conteúdo intervém a identificação projectiva colocada ao serviço da comunicação. Devemos, no entanto, constatar que há uma independência inevitável das qualidades do “recipiente” invocado.

Se a projecção é sentida como uma intrusão ou como uma invasão, entramos no campo da psicopatologia, ao invés do domínio do pensamento e da criação. Aqui a mãe toma consciência da projecção, mas expulsa-a porque é sentida como uma invasão intrusiva, e o bebé angustia-se dando origem a que Bion chamou “terror sem nome”.

Neste mecanismo de projecção, poderá surgir, ainda, uma outra situação, que culmina no campo da psicopatologia, a saber: a projecção está presente na mãe como resultado de uma “loucura a dois” na relação mãe-bebé.

Os mecanismos graduais que o bebé vai experimentando, à medida que o seu aparelho psíquico vai evoluindo, permite-lhe, cada vez mais, “pensar os pensamentos”.

Uma das principais sensações do bebé é a sensação de fome e face à resposta (positiva ou negativa) que a mãe vai dar a esta sensação o bebé vai reagir diferentemente, em termos psíquicos. Se o bebé chora porque tem fome, e a mãe não aparece naquele momento para saciar esta sensação desagradável, há uma fusão entre uma pré-concepção (expectativa inata do seio) e uma realização negativa (ausência do seio gratificante). O bebé passa a ver o seio, não como uma coisa em si mesma

(elemento beta), mas como uma coisa desagradável (sensação do não-seio), e como tal tende à sua evacuação.

Se, por outro lado, o bebé chora porque tem fome e a mãe aparece naquele momento exacto e com o seu “seio gratificante” satisfaz o bebé, aquilo que se vai passar a nível psíquico é totalmente diferente do que acontece na situação nomeada anteriormente. Há, então, uma fusão entre a pré-concepção (expectativa inata do seio) e uma realização positiva (seio bom-gratificante): assim o bebé interioriza uma boa qualidade sensório-perceptiva. Quando falamos da evacuação do “mau seio”, estamos a falar de uma evacuação que se faz no seio real através de uma identificação projectiva real. A mãe transforma (com a sua capacidade de “revêrie”) o que é sentido como desagradável (relacionado com o “mau seio”), refugiando-se no bebé.

O bebé forma a sua função alfa (o amor da mãe para além da experiência sensorial), voltando a introjectar a experiência emocional agora modificada. Podemos também ver como a intolerância inata, ou a tolerância inata à frustração, poderão estar na origem de um desenvolvimento de uma capacidade de “pensar os pensamentos” ou, pelo contrário, de uma ausência desta mesma capacidade.

Se estamos perante um bebé com uma boa tolerância inata à frustração, e a sua “inveja” não é demasiadamente intensa face ao que experimentou como realização negativa, então temos, segundo Bion, a primeira noção de ausência de objecto e de frustração – será o pensamento em si. Temos, agora, um pensamento oriundo de uma neo-realização originando a base de outro pensamento, seguindo-se muitos outros pensamentos, num movimento sucessivo. Se, por outro lado, estamos perante um bebé que demonstra uma tolerância inata à frustração, que teve origem numa inveja muito intensa, constatamos uma espécie de compensação desta frustração através de um desenvolvimento do exercício de identificação projectiva. Torna-se, assim, mais

omnipotente, sem dar atenção à presença real de um objecto – continente que foi sentido como frustrante. Este bebé, ao invés de ter desenvolvido a noção de ausência de objecto e de frustração, e porque esta frustração lhe é particularmente dolorosa, refugiou-se num mecanismo de evacuação permanente, através do exercício de identificação projectiva. Assim, desenvolverá uma vivência psíquica na qual não haverá bases, segundo Bion, para pensar os pensamentos: “a sua mente funcionará como um músculo de descarga – continuamente elementos Beta “ (Grinberg, 1991).

CAPITULO 4

4.1 BREVE ABORDAGEM SOBRE A AQUISIÇÃO DA TEMPORALIDADE NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Quando falamos de tempo, deparamo-nos com uma objectividade/subjectividade referente ao mesmo.

O tempo real apresenta uma dimensão objectiva que não coincide, necessariamente, com o tempo psicológico, este mais subjectivo e “determinado por forças dinâmicas do psiquismo, sendo pessoal e experiencial “ (Pereira, 1998).

Anna Freud (1965) refere que o modo como a criança experimenta um determinado tempo “... dependerá , não da sua actual duração, medida objectivamente pelo adulto, pelo calendário, pelo relógio, mas das relações internas subjectivas de cada qualquer dominância do id ou do ego sobre o seu funcionamento”.

Sendo, portanto, o tempo na primeira infância considerado mais subjectivo e dependente das instâncias psíquicas do que em qualquer outra fase da vida, este torna-se indutor da suportabilidade, ou não, do tempo real de institucionalização a que os bebés são expostos.

Segundo Pereira (1998), nos primeiros anos de vida, em que o ego ainda não está desenvolvido, a organização do tempo (distinção passado/presente/futuro, e duração do acontecimento) começa a esboçar-se primeiro nos ritmos biológicos do bebé (pulsação, respiração), logo seguido pela indução da interacção materna dos ritmos sono/vigília e na satisfação das necessidades primárias.

A interacção materna de um contacto afectivo com o bebé - através do tacto, das vocalizações, etc -, na indução dos ritmos sono-vigília e do saciar da fome, leva a que o bebé tenha experiências de gratificação e satisfação, através das quais se começa a estruturar o seu ego. Podemos, então, constatar que na interacção materna, a satisfação, em tempo adequado, das necessidades primárias do bebé e da indução dos ritmos de sono, leva a que o bebé interiorize os seus primeiros padrões temporais e que dê início à estruturação do seu ego.

“O que era biológico torna-se psicológico, experienciado no ego infantil como parte da relação com o objecto emergente” (Pereira, 1998).

Verificamos que, apesar de um bebé não aceder ainda ao conceito de tempo, não só interioriza já as experiências ambientais de gratificação/frustração, como adquire a noção do tempo necessário para passar de uma sensação de prazer a uma sensação de desprazer.

Segundo Erikson (citado por Pereira, 1998), o fracasso da criança “ para aliviar a frustração rapidamente conduz a momentos de impotente fúria e a uma obliteração do sentido do tempo, enquanto a percepção de cada próxima satisfação a partir dela, dá tempo na infância a uma altamente condensada qualidade de intensa esperança e decepção medrosa que contribui com elementos temporais para a formação da confiança básica”

A mãe é o objecto-modelo para o bebé que, primeiro, reproduz os ritmos induzidos pela mãe e só à medida que vai desenvolvendo as relações de objecto (o *self*,

a memória e a função sintética) é que vai tornando internos esses ritmos e as consequentes concepções temporais inicialmente *mecanizadas*.

A noção de continuidade também é introduzida pela mãe, quando, por exemplo, interrompe a exploração motora da criança no ambiente envolvente.

A importância de uma figura objectal única e continuada é fundamental para o desenvolvimento da criança. A partir da altura em que "... o objecto transaccional esteja controlado pela criança através da actividade mental e da acção motora, ela pode manipular as imagens mentais e a representação externa – fazendo-as vir e ir. O presente torna-se passado e o passado torna-se presente" (Pereira, 1998).

As crianças institucionalizadas desde muito cedo, e sem uma representação mental de permanência de objecto, apresentam uma temporalidade confusa e reagem com fraca tolerância à frustração da separação, pelo facto de não conseguirem, por muito tempo, manter uma representação mental do objecto de amor ausente. No caso de este objecto de amor nunca ter existido desde o início da vida, estas crianças apresentam potenciais graves lacunas na interiorização da temporalidade e na construção do ego.

Segundo Piaget (citado por Pereira, 1998), é depois do primeiro ano de vida que a criança, paralelamente, desenvolve a linguagem e interioriza completamente a noção de tempo. Hartocollis (citado por Pereira, 1998) "relaciona esta linguagem e o desenvolvimento cognitivo com a continuada diferenciação do id e do ego e para uma consolidação do sentido do passado, presente e futuro...".

Pereira relaciona directamente a aquisição da noção de tempo por parte da criança, e o modo como se elabora a permanência do objecto de amor, com a introjecção deste mesmo objecto na satisfação das necessidades e na indução/controlo da frustração.

Deste modo, o autor sugere três fases na evolução da interiorização do tempo, a saber: "o tempo torna-se mais contido em si próprio e internalizado, menos dependente da presença ou

ausência da mãe... mas ainda é largamente relacionado às introjecções maternas, passado presente, e futuro... começam a ter continuidade como experiência psíquica, com a constância objectal, a capacidade para um sentido de duração é estabelecida pela primeira vez..." (Pereira, 1998).

PARTE II : ESTUDO PRÁTICO

CAPITULO 5

5.1 OBJECTIVOS, PROBLEMA ,MÉTODOS E INSTRUMENTOS

OBJECTIVOS:

- Compreender como se desenvolve o estilo relacional (padrões de vinculação) dos bebés abandonados que são sujeitos a viver os primeiros anos de vida em Centros de Acolhimento, onde o substituto materno é rotativo (as educadoras trabalham por turnos), e em que, na mesma casa, vivem várias dezenas de crianças.
- Compreender a relação entre os padrões de vinculação e o desenvolvimento global da criança, como sendo as áreas de locomoção, pessoal-social, audição/linguagem, coordenação olho-mão e realização (Griffiths).

PROBLEMA :

Será que as crianças sujeitas, primeiro, a um abandono muito precoce, e, posteriormente, a uma inserção num Centro de Acolhimento, durante os 2 primeiros anos de vida, sofrem, por isso, graves lacunas no seu desenvolvimento global?

AMOSTRA :

- 10 crianças com idades compreendidas entre os 11 meses e os 24 meses que permanecem em Centros de Acolhimento há, pelo menos, 10 meses.

INSTRUMENTOS :

- Escala de desenvolvimento - GRIFFITHS MENTAL DEVELOPMENT SCALES de Ruth Griffiths.
- Escala para medir os índices de retirada da relação - BABY ALARM DISTRESS SCALE (BADS), I.P.P., 1996
- Grelha da observação da interação da criança com o substituto materno (baseada em Brunet-Lézine)
- Observação livre da interação das crianças com os pares

PROCEDIMENTOS:

Realizaremos os testes no Centro de acolhimento onde as crianças se encontram.

Primeiramente recolheremos os dados sociais junto da técnica de serviço social responsável por cada caso, seguidamente recolheremos os dados pediátricos junto da pediatra.

Numa Segunda fase, será feita uma observação livre de cada criança para observarmos as suas interações com os pares, seguindo-se o preenchimento da grelha

de interação (baseada em Brunet-Lézine) - aqui será avaliada a interação da criança com a educadora (substituto materno), responsável pelo grupo.

Por fim, a criança virá conosco para uma sala de observação onde através da BADS, já citada na descrição dos instrumentos, observaremos, na criança, os comportamentos de retirada da relação, quando num meio estranho. No mesmo contexto, aplicaremos a escala de desenvolvimento Griffiths.

Este será um estudo exploratório, onde a análise mais detalhada será do tipo qualitativo e onde procuraremos compreender, nas várias vertentes, cada criança que constitui a amostra. Assim sendo, identificaremos sempre (mesmo na análise gráfica), as crianças enquanto sujeitos, salientando que as várias vertentes analisadas fazem parte de um todo singular em cada criança.

CAPITULO 6

6.1 DADOS SOCIAIS

As crianças têm idades compreendidas ente os 11 e os 24 meses.

Dos dez casos, apenas em três (Ana, Pedro e Maria) aparece a figura materna e paterna durante o processo de institucionalização. Apenas no caso do João, aparece a família alargada (avó). No caso do Rui, da Paula e da Ana as visitas da mãe e/ou pai têm uma periodicidade regular potenciando a vinculação da criança com uma figura

parental. Todas as crianças apresentam doenças somáticas durante a institucionalização, com uma incidência maciça nas infecções respiratórias.

Cinco das dez crianças são retiradas da família por ordem do tribunal e as outras cinco crianças são abandonadas pela família (Quadro 2). A causa da institucionalização é quase sempre a negligência dos cuidados básicos – sociais e/ou afectivos com a criança. A desorganização familiar deriva na grande maioria de famílias ligadas à prostituição e/ou toxicoddependência. No caso do Rui, da Maria e da Paula existe patologia mental materna, e, no caso do Pedro, existe patologia mental paterna.

O Ricardo, o Pedro, o Rui, o João e a Inês estão institucionalizados desde a nascença. A Inês tem 16 meses e ainda não tem o encaminhamento definido. O Ricardo, o Pedro, o Rui e o João, com respectivamente 12, 11, 16 e 11 meses, têm definido o encaminhamento para adopção sem que estejam de momento, e segundo os técnicos inseridos nestes projectos de vida, em situação *adoptável*.

A Rita, a Ana, a Maria, a Rute e a Paula foram institucionalizadas tendo anteriormente coabitado com a família.

NOME	Data Nasc.	Causa de Admissão	Visitas da família no CAO	Doenças no CAO	Encaminhamento	Abandona da pela família	Retirada pelo tribunal
Rita	01.09.96	Negligência e sem condições socio-económicas	Mãe	Convulsões Infecções urinárias Infecções respiratórias	Não definido	X	
Ana	13.12.95	Pais toxicod dependentes sem família alargada / a morar numa fábrica abandonada	Mãe e Pai	Infecções respiratórias	Não definido		X
Ricardo	16.07.96	Mãe prostituta e alcoólica / abandono na maternidade	Sem visitas	Possibilidade de desenvolvimento comprometido por embriofectopatia alcoólica / infecções respiratórias repetidas	Adopção	X	
Pedro	28.09.96	Mãe toxicod dependente e prostituta / Pai com patologia mental	Visitas do pai e mãe após o nascimento na maternidade / proibição das visitas do pai no CAO por agressões múltiplas a técnicos e ao filho	Infecções respiratórias graves / vários internamentos hospitalares / alergias várias	Adopção	X	
Rui	13.11.96	Mãe prostituta / esquizofrénica	Mãe (diariamente até à sua morte)	Infecções respiratórias	Adopção (só após a morte da mãe)		X

(Continuação do quadro anterior)

NOME	Data Nasc.	Causa de Admissão	Visitas da família no CAO	Doenças no CAO	Encaminhamento	Abandona da pela família	Retirada pelo tribunal
Maria	18.01.97	Negligência dos cuidados básicos / mãe débil	Pai e Mãe	Otites repetidas / infecções respiratórias repetidas	Indefinido		X
João	18.08.96	Mãe toxicod dependente / negligência	Visitas esporádicas da mãe e avó	Síndrome de privação de tóxicos / infecções respiratórias	Adopção	X	
Inês	03.11.96	Mãe prostituta / negligência socio-afectiva	Sem visitas	Infecções respiratórias	Indefinido	X	
Rute	19.12.96	Negligência socio-afectiva	Sem visitas	Infecções respiratórias	Indefinido		X
Paula	10.03.96	Mãe com crises psicóticas	Mãe	Otites repetidas / infecções respiratórias repetidas	Regresso para a mãe com apoio de Jardim Infantil		X

QUADRO 1 – Dados Sociais

Nota: Considera-se inserida no item **abandonada** a criança que está institucionalizada por iniciativa da família e considera-se inserida no item **retirada** a criança que se encontra institucionalizada por intervenção das autoridades

Nº de crianças retiradas da família por ordem do Tribunal	5
Nº de crianças abandonadas pela família	5

QUADRO 2: Motivação familiar aquando da entrada no CAO

6.2 DADOS PEDIÁTRICOS

Apenas a Ana, a Maria e a Rute não registaram internamentos hospitalares durante a institucionalização, apresentando, no entanto, vários episódios de infecções respiratórias. O Pedro, a Inês, a Paula, o João e o Ricardo apresentam o maior número de internamentos hospitalares, todos por infecções respiratórias.

Só a Paula não teve cuidados hospitalares durante ou após o nascimento.

O Ricardo, o Pedro, o João, a Inês, e a Rute têm uma idade de gestação de 35, 33, 32, 31 e 35 semanas respectivamente. Todas as outras crianças nasceram de gravídezes de termo.

Apenas a gestação da Ana, da Maria, da Rute e da Paula nunca foram vigiadas. No entanto, não se sabe com que periodicidade as outras gestações foram medicamente assistidas.

À exceção da Inês e do João, que nasceram respectivamente com 1375 e 1870 grs., todas as outras crianças nasceram com um peso entre as 2110 e as 2800 grs.

O comprimento da Inês à nascença foi de 39 cm e as restantes crianças nasceram com um comprimento entre os 42 e os 48 cm. O perímetro cefálico da Inês foi de 26,5 cm e do João de 29,5 cm. Nas outras crianças, o perímetro cefálico oscila entre os 31 e os 34,5 cm.

Os índices de vitalidade à nascença mostraram-se problemáticos para a Inês com um APGAR de 3-7-9 com reanimação, para a Rute com um APGAR de 1-6-9 com reanimação e para o João com um APGAR de 3-7-9 com reanimação.

	INTERNA MENTOS		DADOS DE NASCIMENTO							DOEN ÇAS	
	N	Causas	L. Gest.	P.N. (gr.)	C. cm	P. C. (cm)	A P G A R	G. não vigi Ada	G. vigi Ada		Local de Nasci- Mento
Rita	2	Convulsões e infecções urinárias	De termo	2800	48	34	8-9		X	Hosp.	Infecções respirató- rias Convul- sões
Ana	0	0	De termo	2550	46	32,5	-	X		Ambulá ncia	Infecções respirató- rias Otite
Ricardo	3	Infecções respiratórias / broncolite	36 semanas	2430	44	34,5	-		X	Casa – trasport ado para o Hosp.	Infecções respirató- rias
Pedro	5	Asma	33 semanas	2110	42	31	9-10		X	Hosp.	Infecções respirató- rias graves Alergias
Rui	2	Infecções respiratórias	De termo	2730	47	34	9-10		X	Hosp.	Infecções respirató- rias
Maria	0	0	De termo	2500	46	34	9-10	X		Hosp.	Infecções respirató- rias otites
João	3	Infecções respiratórias	32 semanas	1870	47	29,5	3-7- 9 (r.)		X	Hosp.	Infecções respirató- rias
Inês	4	Infecções respiratórias	31 semana	1375	39	26,5	3-7- 9 (r)		X	Hosp.	Infecções respirató- rias
Rute	0	0	35 semanas	2700	47	33	1-6- 9 (r)	X		Hosp.	Infecções respirató- rias
Paula	3	Infecções respiratórias	De termo	2800	48	33	9-10	X		Casa	Infecções respirató- rias

QUADRO 3 : Dados Pediátricos

Nota: onde aparece (-) não houve acesso aos dados do item a que se refere
onde aparece (0) não houve ocorrências no item a que se refere

Legenda:

N – número

I.Gest. – idade de gestação

P.N. – peso à nascença
 C – comprimento à nascença
 P.C. – perímetro cefálico
 G.- gravidez
 R – reanimação
 Hosp. – hospital

6.3 DADOS PSICOLÓGICOS DO DESENVOLVIMENTO⁽¹⁾

6.3.1 DESENVOLVIMENTO

Na análise do desenvolvimento global através da Griffiths, podemos observar que a área da *locomoção* é a que apresenta índices mais altos e que a área da *audição/linguagem* é a que apresenta índices mais baixos.

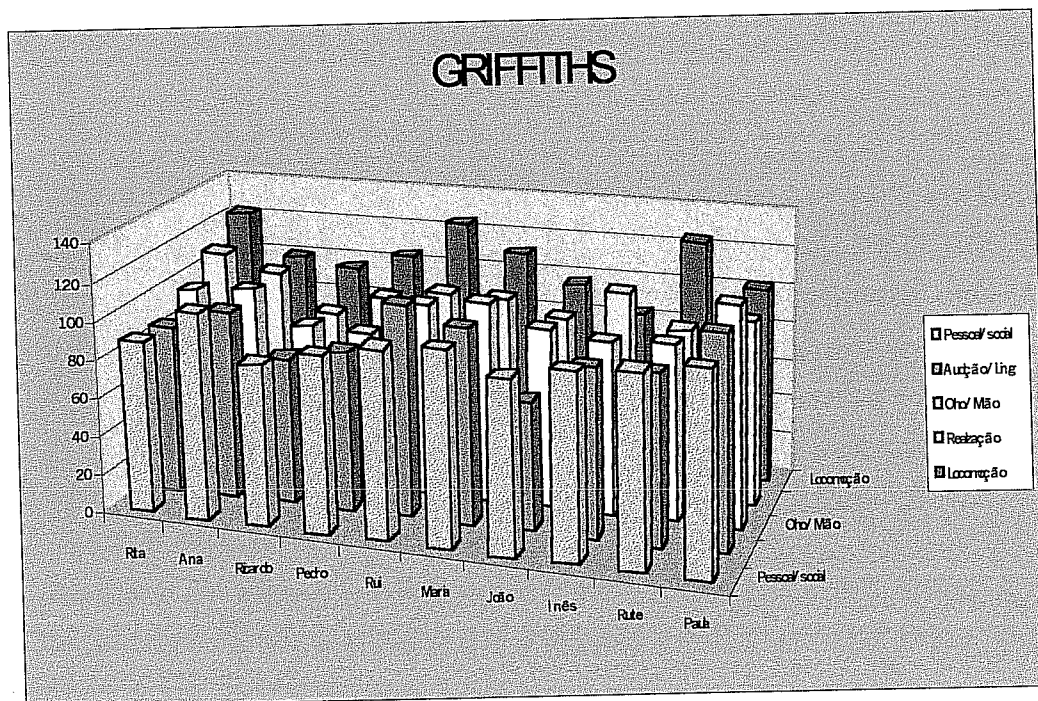


GRÁFICO 1 : Dados da Griffiths

(1) escala da Griffiths mental development scales de Ruth Griffiths em anexo

A área da *locomoção* apresenta um índice médio de 106.53 %, apresentando resultados abaixo dos 100% o Ricardo, o João e a Inês.

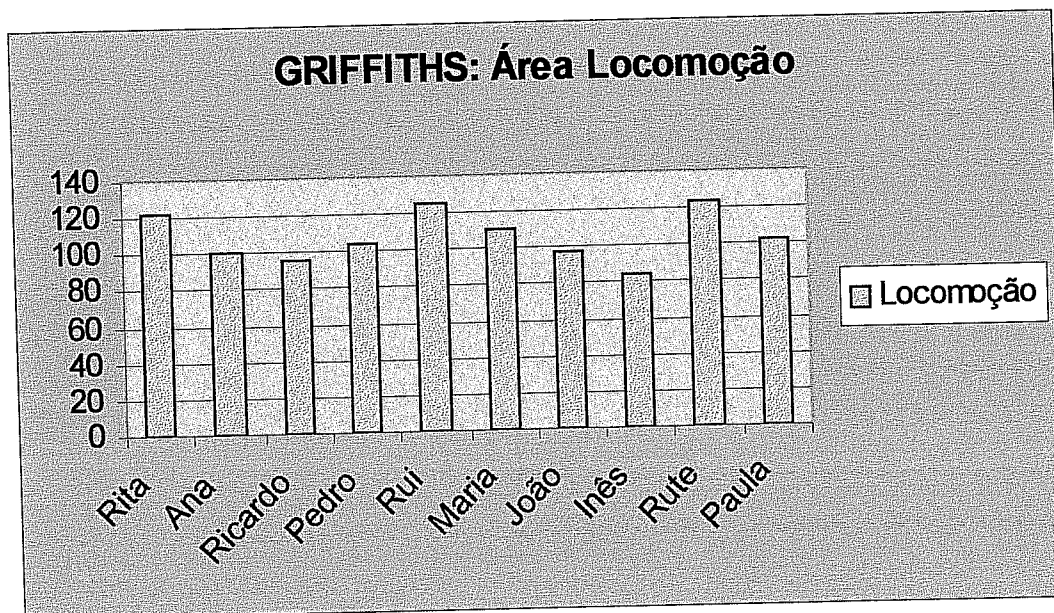


GRÁFICO 1.1 : GRIFFITHS – Área de Locomoção

A área *pessoal/social* apresenta um índice médio de 95,11 % , sendo que a Ana e a Paula ultrapassam os 100%, a Rute e a Maria atingem os 100%, e a Inês e o Rui aproximam-se muito dos 100%. Os valores mais baixos são os referentes ao Ricardo.

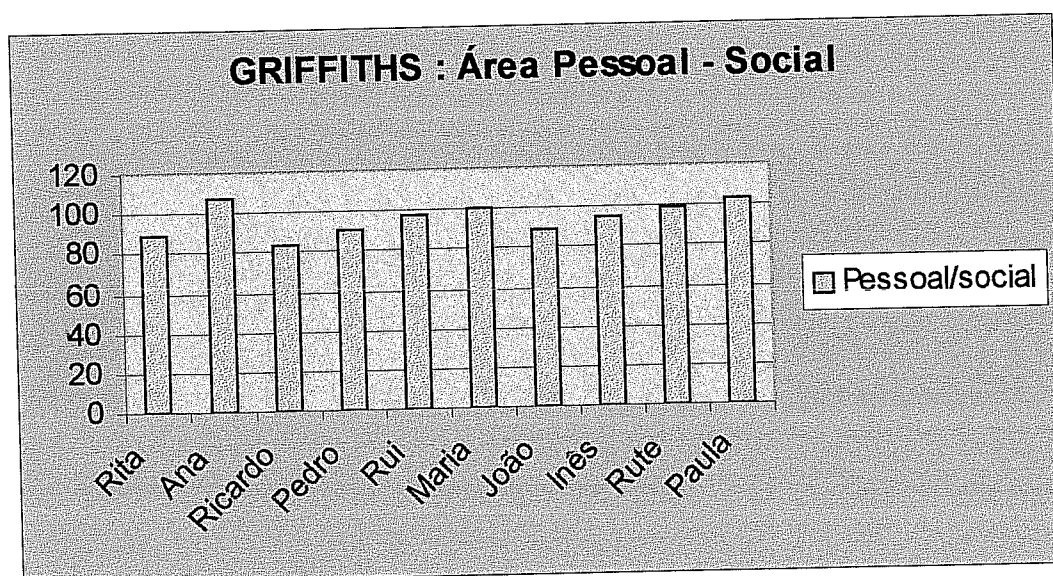


GRÁFICO 1.2 : GRIFFITHS – Área Pessoal/Social

A área da *audição/linguagem* apresenta um índice médio de 89,96% , sendo que o Rui e a Paula ultrapassam os 100%, a Maria atinge os 100% e a Ana aproxima-se muito dos 100%. O João, o Ricardo e o Pedro apresentam índices muito baixos.

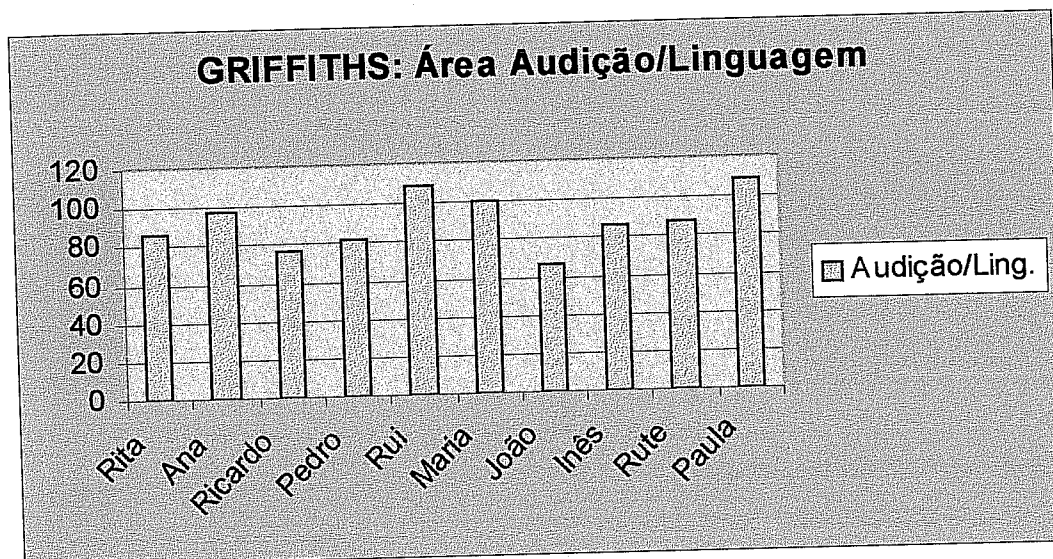


GRÁFICO 1.3 : GRIFFITHS – Área Audição/Linguagem

A área *olho/mão* apresenta um índice médio de 95,19 % , sendo que ultrapassam os 100% a Paula e a Maria, atingem os 100% a Ana e o Rui e a Rita aproxima-se muito dos 100%. O Pedro e o Ricardo são as crianças que apresentam índices mais baixos.

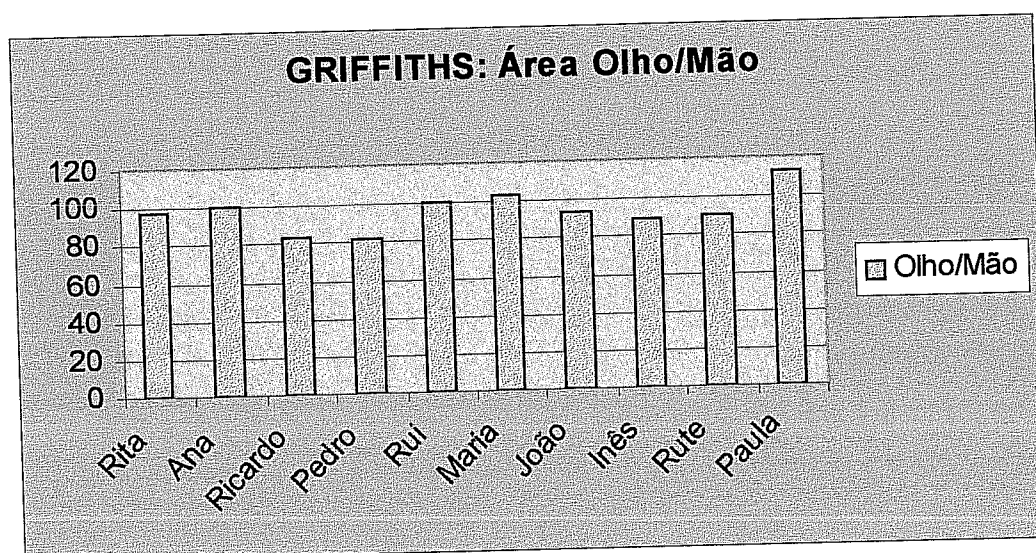


GRÁFICO 1.4 : GRIFFITHS – Olho/Mão

A área da *realização* apresenta um índice médio de 94,82 %, sendo que a Rita e a Inês ultrapassam os 100%, a Ana atinge os 100% e o Rui, a Maria e a Paula aproximam-se muito dos 100%. O índices mais baixos são apresentados pelo Ricardo, pelo Pedro, pelo João e pela Rute.

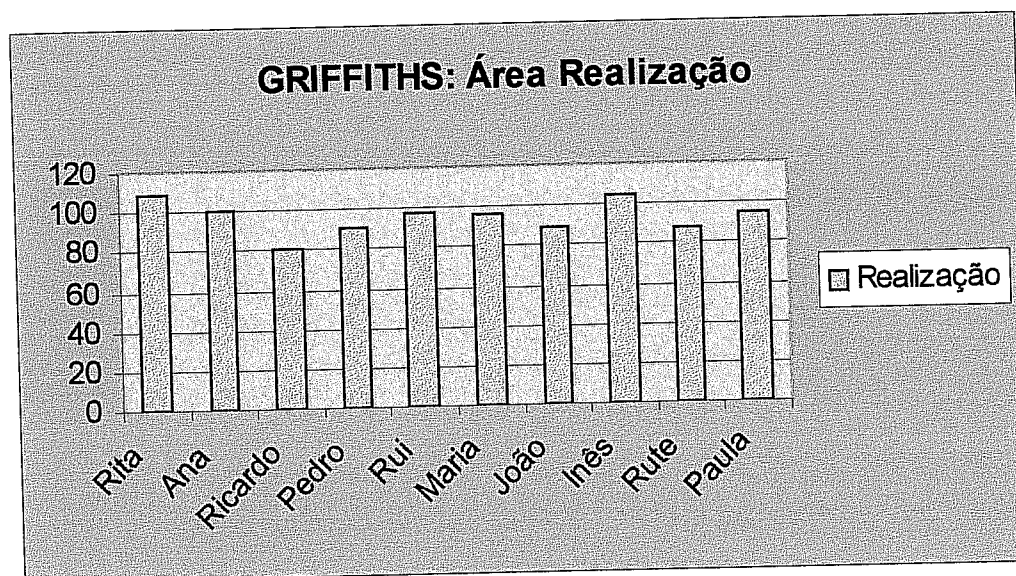


GRÁFICO 1.5 : GRIFFITHS – Realização

O Quociente Geral apresenta um valor médio de 96,78 %, sendo que o Rui, a Paula, a Maria, a Ana e a Rita ultrapassam os 100%, e a Rute aproxima-se muito dos 100%. O Ricardo e o Pedro apresentam os índices mais baixos.

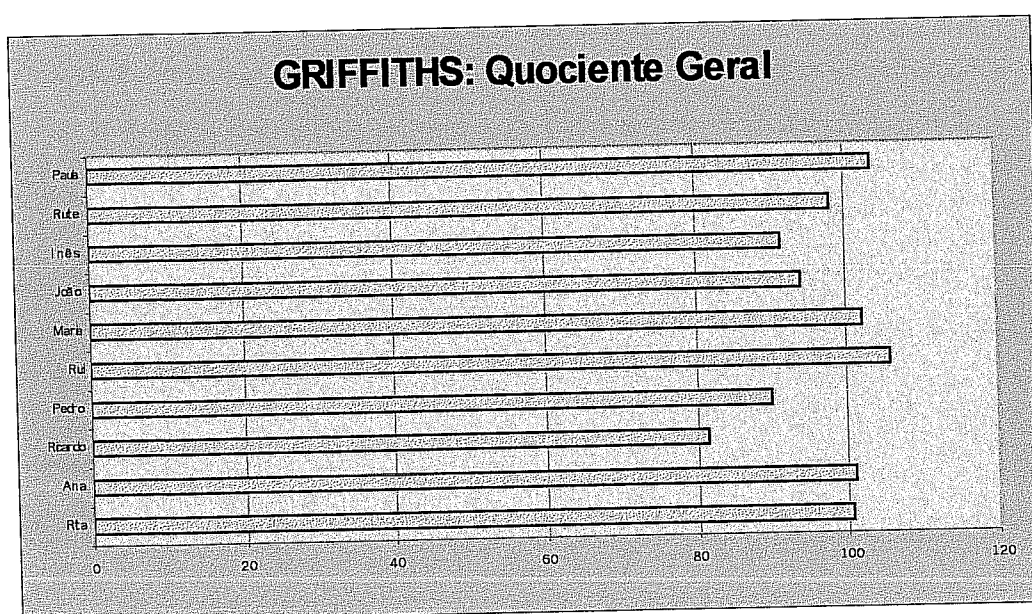


GRÁFICO 2 : GRIFFITHS – Quociente Geral

A Rita apresenta um perfil de desenvolvimento desarmonico, oscilando entre os 86,1 % (audição/linguagem) e os 122,2 % (locomoção). Na área *pessoal/social*, também apresenta um desenvolvimento baixo.

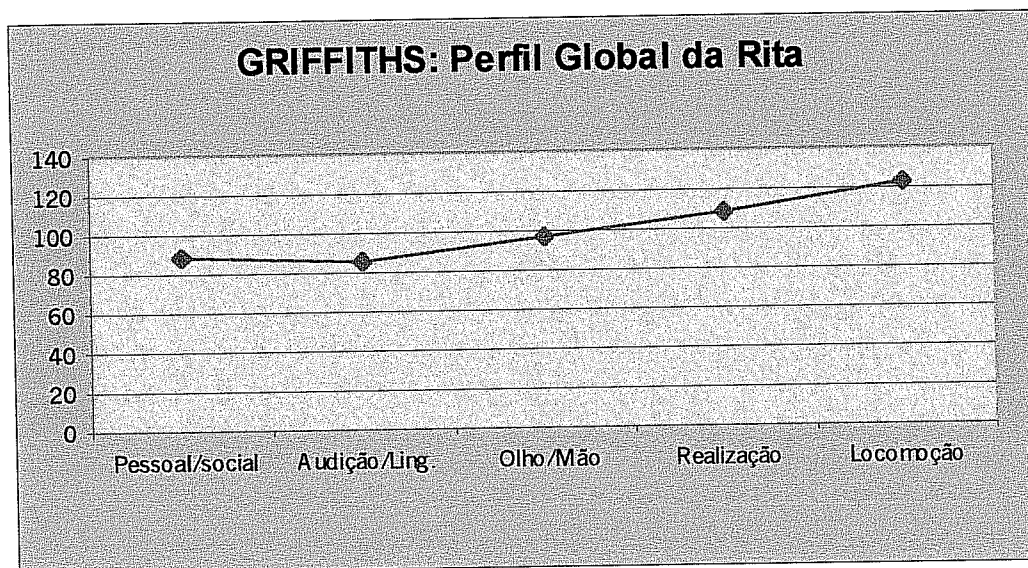


GRÁFICO 2.1 : GRIFFITHS – Perfil Global da Rita

A Ana apresenta um perfil de desenvolvimento normal para a sua faixa etária, sem grandes oscilações, sendo que as áreas que apresentam alguma oscilação são a área de *locomoção*, com o índice de desenvolvimento mais alto, e a área *audição/linguagem* com o índice de desenvolvimento mais baixo.

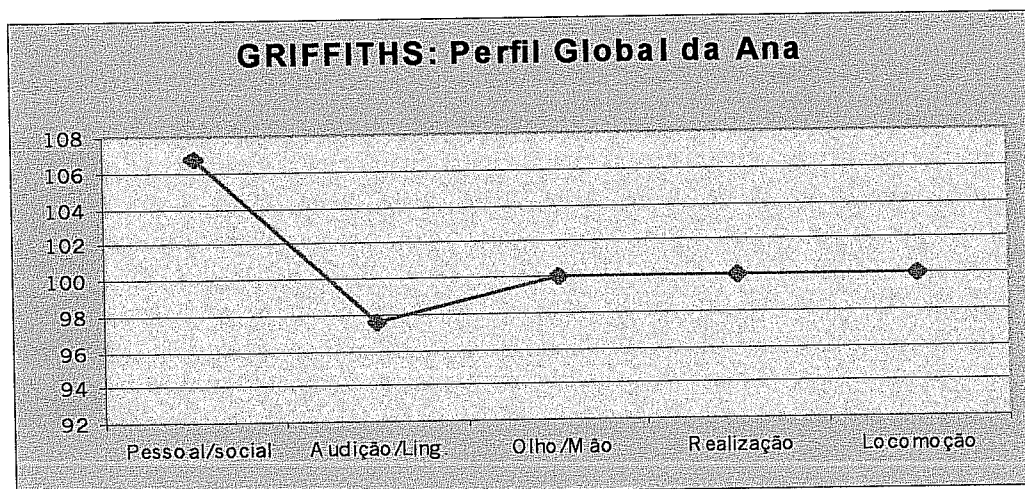


GRÁFICO 2.2 : GRIFFITHS – Perfil Global da Ana

O Ricardo apresenta um perfil de desenvolvimento abaixo do normal para a sua faixa etária, sem grandes oscilações, sendo que as áreas que apresentam alguma oscilação são a área de *locomoção*, com o índice de desenvolvimento mais alto, e a área *audição/linguagem*, com o índice de desenvolvimento mais baixo.

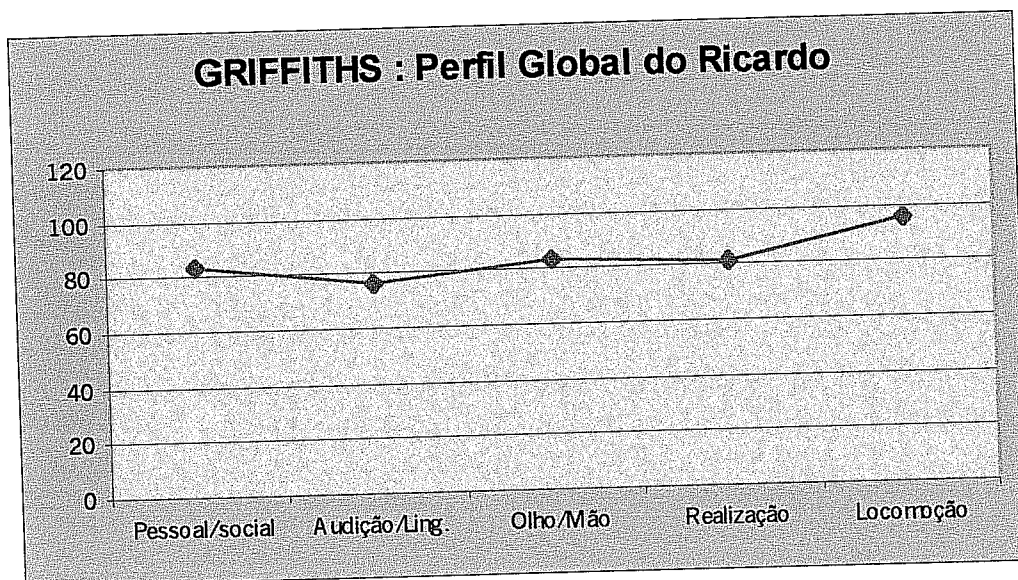


GRÁFICO 2.3 : GRIFFITHS – Perfil Global do Ricardo

O Pedro apresenta um perfil de desenvolvimento desarmónico, oscilando entre os 81,8% (nas áreas *audição/linguagem* e *olho/mão*) e os 104,5% (na área de *locomoção*).

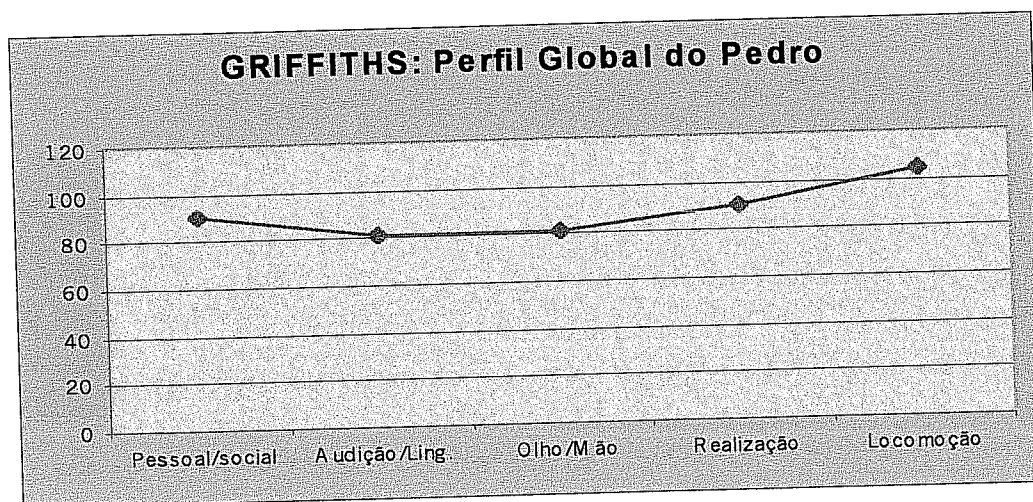


GRÁFICO 2.4 : GRIFFITHS – Perfil Global do Pedro

O Rui apresenta um perfil de desenvolvimento normal para a sua faixa etária, não apresentando grandes oscilações. No entanto, destacam-se as áreas de *audição/linguagem* e *locomoção* com um desenvolvimento acima da média para a sua faixa etária.

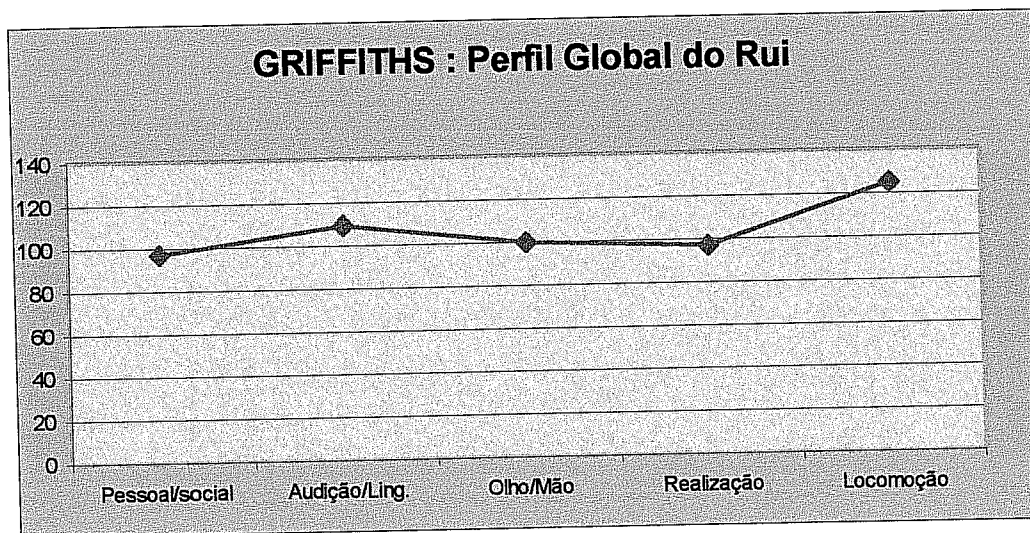


GRÁFICO 2.5 : GRIFFITHS – Perfil Global do Rui

A Maria apresenta um perfil de desenvolvimento normal para a sua faixa etária, não apresentando grandes oscilações. No entanto, destacam-se as áreas de *locomoção* e *olho/mão* com um desenvolvimento acima da média para a sua faixa etária.

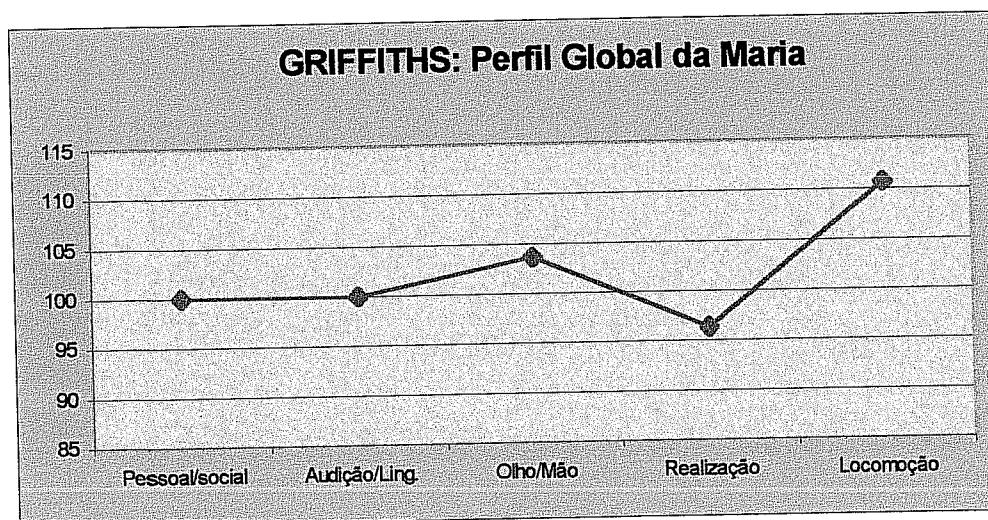


GRÁFICO 2.6 : GRIFFITHS – Perfil Global da Maria

O João apresenta um perfil de desenvolvimento abaixo daquele que é esperado para a sua faixa etária, sendo de destacar a área *audição/linguagem* como aquela onde há um desenvolvimento mais deficitário.

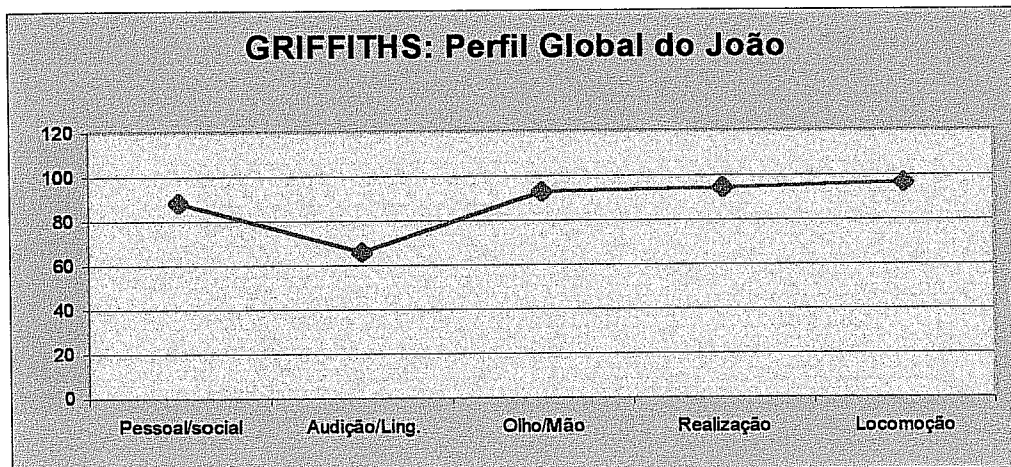


GRÁFICO 2.7 : GRIFFITHS – Perfil Global do João

A Inês apresenta um perfil de desenvolvimento abaixo daquele que é esperado para a sua faixa etária, sendo de destacar a área de *realização*, com um desenvolvimento acima da média, e a área *pessoal/social*, que se aproxima muito dos 100%.

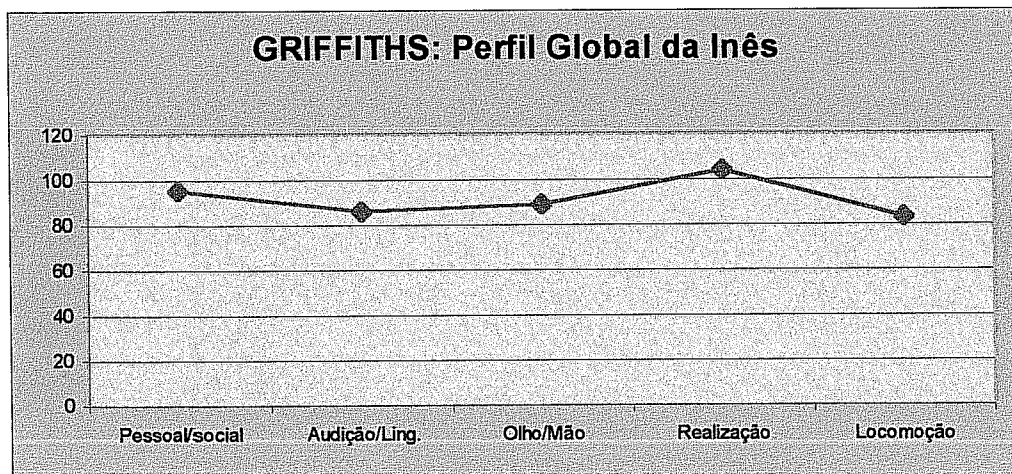


GRÁFICO 2.8 : GRIFFITHS – Perfil Global da Inês

A Rute apresenta um perfil de desenvolvimento desarmónico oscilando entre os 87,3% (nas áreas de realização e olho/mão) , e os 124% (na área de locomoção).

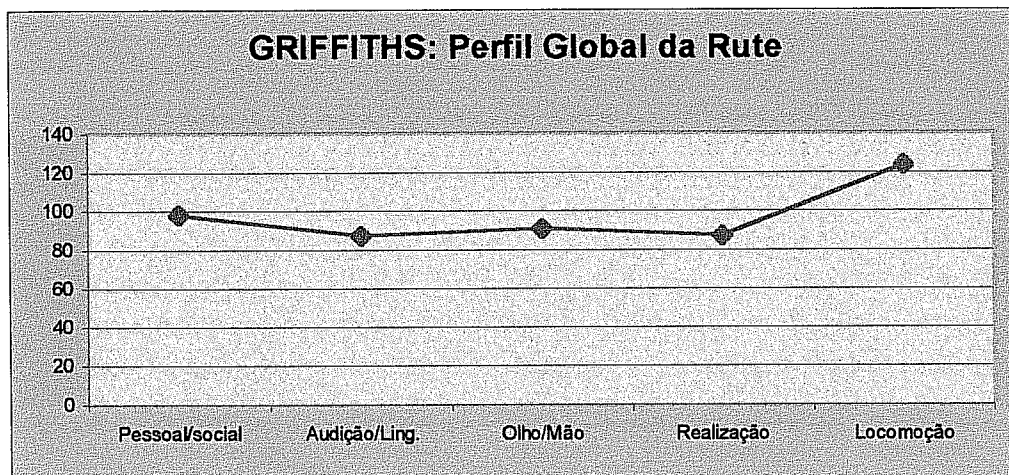


GRÁFICO 2.9 : GRIFFITHS – Perfil Global da Rute

A Paula apresenta um perfil de desenvolvimento normal para a sua faixa etária, não apresentando grandes oscilações. No entanto, destaca-se a área de *olho/mão*, com um maior desenvolvimento do que todas as outras áreas.

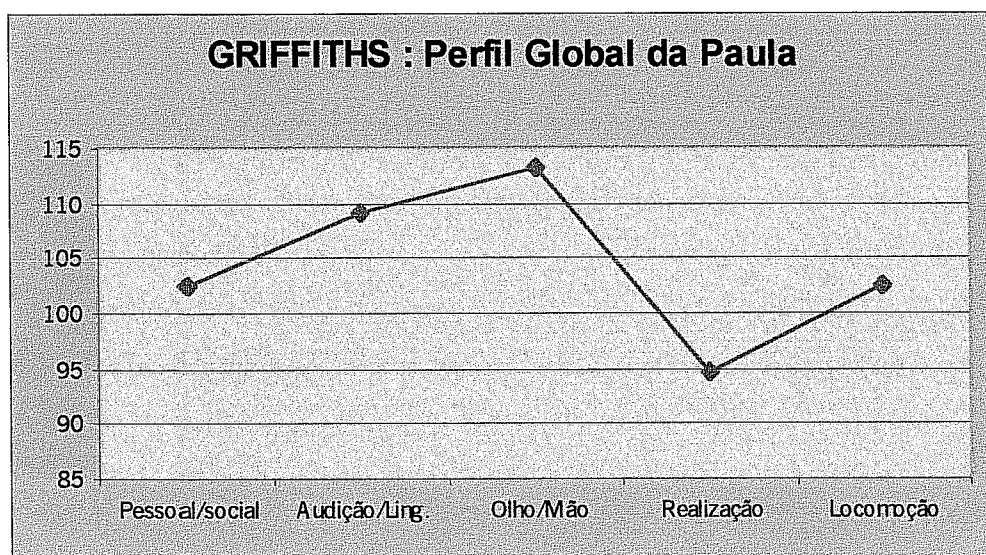


GRÁFICO 2.10 : GRIFFITHS – Perfil Global da Paula

6.3.2 DADOS DOS COMPORTAMENTOS DE RETIRADA DA RELAÇÃO⁽¹⁾

Todos os itens inseridos na escala de comportamentos de retirada (BADS) apresentam algum índice psicopatológico. O grau em que aparece o comportamento perturbado depende mais da criança em causa do que do comportamento em si.

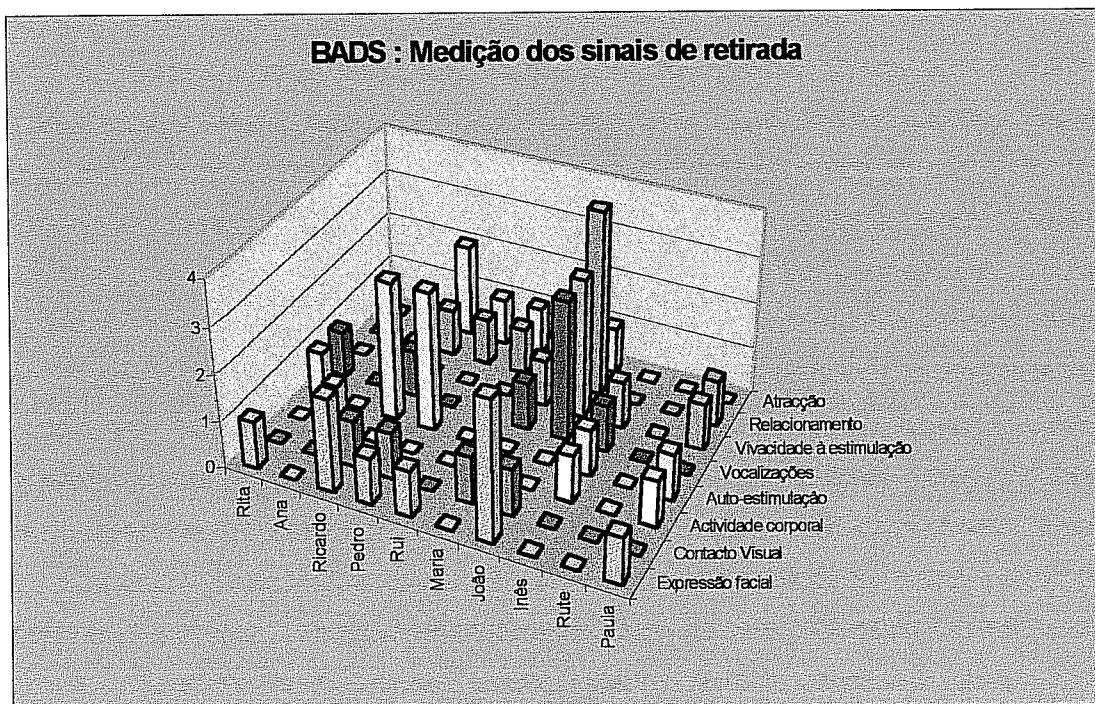


GRÁFICO 3: Dados da BADS

NOTA: o grau psicopatológico dos vários itens estão organizados de forma crescente.

- 0: Normal
- 1: Dúvida em relação ao carácter patológico
- 2: Sinal patológico pouco perceptível mas destacável
- 3: Claro para qualquer observador
- 4: Maciço

(1) Baby Alarm Distress Scale (BADS), I.P.P. , 1996 , em anexo

Na expressão facial, as crianças que apresentam um maior índice psicopatológico são o João e o Ricardo. A Rita, o Pedro, o Rui e a Paula apresentam um índice de dúvida quanto ao carácter patológico da expressão facial.

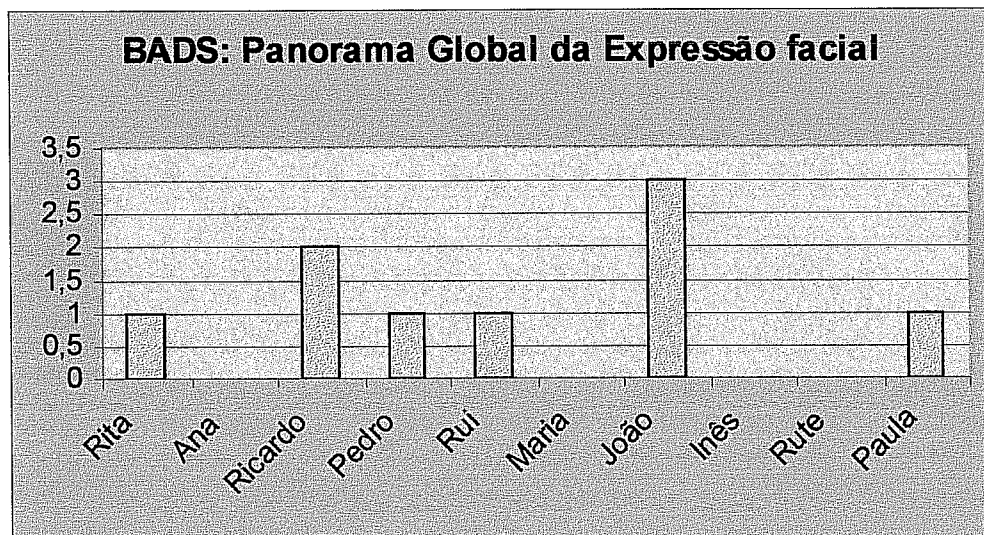


GRÁFICO 3.1 : BADS : Expressão Facial – Avaliação da Redução da Expressão Facial

O Ricardo, o Pedro, a Maria e o João apresentam índices que suscitam dúvida quanto ao carácter patológico do contacto visual. Todas as outras crianças apresentam um contacto visual considerado normal.

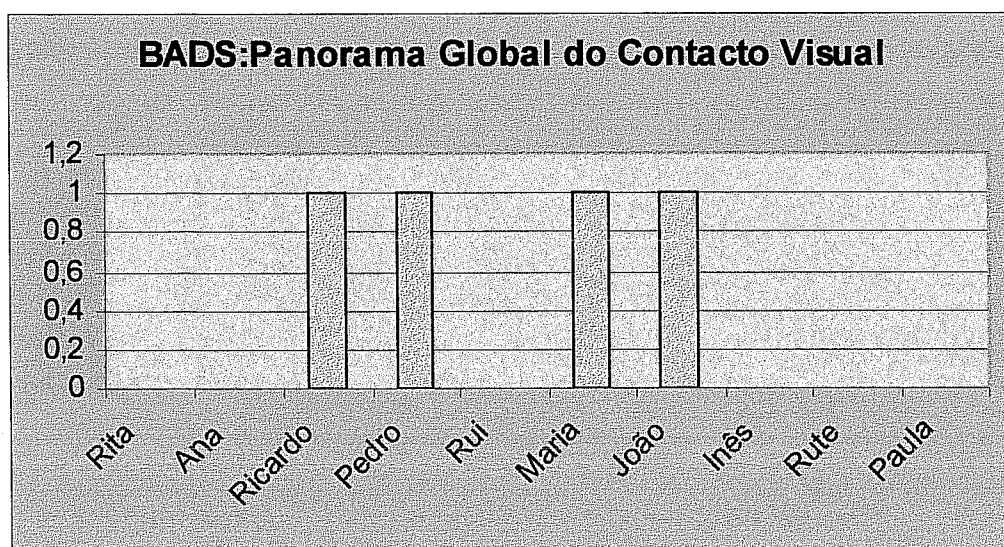


GRÁFICO 3.2 : BADS : Contacto Visual – Avaliação da Redução do Contacto Visual

A Ana, a Inês e a Paula apresentam índices que suscitam dúvidas quanto ao carácter patológico da actividade corporal. Todas as outras crianças apresentam uma actividade corporal considerada normal.

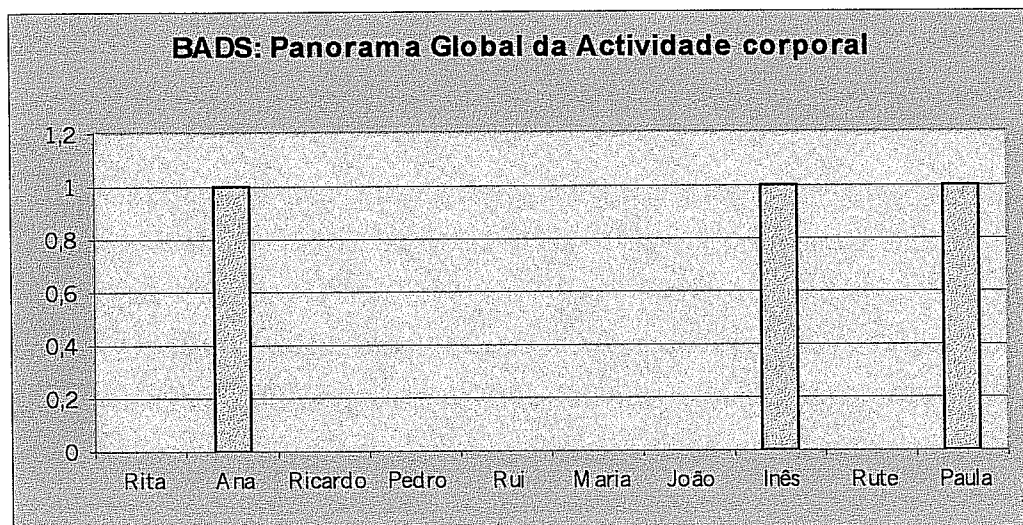


GRÁFICO 3.3 : BADS : Actividade Corporal – Avaliação da redução dos movimentos da cabeça, tronco e membros, sem tomar em atenção a actividade das mãos e dos dedos

O Ricardo e o Pedro apresentam sinais claros de patologia no que se refere à auto-estimulação. A Rita, a Inês e a Paula apresentam índices que suscitam dúvidas quanto ao carácter patológico da auto-estimulação.

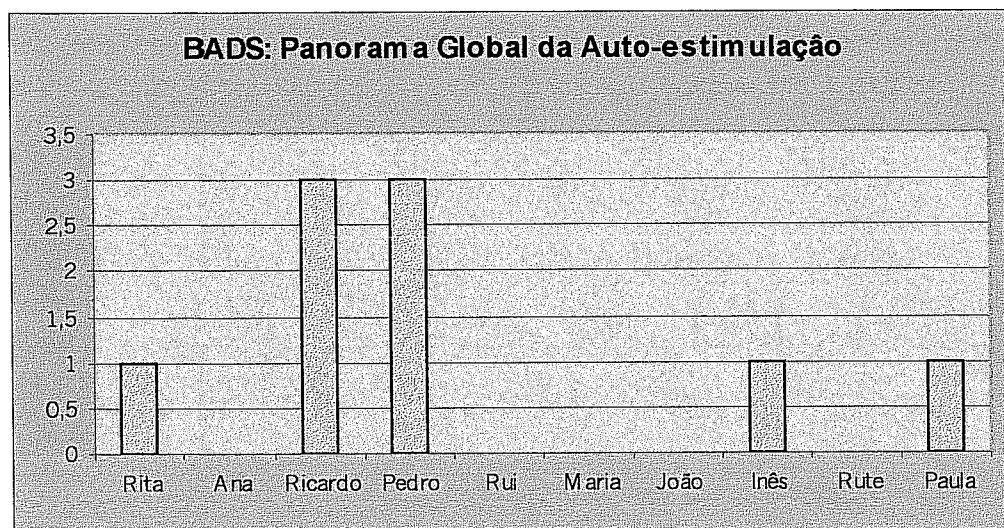


GRÁFICO 3.4 : BADS : Gestos de Auto – Estimulação – Avaliação da frequência com que cada criança brinca com o seu próprio corpo (dedos, mão, cabelo, sucção do polegar, fricção repetitiva, etc).

O João apresenta sinais claros de patologia no que se refere às vocalizações. A Rita, a Inês, o Ricardo e a Maria apresentam índices que suscitam dúvidas quanto ao carácter patológico das vocalizações.

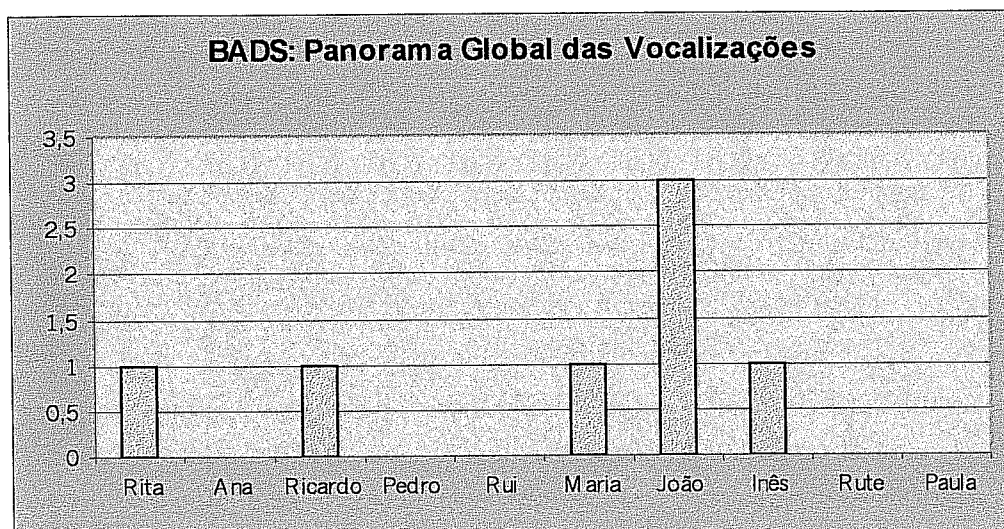


GRÁFICO 3.5 : BADS : Vocalizações – Avaliação da redução de vocalizações que expressam prazer (arrulhar, rir, palrar, balbuciar, gritar alto com prazer), mas também desprazer, ansiedade ou dor (grito, lamúria e choro).

O Ricardo apresenta sinais claros de patologia no que se refere à vivacidade à estimulação. O Pedro, o Rui, a Maria e o João apresentam índices que suscitam dúvidas quanto ao carácter patológico desta resposta à estimulação.

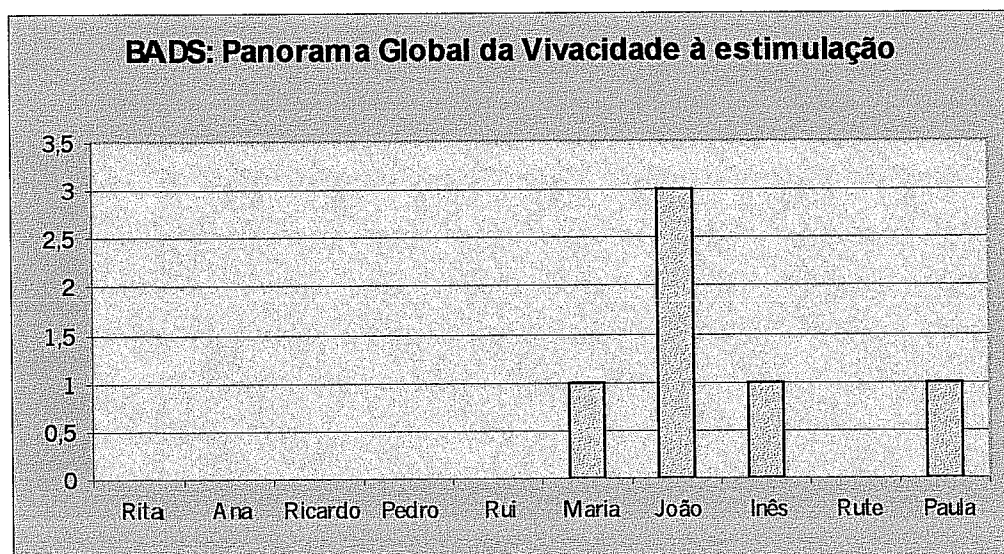


GRÁFICO 3.6 : BADS : Vivacidade da resposta face à estimulação – Avaliação da redução da vivacidade da resposta face a estimulação agradável ou desagradável (sorriso, voz, toque) durante a investigação

O João apresenta sinais maciços de patologia no que se refere ao relacionamento. O Pedro, o Rui, a Maria e a Paula apresentam índices que suscitam dúvidas quanto ao carácter patológico do relacionamento.

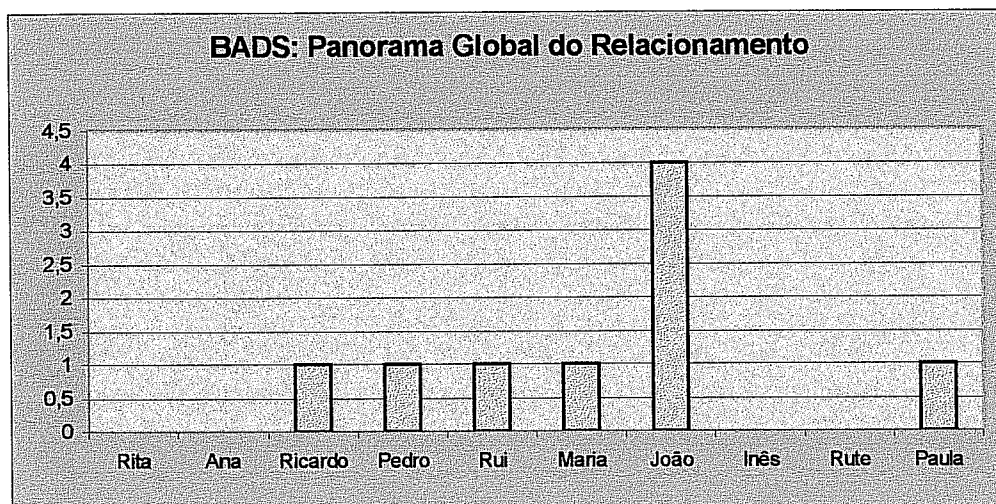


GRÁFICO 3.7 : BADS : Relacionamento – Avaliação da redução da capacidade que a criança tem de entrar em relação com o observador, o médico ou alguém que esteja presente na sala, excepto a prestadora de cuidados. A relação é avaliada através do comportamento, do contacto visual, da reacção à estimulação e da reacção ao final do encontro. Nesta escala, a existência de qualquer relação é mais importante do que o seu aspecto positivo (prazer) ou carácter negativo (ansiedade).

O Ricardo apresenta sinais patológicos pouco perceptíveis, mas destacáveis, no que se refere ao impacto do observador em relação à criança. O Pedro, o Rui, a Maria e o João apresentam índices de dúvida quanto ao carácter patológico deste item.

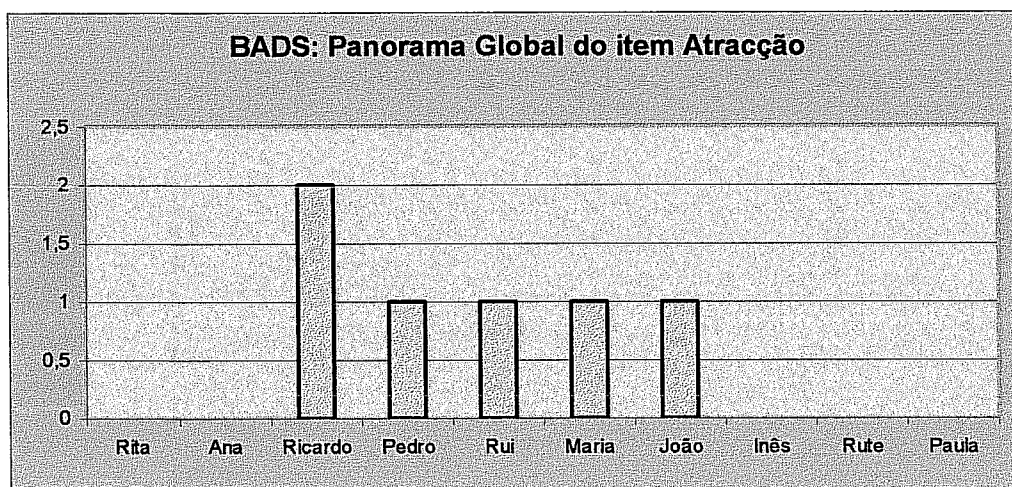


GRÁFICO 3.8: BADS : Atracção: O impacto geral no observador do contacto com a criança

A Rita não apresenta grande incidência nos comportamentos de retirada, ainda que, no que se refere às vocalizações, à auto-estimulação e à expressão facial, apresente índices de dúvida em relação ao carácter patológico.

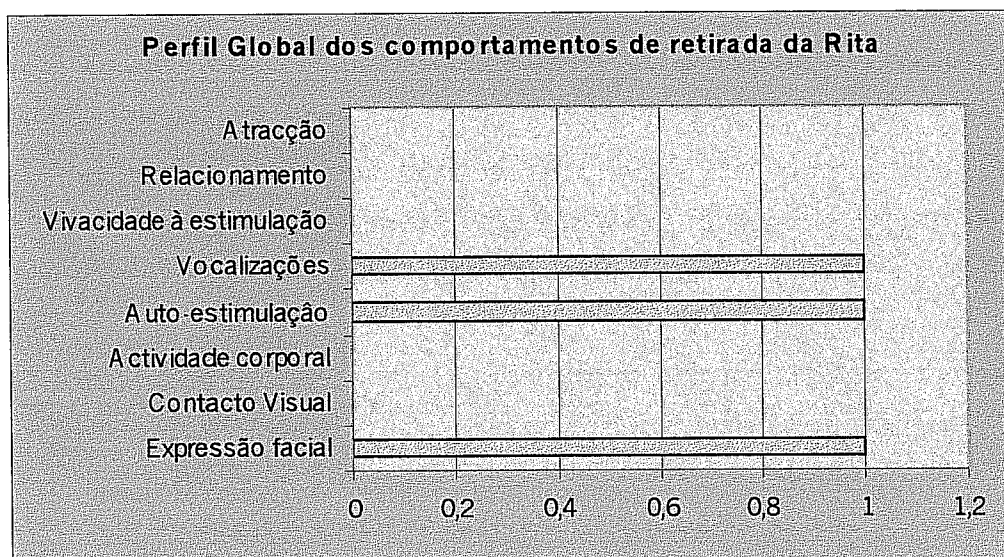


GRÁFICO4.1: BADS: Perfil Global dos comportamentos de retirada da Rita

A Ana também não apresenta grande incidência nos comportamentos de retirada, ainda que, no que se refere à actividade corporal, apresente índices de dúvida em relação ao carácter patológico.

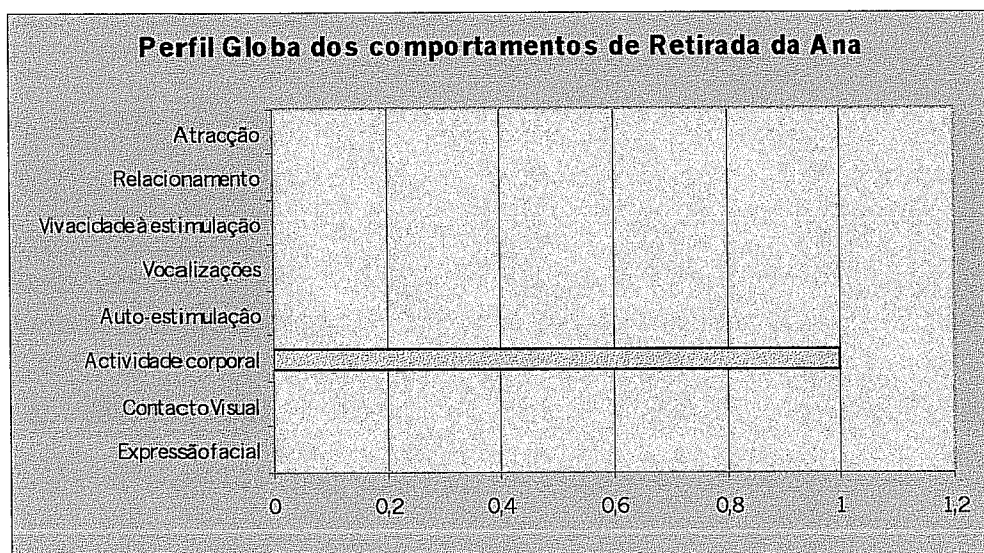


GRÁFICO4.2: BADS: Perfil Global dos comportamentos de retirada da Ana

O Pedro apresenta sinal claro de patologia no que se refere à auto-estimulação. Apresenta, ainda, sinais que suscitam dúvida quanto ao carácter patológico no que se refere à expressão facial, ao contacto visual, ao relacionamento, e à atracção.

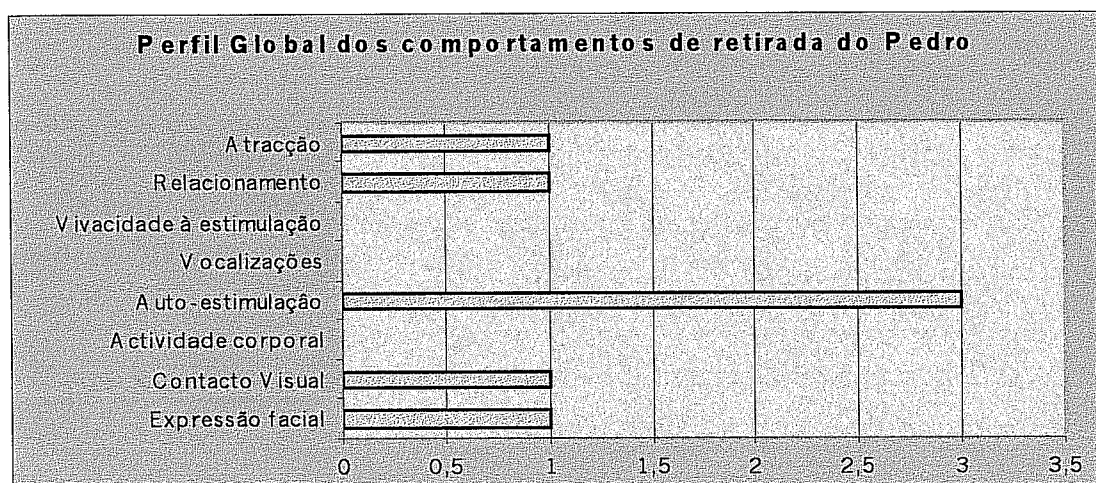


GRÁFICO4.3: BADS: Perfil Global dos comportamentos de retirada do Pedro

O Ricardo apresenta sinal claro de patologia no que se refere à auto-estimulação. Apresenta também sinais perceptíveis, mas pouco destacáveis, no que se refere à expressão facial e à atracção. É de referir, ainda, sinais que suscitam dúvidas quanto ao carácter patológico no que se refere ao contacto visual, ao relacionamento, e às vocalizações.

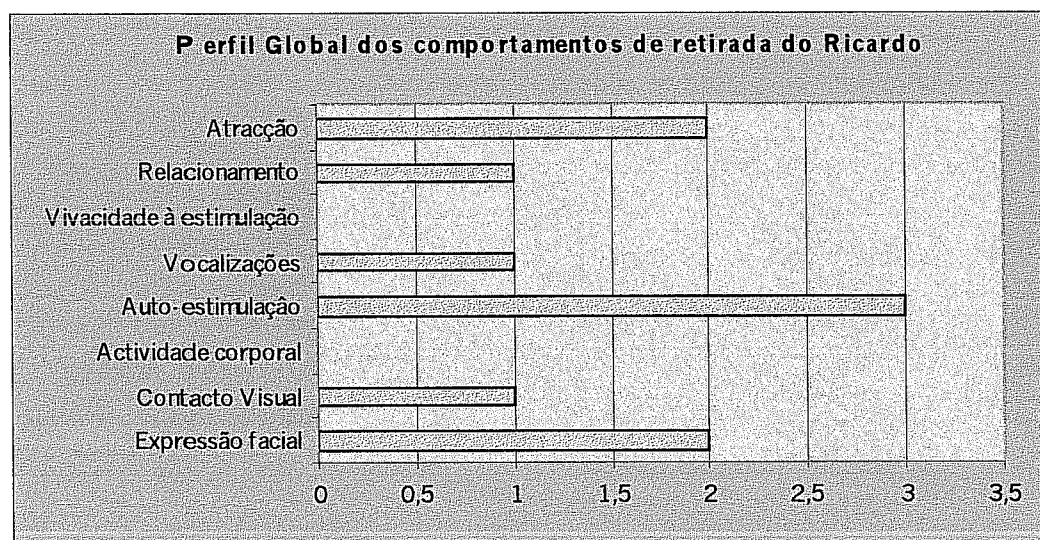


GRÁFICO4.4: BADS: Perfil Global dos comportamentos de retirada do Ricardo

O Rui não apresenta grande incidência nos comportamentos de retirada, ainda que, no que se refere ao relacionamento, à expressão facial e à atracção, apresente índices de dúvida em relação ao carácter patológico.

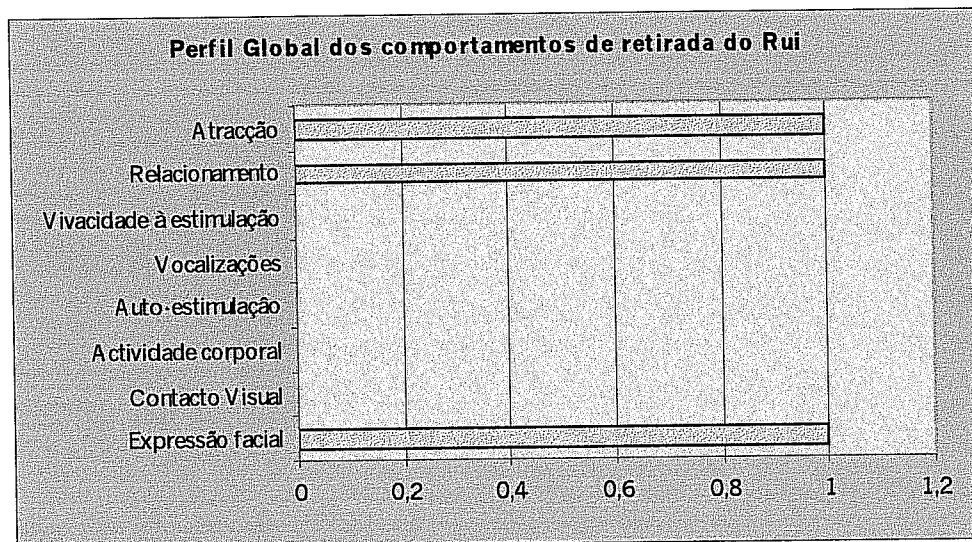


GRÁFICO 4.5: BADS: Perfil Global dos comportamentos de retirada do Rui

A Maria apresenta grande incidência de dúvida no carácter patológico dos comportamentos de retirada, nomeadamente no que se refere ao relacionamento, vivacidade à estimulação, às vocalizações e ao contacto visual.

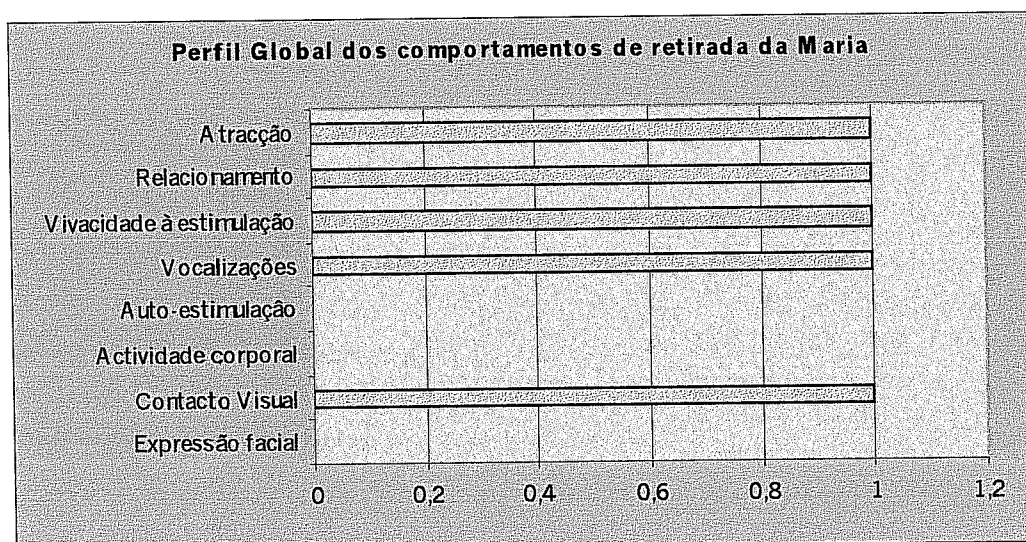


GRÁFICO 4.6: BADS: Perfil Global dos comportamentos de retirada da Maria

O João apresenta sinais claros de patologia no que se refere ao relacionamento. Estão também presentes sinais menos perceptíveis, mas claros, de patologia no que se refere à vivacidade à estimulação, às vocalizações, e à expressão facial. É ainda de referir que existe dúvida no carácter patológico no que diz respeito ao contacto visual e à atracção.

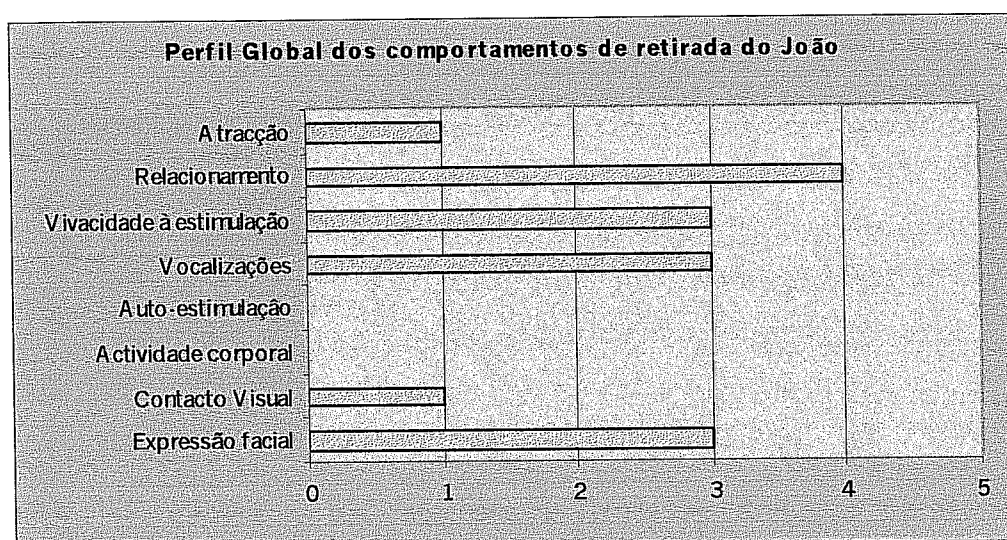


GRÁFICO4.7: BADS: Perfil Global dos comportamentos de retirada do João

A Inês apresenta grande incidência de dúvida no carácter patológico dos comportamentos de retirada, nomeadamente no que se refere à vivacidade à estimulação, às vocalizações, à auto-estimulação e à actividade corporal.

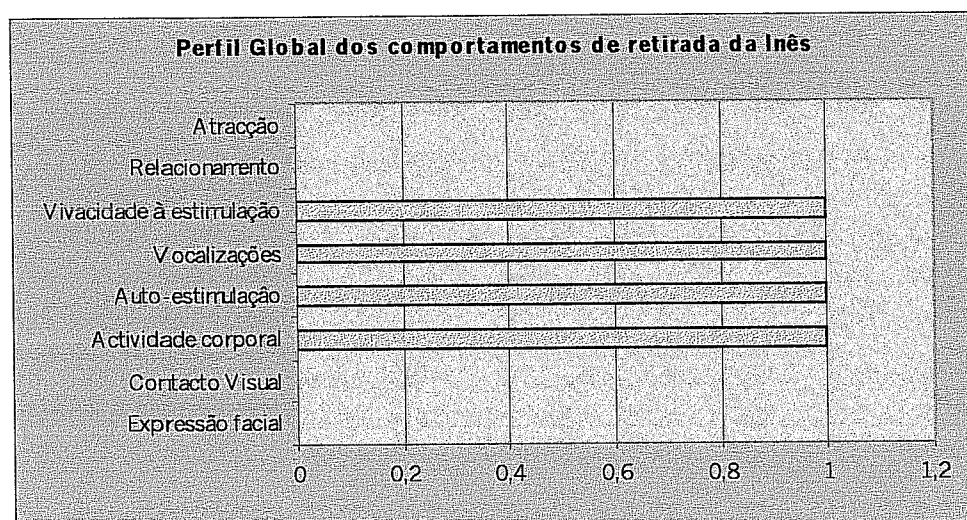


GRÁFICO4.8: BADS: Perfil Global dos comportamentos de retirada da Inês

A Rute não apresenta nenhuma patologia no que se refere a comportamentos de retirada.

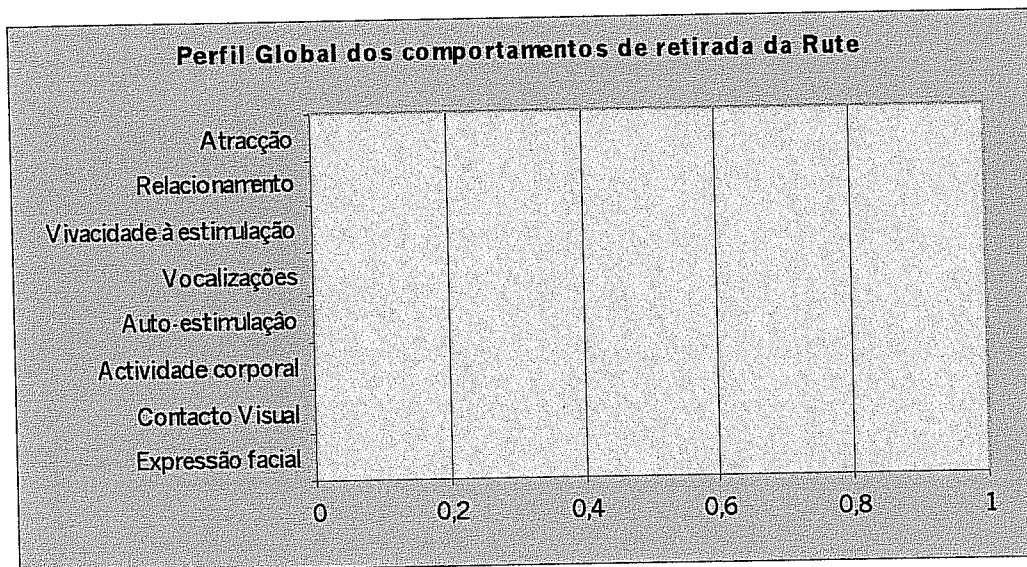


GRÁFICO4.9: BADS: Perfil Global dos comportamentos de retirada da Rute

A Paula apresenta grande incidência de dúvida no carácter patológico dos comportamentos de retirada, nomeadamente no que se refere ao relacionamento, à vivacidade à estimulação, à auto-estimulação e à actividade corporal e à expressão facial.

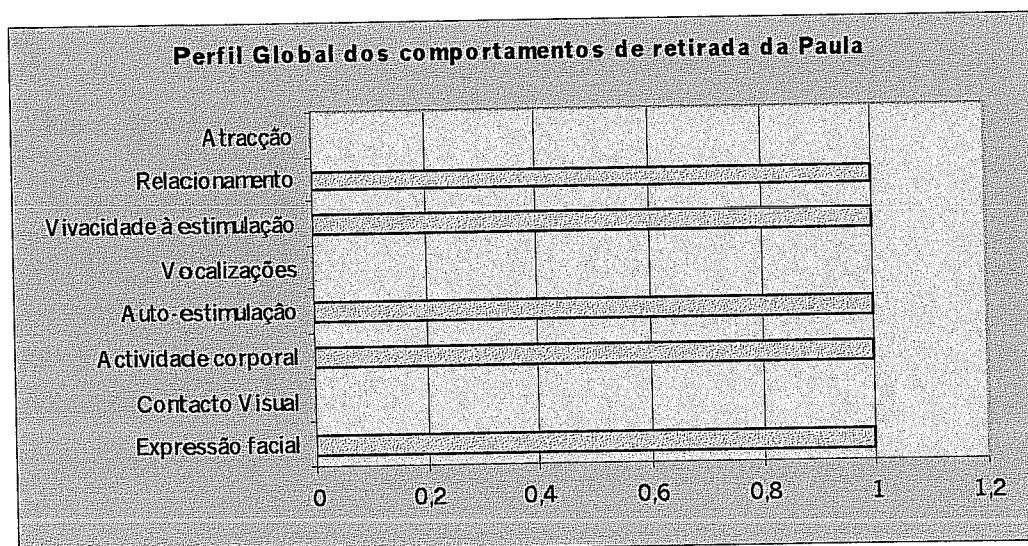


GRÁFICO4.10: BADS: Perfil Global dos comportamentos de retirada da Paula

6.3.3 DADOS OBSERVADOS DA INTERACÇÃO DAS CRIANÇAS COM O SUBSTITUTO MATERNO ⁽¹⁾

Na tabela 1, podemos observar que a categoria com uma maior dimensão patológica é aquela que se refere ao comportamento da criança com o substituto materno: no caso do João, a interacção, habitualmente, nem sequer é iniciada; no caso da Ana, do Ricardo, do Pedro e do Rui a interacção inicia-se indiscriminadamente com o substituto materno ou qualquer outra pessoa. Apenas a Rita e a Maria iniciam preferencialmente a interacção com o substituto materno.

Observamos, também, que, na categoria *modalidades cognitivas da expressão dos objectos*, nenhuma criança regista traços claros de patologia e, na categoria resposta à frustração, a expressão patológica é pouco significativa, cingindo-se apenas aos caso do Pedro e do João.

Nas categorias *modalidades de expressão afectiva, capacidade de regular os afectos, e modalidades de aproximação* o índice de patologia clara ou de possível patologia é intermédio.

A Paula, a Maria e a Rita são as crianças que parecem apresentar um índice patológico menos significativo no que diz respeito à interacção com o substituto materno.

As crianças que apresentam um maior índice patológico, quanto à interacção com o substituto materno, são o Pedro e o João.

(1) Grelha de observação da interacção da criança com o substituto materno (baseado em Brunet- Lézine), em anexo.

TABELA 1 – INTERACÇÃO DAS CRIANÇAS PRESENTES NA AMOSTRA COM OS SUBSTITUTOS MATERNO (educadoras da instituição)

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	Rita	Ana	Ricardo	Pedro	Rui	Maria	João	Inês	Rute	Paula
COMPORTAMENTO COM O SUBSTITUTO MATERNO	Inicia preferencialmente a interacção com a “mãe”	X					X				
	Só inicia interacção com a “mãe” quando estimulada										
	Colada à “mãe”										
	Inicia indiscriminadamente interacção com a “mãe” e outros		X	X	X	X					X
MODALIDADES DE APROXIMAÇÃO : Olhar, Sorrir, Vocalizar , tocar, Segurar , aproximar	Não inicia ou raramente inicia interacção com a “mãe”							X			
	Desconhecido										
	Com 4 ou mais modalidades		X				X		X		X
	Com 3 modalidades										
	Com 2 modalidades										
	Com 1 modalidade							X			
CAPACIDADE DE REGULAÇÃO DOS AFECTOS	Com nenhuma				X						
	Desconhecido										
	Acalma-se preferencialmente com a “mãe”	X				X			X	X	X
	Acalma-se preferencialmente com objectos										
	Necessita de actividade interactiva permanente										
	Utiliza preferencialmente modalidades próprias							X			
MODALIDADES DE EXPRESSÃO AFECTIVA	Acalma-se de forma imprevisível				X						
	Desconhecido										
	Respostas frequentes de satisfação	X		X			X				X
	Respostas frequentes de desagrado										
	Respostas afectivas pouco diferenciadas										
	Respostas de desinteresse/apatia							X			
MODALIDADES COGNITIVAS NA EXPLORAÇÃO DE OBJECTOS	Respostas intermitentes e imprevisíveis				X						
	Desconhecido										
	Apoia-se regularmente na situação interactiva	X					X	X			X
	Depende excessivamente da situação interactiva										
	É independente das situações interactivas										
	É impossibilitada por uma dependência total da situação interactiva										
RESPOSTA À FRUSTRAÇÃO	Ausência de interesse pelos objectos										
	Desconhecido										
	Aceitação progressiva da frustração	X	X	X			X			X	X
	Aceitação difícil da frustração										
	Oposição										
RESPOSTA À FRUSTRAÇÃO	Ignora interdição/Submissão excessiva					X			X		
	Desconhecido										

Nota: Considerámos, no que respeita ao desenvolvimento da criança, que a zona a verde não merece preocupações, a zona a amarelo insere sinais de alerta e a zona a vermelho insere-se em itens de dimensão psicopatológica clara

6.3.4 DADOS OBSERVADOS NA OBSERVAÇÃO LIVRE DA INTERACÇÃO ENTRE PARES

Na tabela 2, podemos observar a descrição das interacções que foram observadas em três períodos de 30 minutos cada, para que os comportamentos observados não fossem os circunstanciais, mas aqueles que estavam presentes habitualmente. Repetimos esta estrutura de observação para cada uma das crianças. A nossa atenção centrou-se especialmente em cinco categorias, a saber: relação da criança com o adulto presente, exploração do meio, interacção no brincar, relações privilegiadas entre os pares, e expressão dos afectos entre pares e com o adulto presente.

TABELA 2 – Registo da observação das interacções entre pares

NOMES	DESCRIÇÕES
RITA	A Rita procura, frequentemente, quer o adulto quer as outras crianças. Procura o adulto para ter colo e as outras crianças para situações lúdicas. Tem relações privilegiadas quer com os adultos quer com os pares. Dentro dos parâmetros considerados, por nós, normais, disputa os brinquedos com a criança que lhe tenta retirar o seu brinquedo. Não tenta retirar os brinquedos das outras crianças. O objecto de disputa mais agressiva com os pares é o colo da educadora. Tem relação privilegiada com a irmã (residente na mesma instituição). Dirige aos pares quer os afectos positivos, quer negativos.
ANA	A Ana é uma criança muito independente do adulto, apresenta alguma hiperactividade. Procura pouco o adulto e interage, em situação lúdica, preferencialmente com as suas irmãs (residentes na mesma instituição). Disputa o brinquedo com os pares não deixando que lho retirem e tentando tirar o brinquedo com que outra criança brinca. Sente-se gratificada com o colo, mas não o disputa activamente. A Ana apresenta maioritariamente afectos neutros ou agressivos dirigidos aos seus pares e dirige os afectos positivos às suas irmãs.
RICARDO	O Ricardo é muito independente do adulto, apresenta uma enorme hiperactividade. Procura pouco o adulto e brinca sozinho, concentrando-se pouco tempo em cada actividade lúdica. Não interage espontaneamente com os seus pares e reage moderadamente quando estes lhe retiram o seu brinquedo. Disputa com os pares, intensamente, o colo da educadora. O Ricardo é quase sempre neutro nos afectos. Dirigindo ocasionalmente os afectos positivos à educadora e negativos aos pares. Não tem relações preferenciais.
PEDRO	O Pedro é independente do adulto, hiperactivo e muito agressivo quer com a educadora, quer com os pares. Concentra-se pouco tempo na mesma situação lúdica. Morde as outras crianças e atinge-as com brinquedos, atirados com agressividade. Dirige quer aos adultos, quer aos pares os afectos negativos. Não tem relações preferenciais.
RUI	O Rui é uma criança de aspecto sereno e organizado. Insere a expressão positiva e negativa dos afectos no contexto adequado, quer com a educadora, quer com os pares. Tem relações preferenciais quer com os adultos, quer com os pares.
MARIA	A Luisa é muito parada. Brinca pouco, interage pouco com as outras crianças e depende muito da educadora. Não disputa os brinquedos com os pares e não reage quando lhe retiram o seu brinquedo. Reage quando vê outras crianças no colo da educadora. A expressão dos afectos é quase sempre neutra. Não tem relação privilegiada com os pares, mas tem preferência pela educadora.
JOÃO	O João é muito parado. Brinca sozinho com o mesmo brinquedo durante longos períodos, não reage quando lhe retiram o brinquedo. Não interage com os pares. A expressão dos afectos é quase sempre neutra. Fica gratificado com o colo da educadora, mas não o disputa. Não tem nenhuma relação privilegiada com os pares ou com o adulto.
INÊS	A Inês é muito dependente da educadora. Chora muito. Brinca pouco. Não se concentra muito tempo num brinquedo. Não interage com os pares. Não reage quando lhe retiram o seu brinquedo. Não tem nenhuma relação privilegiada com os pares, mas tem uma relação privilegiada com a educadora. Chora quando outra criança está ao colo da educadora. A expressão dos afectos é maioritariamente neutra para com os pares, apresentando, no entanto, expressão, quer positiva, quer negativa com o adulto privilegiado.
RUTE	A Rute é independente do adulto. Explora muito o meio lúdico. Brinca muito sozinha. Reage bastante quando outra criança lhe retira o brinquedo. Não interage espontaneamente com os pares. Não tem nenhuma relação privilegiada. A expressão dos afectos é quase sempre neutra ou negativa.
PAULA	A Paula é dependente do adulto. Brinca, interage com os pares. Reage moderadamente quando lhe retiram o seu brinquedo. Faz alguns movimentos para retirar os brinquedos de outras crianças, mas desiste perante reacções de oposição. Tem relação privilegiada com os pares e com o adulto. A expressão dos afectos é positiva e negativa adequada ao contexto, mas ambas de intensidade moderada.

CAPITULO 7

7.1 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

No que se refere à descrição dos dados sociais, verificamos que o apoio da família alargada destas crianças é praticamente inexistente. A figura paterna está quase sempre ausente deste processo, sendo nalguns caso, desconhecida. A figura materna está presente no processo de institucionalização, pelo menos em metade dos casos que verificámos.

Parece-nos que o facto das mães destas crianças se inserirem nas três grandes categorias – prostituição, toxicoddependência e patologia mental -, juntando-se ao facto de não haver, na maioria das vezes, uma figura paterna ou família alargada que coopere na homeostasia da díade mãe-criança, leva à precipitação da institucionalização por abandono, negligência ou maus tratos.

A propósito da entrada destas crianças na instituição, surgem-nos algumas metáforas que ilustram o que nos fazem sentir em relação ao seu passado, e a esperança que nos fazem ter no seu futuro.

Assistimos à entrada de *passarinhos caídos do ninho*, a *derrapagens com a retirada do tapete*, ao *alívio fora da caverna* e a *sobreviventes diabretes*.

O sentimento a que associamos os *passarinhos caídos do ninho* é o de uma desprotecção extrema. Normalmente, são crianças abandonadas à nascença.

É o desespero de uma traição que sentimos nas *derrapagens com a retirada do tapete*. São, habitualmente, crianças que têm reacções depressivas à entrada na instituição, parecendo ter havido alguma figura de vinculação, ao que a criança parece sentir-se abandonada por um objecto concreto.

Outras crianças parecem fazer passar uma sensação de *alívio fora da caverna*: a adaptação à instituição é imediata e satisfatória.

Por último, os *sobreviventes diabretes* são crianças que nos fazem sentir que atravessaram uma guerra imensa: normalmente foram muito expostos a maus tratos por parte da família. Transpiram uma enorme angústia, um mal estar e uma desorientação permanentes.

As visitas de parentes, após a institucionalização, tem uma maior incidência na figura materna. No entanto, na maioria das vezes, tratam-se de visitas pontuais, não sistematizadas, que conduzem, na maioria dos casos, a uma desresponsabilização destas mães, levando conseqüentemente a um abandono total.

Apenas o Rui, a Ana e a Paula mantêm contactos sistemáticos com a mãe, mostrando comportamentos de vinculação a esta figura. Nenhuma das outras crianças com visitas maternas esporádicas apresenta comportamentos de vinculação dirigidos à mãe.

As crianças que observámos têm entre 11 e 24 meses e estão institucionalizadas há, pelo menos, 10 meses. Dos dez casos que observámos, apenas cinco têm o projecto de vida já definido: quatro para adopção e um para o regresso à família. Qualquer destes cinco casos, apesar do encaminhamento estar definido, não está, segundo os técnicos intervenientes no projecto de vida, em condições de encaminhamento imediato.

Todas as crianças que observámos apresentam, em maior ou menor grau, infecções respiratórias. As patologias que se referem a dificuldades na expressão respiratória têm, segundo vários autores, uma vivência psicossomática evidente. Segundo Glaser (citado por Kreisler): “Os estudos psicanalíticos explicam a enfermidade alérgica pela existência de um conflito infantil cujo ponto de partida se situa na rejeição pela mãe; essa rejeição acarreta simultaneamente, uma necessidade de amor insaciada, o medo constante de perder a mãe e uma hostilidade que não se atreve a exteriorizar, no temor de cavar ainda

mais o fundo do abismo; a única saída para esse conflito é a crise que marca o seu auge. Ele representa a somação de um grito reprimido de dependência frustrada, um pedido de socorro que não pode ser reprimido" (1981, Kreisler).

Kreisler diz-nos, ainda, que o factor psíquico não é único no desencadear de uma crise respiratória de tipo alérgico, que pode ir até quadros graves de asma. No entanto, perante um estímulo stressante, uma criança alérgica pode entrar em crise por ser este o seu lado mais frágil que, perante a tensão, cede.

No caso das crianças que estudámos, todo o seu contexto vivencial insere-se completamente dentro do quadro descrito por Glaser e Kreisler. Estas crianças, ou nunca tiveram contacto com a mãe, ou foram privadas desse contacto com poucos meses de idade, ou ainda, apenas no caso da Ana, da Paula e do Rui, mantêm um contacto sistemático com a mãe, ainda que não seja esta que cuida e trata deles permanentemente. Estes cuidados são prestados por duas educadoras e duas auxiliares de educação que trabalham na instituição, em sistema de turnos rotativos. Parece-nos que o factor comum a todas estas crianças é o facto de nenhuma delas estar sujeita aos cuidados de apenas uma pessoa (mãe ou substituto materno), com quem pudessem criar uma vinculação segura, ponto de partida para a construção de relações futuras e de um desenvolvimento global saudáveis.

Partindo da citação de Glasser, parece-nos que estas crianças têm muita dificuldade em gerir um amor insaciado. No caso das crianças que foram abandonadas à nascença, o conflito não é entre "o medo de perder a mãe e a hostilidade que não se atreve a exteriorizar", mas antes entre a busca de uma maternalização que nunca foi conseguida por completo e uma hostilidade que não se dirige a ninguém em concreto, porque não existe a figura materna que pudesse condensar o amor e o ódio. Talvez sejam estes afectos, sem contornos definidos, que levam estas crianças a "respirarem" os sintomas ao *invés* dos afectos. Assim, estas crianças parecem, do que observámos durante o período que com elas convivemos, oscilar entre um "espernear" por um adulto

de referência, disponível para porem em curso os mecanismos de aproximação, de vinculação já presentes à nascença como uma das necessidades básicas, e uma raiva dirigida a um objecto sem forma. A partir deste conflito, e à medida que se repete a frustração de luta por um objecto nunca encontrado, assistimos ao desacreditar – crianças que precocemente se encaminham para estruturas do tipo depressivo -, ou à desistência numa ruptura com o mundo à sua volta – onde se criam condições muito precoces para o desenvolvimento de estruturas psicóticas.

Em qualquer dos casos, a angústia interna destas crianças é muito visível e o sofrimento inimaginável aos nossos olhos. O mais próximo que conseguimos imaginar, no caso limite das crianças abandonadas à nascença e ainda institucionalizadas com um ano ou mais, talvez seja através da imagem de alguém que nunca se reconheceu num espelho do afecto de uma mãe, não sabendo quem é, se poderá ser gostável, se algum dia poderá gostar.

Excepto a Paula, as crianças que apresentam maior número de internamentos por patologias de foro respiratório são todos aqueles que foram institucionalizados à nascença. No caso do Rui, apresenta apenas dois internamentos hospitalares, tendo, no entanto, sido institucionalizado à nascença. Sendo que o Rui é a única criança que tem visitas diárias da mãe à instituição, parece-nos haver uma relação directa entre uma vinculação existente na díade e uma menor expressão somática do que aquela que apresentam as restantes crianças institucionalizadas à nascença.

A Paula, apesar de ter entrado na instituição aos 10 meses, e de manter contacto com a mãe e comportamentos de vinculação dirigidos a esta, o contacto da díade é feito por períodos intermitentes, devido às crises de foro psiquiátrico da mãe, o que pode justificar uma elevada angústia da Paula e a consequente somatização.

Quase todas as gravidezes foram medicamente assistidas, ainda que, de uma forma geral, não o tenham sido de forma sistemática. São habitualmente gravidezes não desejadas, bebés não sonhados. O sentimento parece ser, na maioria das vezes, o de um problema com o qual as mães não sabem lidar. Algumas experimentam sentimentos de ambivalência e, por isso, fazem visitas esporádicas à instituição, mas a tendência é para que se progrida em direcção ao abandono permanente dos filhos.

Do que observámos na análise da Griffiths, podemos constatar que o grupo de crianças observadas apresenta um perfil de desenvolvimento com uma média ligeiramente inferior à sua faixa etária. No entanto, podemos também verificar que há diferenças significativas, quer de criança para criança, quer na desarmonia do desenvolvimento referente às várias áreas.

À excepção da Ana, da Inês e da Paula, a área de locomoção é aquela que apresenta, para quase todas as crianças, o seu maior desenvolvimento. Destas três crianças, apenas a Inês apresenta um desenvolvimento na área da locomoção abaixo da sua faixa etária. Tanto a Ana como a Paula apresentam valores médios.

Estas crianças institucionalizadas parecem desenvolver, desde muito cedo, a locomoção, visto que estão sujeitas a um crescimento mais “livre”, mais autónomo do que as crianças que vivem em famílias com a protecção permanente de uma mãe e/ou um pai. As crianças institucionalizadas parecem ser menos vezes interceptadas pelo adulto para não agirem de determinada forma que o adulto considera potencial de algum risco de dano físico. Observámos estas crianças enquanto brincavam ao ar livre e verificámos que eram audazes nos seus actos, caíam, sem que quase nunca recorressem ao adulto, quase nunca choravam, recompunham-se rapidamente e voltavam a subir a cadeira, a árvore ou a andar no baloiço onde se tinham magoado. Desta forma, parece-

nos que estas crianças desenvolvem esta área mais rapidamente do que as crianças que vivem em famílias e que são, portanto, mais protegidas pelo adulto.

Observámos, por outro lado, que a área audição/linguagem é, à excepção da Maria, do Rui e da Paula a área que apresenta um desenvolvimento mais baixo para todas as crianças. Parece-nos que este sub-desenvolvimento se deve, mais uma vez, ao facto destas crianças não terem desde a nascença contínua e sistematicamente cuidados maternos centrados num adulto de referência. Desde os primeiros momentos de vida que o bebé se referencia ao mundo através de um adulto da mesma espécie, que poderá ser a mãe, ou um substituto materno, desde que seja estável e sistemático nos cuidados que presta ao bebé, para que este possa criar referências. É através da expressão do rosto, da voz, da movimentação do corpo que o bebé vai (re)conhecendo a mãe, estabelecendo-se uma interacção em que a comunicação é mútua e onde o bebé, a pouco e pouco, se vai expressando: primeiro com a mãe, e, depois, vai sendo “apresentado” ao mundo em pequenas parcelas, alargando cada vez mais a linguagem, a comunicação, a expressão ao mundo social. O bebé quando nasce traz capacidades preceptivas para comunicar. No entanto, esses potenciais precisam de ser estimulados para que haja um bom desenvolvimento. Estas crianças crescem menos expostas à interacção em diade. As educadoras para além de trabalharem por turnos nos cuidados do bebé são pessoas diferentes com diferentes modos de expressão, de linguagem e os bebés muito pequenos beneficiariam com o reconhecimento de um padrão de comunicação, de vocalização, de *timing* na satisfação das suas necessidades de interacção. Esta estabilidade numa única pessoa à qual o bebé se referencia e passa a dirigir os seus afectos é um elemento organizador na construção de um eu sólido, onde a percepção do ser gostável e o dirigir também os seus afectos às futuras interacções sociais é possível.

Deste modo, parece-nos que a origem deste sub-desenvolvimento na área linguagem/audição tem a sua origem numa vinculação mal conseguida, com repercussões perigosas a nível do desenvolvimento dos afectos e consequente construção de um eu saudável.

As crianças que apresentam um perfil de desenvolvimento global mais alto são aquelas que foram institucionalizadas depois dos seis meses, tendo passado os primeiros meses com a figura materna. Neste grupo está incluído o Rui que, apesar de ter sido institucionalizado à nascença, tal como já foi referido, a propósito de outros itens, é a única criança a manter um contacto diário, na instituição, com a mãe. Parece-nos, ainda, importante o facto de neste grupo se destacarem com um maior desenvolvimento as crianças (a Paula e o Rui) que mais visitas maternas têm na instituição. Mais uma vez nos parece que a vinculação a uma figura de referência favorece o bom desenvolvimento infantil.

Em oposição ao quadro que acabámos de descrever, verificamos que a Inês, o João, o Pedro e o Ricardo não ultrapassam os 91% no quociente geral do desenvolvimento. O que há de comum a estas quatro crianças é o facto de todos terem sido institucionalizados à nascença e de nenhum ter um adulto de referência que lhes permita pôr em curso a apetência inata para se vincularem.

Depois de observarmos o desenvolvimento destas crianças através da *Griffiths*, fomos observar os comportamentos de retirada da relação através da *BADS*.

As crianças que apresentam maior número de comportamentos de retirada e com índices patológicos mais claros são o Ricardo, o Pedro e o João. Quase todas as outras crianças apresentam sinais de dúvida em relação ao carácter patológico de algumas das categorias observadas. Tal como é descrito no enquadramento teórico da *BADS*, citando Cohn & Tronick, 1983; Field, 1984; Selfer & Dickstein, 1993, "a um nível

macroscópico, a retirada das crianças está relacionada com uma atitude maternal não contingente ...”. Ora, daí se compreende que a grande maioria das crianças observadas apresenta, mais ou menos intensamente, comportamentos de retirada.

Nenhuma das crianças que observámos apresenta uma vinculação segura, ainda que algumas apresentem comportamentos de vinculação com referência à figura materna. As interacções das díades cingem-se aos períodos de visita da mãe à instituição, o que faz com que períodos de interacção intermitentes provoquem uma vinculação insegura. Assim, apesar destas crianças apresentarem algum tipo de vinculação, apresentam também, ainda que menos pronunciados, comportamentos de retirada da relação, uma vez que a mãe não é uma figura estável nos seus cuidados, acabando, deste modo, por não ser contingente.

Tal como foi referido, as crianças que apresentam maior incidência e maior intensidade de comportamentos de retirada da relação foram todas institucionalizadas à nascença, não apresentando uma vinculação dirigida a uma figura de referência materna.

Também, como é descrito no enquadramento teórico da BADS, “uma criança com comportamentos de retirada, tem a capacidade específica para desviar a atenção de si. Um comportamento de retirada prolongado seja qual for a causa, representa um risco psicológico e desenvolvimental”. No nosso estudo, verificámos que esta afirmação é tanto verdade quanto mais precocemente for institucionalizada a criança, permanecendo na instituição sem um projecto de vida em curso, em tempo real longo e em tempo psicológico impossível a uma boa vivência. Parece-nos, ainda, que o sofrimento intenso que estas crianças experimentam em idade tão precoce potencializa em muito o número de meses, ou até anos que (des)esperam por um adulto disponível só para elas. As

consequências parecem ser, a partir de certa altura, a impossibilidade de um dia ser reestruturado por completo um eu com lacunas profundas com base nos afectos.

Seguidamente, observámos a relação destas crianças institucionalizadas com as educadoras da instituição.

Verificámos que na maioria das vezes a criança inicia indiscriminadamente a interacção com a educadora, ou qualquer outro adulto, o que nos faz pensar que a educadora não será uma figura estável, sistemática, continente, “suficientemente boa”, para exercer o papel de substituto materno e promover a vinculação da criança.

Parece-nos, também, ser relevante o facto de ser na categoria referente a modalidades cognitivas na exploração dos objectos que as crianças observadas apresentam um índice patológico menos significativo. Constatámos que estas crianças desenvolvem mais a exploração dos objectos do que a exploração da relação afectiva. A educadora é procurada para apoio da situação interactiva apenas como o único adulto presente e não como a figura de referência, securizante para a criança. A educadora tem como que uma função mais instrumental e menos reguladora dos afectos. Nenhuma das crianças que nunca conheceu um colo materno parece regular os seus afectos através do substituto materno. Parece-nos que há diferenças significativas na vinculação e desenvolvimento entre as crianças que nunca tiveram um colo materno e aquelas que foram separadas precocemente deste colo materno. Os substitutos maternos da instituição parecem servir minimamente a regulação dos afectos das crianças que tiveram, durante os primeiros meses de vida, contacto com a mãe e, só depois dos seis meses, foram institucionalizadas. Estas crianças apoiam-se mais na situação interactiva e acalmam-se mais depressa na presença da educadora. As crianças institucionalizadas desde a nascença parecem mais independentes da situação interactiva, sendo a vinculação ao substituto materno escassa ou inexistente. Parece-nos, então, que o

trabalho das educadoras, por turnos, provocam uma descontinuidade na vida destas crianças que se vai manifestar por uma instabilidade, padrões de vinculação inseguros ou inexistentes, um controlo tardio dos esfíncteres, uma tendência para determinados quadros somáticos: infecções respiratórias, refluxo gastro-esofágico, etc.

Outra questão que nos parece não favorecer o desenvolvimento da criança, nem a disponibilidade da educadora para exercer o papel de substituto materno, é o facto de, na instituição onde recolhemos os dados, estas crianças estarem agrupadas por idades. Parece-nos que uma criança inserida numa família relaciona-se com irmãos de várias idades, sendo positivo para o seu desenvolvimento a interacção com crianças mais velhas e mais novas. Aqui, ao estarem todos ao mesmo nível etário, têm todos ao mesmo tempo as mesmas dificuldades inerentes à idade de desenvolvimento que atravessam, o que torna o funcionamento de alguns grupos caótico. Sendo que a interacção com o substituto materno é determinante para um bom desenvolvimento, as crianças ficam frustradas e desorientadas perante a impossibilidade de dois ou três adultos darem resposta às necessidades tão urgentes de meia dúzia de crianças ao mesmo tempo.

Parece-nos que o facto de o Rui ser, de entre o grupo de crianças observadas, aquele que apresenta o melhor desenvolvimento global - sendo também uma criança de aspecto sereno, que apresenta uma expressão adequada dos afectos, que tem preferências nos pares, que tem uma relação de apoio interactivo com a educadora e apresenta comportamentos de aproximação e vinculação à mãe que se apresenta diariamente no CAO, onde permanece algumas horas dando-lhe banho, alimentando-o, etc. - confirma, como temos vindo a compreender, que a presença de um adulto de referência é determinante para um bom desenvolvimento dos afectos e, portanto, do desenvolvimento global. Verificamos que, mesmo que existam condições adversas ao

bom desenvolvimento da criança (a institucionalização), se existirem condições mínimas de facilitação da vinculação, as crianças parecem, melhor ou pior, pôr em curso mecanismos de defesa, inerentes ao desenvolvimento, que lhes permitam crescer adequadamente. Quando nunca existiram condições para que se desenvolvesse uma vinculação (bebés institucionalizados à nascença e sem visitas maternas sistemáticas), parece que o sofrimento destas crianças é muito maior, partindo de uma desorganização dos afectos e fazendo-se sentir em todas as áreas do desenvolvimento psicológico e físico, levando inclusivamente a uma maior somatização dos sintomas, lembrando Glasser: num grito de sofrimento, que não pode mais ser reprimido.

CAPITULO 8

8.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nas crianças que observámos, parece ser nítida a diferença existente, em termos de desenvolvimento, entre aquelas a quem, de algum modo, foi propiciado algum tipo de vinculação, em alguma altura das suas vidas, e aquelas que, desde a nascença, nunca acederam a nenhuma relação com uma figura de referência.

Tal como constatámos no capítulo 1, e a propósito de Bower, "... a aproximação de um estranho ou afastamento da mãe suscitam medo porque o bebé aprendeu a comunicar, mas apenas com uma só pessoa". Como foi anteriormente referido, se o tempo de separação for superior àquele que o bebé consegue mentalizar, isso pode dar lugar a diversos distúrbios no desenvolvimento da criança.

Quando referimos Shaffer, verificámos também que a criança se vincula ao adulto socialmente atento e não propriamente àquele que lhe presta apenas cuidados físicos. A este propósito, verificámos que as crianças que observámos permanecem há pelo menos dez meses na instituição em causa e têm idades inferiores a dois anos, pelo que, sendo expostas aos cuidados de várias educadoras em sistema rotativo e com uma média de oito crianças a seu cargo, torna-se praticamente impossível que estas educadoras funcionem como substitutos maternos: não só prestadores de cuidados físicos, mas também adultos de referência, psicologicamente atentos ao bebé.

Vimos com Coimbra de Matos, Bowlby, Stern, entre outros, que a vinculação positiva é, à nascença, uma predisposição do bebé para estabelecer relações afectivas com adultos da mesma espécie. Nas observações, verificámos que isto parece ser verdade: numa primeira fase assistimos repetidamente, e de uma forma geral em todos os bebés institucionalizados desde a nascença, a um "espernear" desesperado por esta

relação de vinculação. Verificámos também que, à medida que não há capacidade de resposta do adulto (as educadoras ou nós, enquanto observadores) e após várias tentativas frustradas, as crianças não só desistem de procurar esse contacto, como vão criando lacunas no desenvolvimento em geral. Assistimos a um maior desenvolvimento da locomoção ao contrário das outras áreas, o que nos faz crer que estas crianças criam uma pseudo-autonomia: mostram-se “soltos” por fora, mas, no fundo, fogem de uma solidão interna que os sufoca, que os prende por dentro. Esse movimento de fuga externa ao seu mundo interno, sem referências securizantes, nunca será um mecanismo eficiente no crescimento, sendo antes uma forma de respirar uma desorganização, um sofrimento que não permite crescer.

Tal como vimos até agora, as primeiras experiências de vida do bebé, mediadas pela mãe ou pelo substituto materno, têm um valor fundamental no modo como a criança vai interagindo com o mundo e com os outros, construindo a sua personalidade. A mãe vai apresentando o mundo à criança em «pequenas doses», o que lhe vai permitindo ir-se constituindo como pessoa inteira e, mais ou menos, «colorida».

Outras pessoas vão entrar na vida da criança como o pai, a professora, etc, e também aqui a criança tem muitas chances de saber gerir estas relações, se as bases relacionais com a mãe, nos aspectos que já vimos, foram sólidas. As crianças que observámos têm, por isto, mais hipótese de vir a ter relações adultas fracassadas e causadoras de sofrimento.

Na área de desenvolvimento da linguagem, detectámos também, de uma forma geral, mas com mais incidência nas crianças institucionalizadas à nascença, um défice significativo.

Como foi descrito no capítulo 1, na perspectiva de Halliday, o desenvolvimento da linguagem passa por sete funções: instrumental (“eu quero”), reguladora (“faz como

te digo”), interpessoal (“Eu e Tu”), pessoal (“aqui estou”), heurística (diz-me porquê”) e imaginativa (“vamos fingir”).

Se pensarmos estas crianças à luz destas fases, facilmente nos apercebemos que há aquisições básicas a que as crianças que observámos dificilmente acedem, e que isso se vai repercutir no desenvolvimento da linguagem.

Como vimos em capítulos anteriores, o bebé interessa-se pelo adulto, revê-se nele, reconhece-se e dá início à estruturação do seu próprio Eu. Só à medida que se vai desenvolvendo é que vai conseguindo aceder ao ponto de vista do outro, separando-se dele. É aqui que, para o bebé, se estruturam as primeiras bases do Eu, depois o Tu e, seguidamente, a relação interpessoal Eu-Tu. Como já constatámos por diversas vezes, as crianças que observámos, ou nunca estruturaram nenhuma vinculação (institucionalizadas à nascença), ou sofreram separações da figura de vinculação desde, pelo menos, os seis meses, e assim permanecem há, pelo menos, dez meses. Ora, no caso das primeiras, são crianças com lacunas primárias do Eu, que nunca tiveram oportunidade de se reconhecer como reflexo do espelho do amor de uma mãe; no caso das crianças que sofreram uma separação da figura de vinculação, iniciaram provavelmente, melhor ou pior, este reconhecimento do Eu, através de uma figura de referência, mas logo se seguiu uma separação prolongada demais para que o Tu não fosse interiorizado como abandonante ou maltratante, e o Eu não fosse mentalizado como insuficientemente “bom” para captar o amor daquele Tu – a figura de vinculação.

Deste modo, verificamos que, apesar de, de uma forma geral, e também na linguagem, as crianças institucionalizadas à nascença apresentarem défices maiores, também aquelas que foram institucionalizadas com idades a partir dos seis meses sofrem as maiores lacunas do seu desenvolvimento nesta área. Parece que as estruturas básicas do Eu estão na origem destas lacunas.

Num estudo Alemão de 1993, que anteriormente referimos, verificámos que a qualidade das interacções mãe/filho é tão predita do desenvolvimento cognitivo posterior como os testes de desenvolvimento aplicados à nascença. Na nossa amostra, a correlação da interacção mãe-filho com o desenvolvimento cognitivo parece ser uma realidade. O desenvolvimento cognitivo é inferior à média esperada para a idade das crianças em causa e parece, também, que quanto mais inexistente foi a relação de vinculação com um adulto de referência, maiores lacunas parece apresentar o desenvolvimento da criança.

A este propósito, dedicámos, em capítulos anteriores, algumas linhas a Spitz, que nos descreve os efeitos da privação afectiva parcial e o efeitos da privação afectiva total. Do seu ponto de vista, "a ausência da mãe equivale à carência emocional". O autor estabelece uma evolução negativa, à medida que a privação dos afectos se vai transformando em abandono total. Descreve uma deterioração progressiva, que passa por quatro estádios: "interrupção do desenvolvimento psicológico, disfunções psicológicas paralelas a mudanças somáticas, predisposição crescente à infecção e alta taxa de mortalidade". Também na nossa amostra as diferenças entre crianças que têm oportunidade de estabelecer uma relação de vinculação e aquelas em que isso não acontece parece promover diferenças consideráveis. As crianças que observámos não interrompem o desenvolvimento, mas estabelecem, em geral, um padrão evolutivo abaixo do esperado para a sua faixa etária; apresentam também disfunções psicológicas com mudanças somáticas, e uma tendência para infecções. As crianças que observámos parecem, efectivamente, somatizar em lugar de mentalizar a solidão, desde a nascença para umas, e desde a separação para outras. O sofrimento a que parecem estar sujeitas torna-se insuportável numa estrutura mental tão precária e parece só lhes restar a somatização como forma de atenuar um pouco este sofrimento. Todas apresentam

quadros de infecção com alguns internamentos hospitalares. Não assistimos a nenhum caso de morte.

Observámos que uma das crianças (Rui) que foi institucionalizada à nascença, e que se trata da única que mantém diariamente um contacto físico com a mãe no espaço da instituição, apresenta, de todo o grupo - institucionalizadas à nascença, ou não -, o melhor perfil de desenvolvimento, com uma boa relação social com os adultos e pares e relativa facilidade na expressão dos afectos negativos e positivos. Apesar disto, a tendência para um gráfico de desenvolvimento em que a locomoção apresenta o ponto mais alto mantém-se, mas a tendência geral para que a linguagem constitua o ponto mais baixo não se confirma. Deste modo, parece-nos que talvez o factor mais importante em toda a estruturação futura da criança seja a possibilidade de estabelecer uma vinculação com um adulto de referência, devendo esta ser contínua e sistemática.

Das nossas observações, constatámos que o modo como se estabelece a vinculação (segura ou insegura), assim como o modo como esta se desenvolve - na instituição, ou num meio familiar considerado pelos organismos que pedem a institucionalização das crianças como desadequado - tem repercussões no desenvolvimento. No entanto, como podemos constatar, é, sem dúvida, a ausência total de um adulto com quem a criança possa estabelecer a vinculação que se mostra como o mais desorganizador do desenvolvimento psicológico e, provavelmente, é também o potencial factor gerador de um comprometimento grave das futuras relações da criança (crianças institucionalizadas desde a nascença).

Detivemo-nos, longamente, sobre o pensamento de Bowlby e, também nas premissas deste autor, vimos enquadrados algumas das observações do nosso estudo. Em Bowlby, "o essencial para a saúde mental é que o bebé e a criança pequena experimentem um relacionamento carinhoso íntimo e contínuo com a mãe (ou substituto

permanente), no qual ambos encontrem satisfação e prazer”. Partindo deste ponto de vista, observámos que as crianças que passaram os primeiros tempos de vida em família e depois foram institucionalizadas apresentam um sofrimento característico desta separação, mas, por outro lado, parecerem apresentar uma estrutura menos desorganizada do que aqueles que nunca tiveram um colo. O facto delas terem sido institucionalizadas, na sua maioria, por negligência familiar e, sendo filhos de grupos sociais pouco estruturados (prostituição, toxicoddependência, patologia mental), leva-nos a pensar que não terão sido crianças “suficientemente amadas”. No entanto, parece que entre a suposta “desadequação do amor” que estas crianças recebiam no meio familiar - tendo isso levado à institucionalização - e a “ausência de um amor” nunca conhecido - para aquelas que foram institucionalizadas à nascença - parece evidente, no nosso estudo, que as primeiras apresentam um prognóstico de desenvolvimento psicológico mais favorável do que as segundas. Na nossa amostra não ficou claro, para nós, que, tal como Bowlby refere, as repercussões da institucionalização sejam mais acentuadas quanto mais tempo a criança se mantiver institucionalizada. As crianças que permanecem há mais tempo na instituição não parecem apresentar grandes diferenças no desenvolvimento global. Parece-nos, sim, que a maior relevância se deve à idade em que essa institucionalização se dá, com as consequência inerentes à afecção do Eu, que parece que quanto mais cedo a criança é exposta à solidão afectiva, mais as estruturas do eu se encontram afectadas com repercussões graves em todo o desenvolvimento. Talvez as crianças que foram separadas das famílias vivam na esperança do regresso. No entanto, se este período de espera for longo demais, e a criança já não for capaz de mentalizar este tempo, através da representação de permanência do objecto, passa, então, a sofrer as repercussões, não duma separação, mas de um abandono.

Como já vimos em capítulos anteriores, o tempo, na primeira infância é mais subjectivo e dependente das instâncias psíquicas do que em qualquer outra fase da vida: torna-se indutor da suportabilidade, ou não, do tempo real de institucionalização a que as crianças são expostas.

Se a institucionalização se mantiver por muito tempo e a criança se deparar com uma solidão contínua - sendo que "... a solidão supõe que se esteja sozinho por dentro, perante a desesperança que surge das desilusões que se acumulam. Torna-nos mais carentes (de relações que cicatrizem), mais assustados (como um ouriço perante quem se aproxime), e mais prudentes (um pouco como os gatos, a quem a água que escaldou ameaça mesmo que esteja fria " (Sá, E. ; 1997) – a sua vida não será mais do que sucessivas tentativas frustradas de estabelecer uma relação afectiva privilegiada; no fundo, uma série de *viagens adiadas ao sexto continente*. Quando estas viagens são sucessivamente adiadas, este continente transforma-se numa ilha sem passagem terrestre.

CAPITULO 9

9.1 CONCLUSÕES

Em conclusão, verificámos que há diferenças consideráveis entre as crianças que são separadas das famílias em idade precoce e as crianças que foram institucionalizadas à nascença. Apesar de todas apresentarem algum grau de défice desenvolvimental e nas relações interpessoais, todo o desenvolvimento parece mais comprometido para as

crianças institucionalizadas à nascença, assim como os sinais de sofrimento parecem ser maiores nestas e o prognóstico mais comprometido.

Sendo o Estado o “Pai” destas crianças, não deveria ser o primeiro a defendê-las das burocracias, e a dar-lhes mais rapidamente o direito a uma família? Porque ficarão muitas das crianças que entram nos centros de acolhimento anos à espera de poderem crescer com potencial felicidade? Ou porque é que um bebé que se encontra num potencial risco de desenvolvimento, se continuar na instituição, aí continua como se a sua vida parasse (ou como se o tempo real pudesse ser coincidente com o tempo psicológico), à espera de uma solução? São perguntas para as quais, os técnicos, em geral, não têm uma resposta.

Foram, também, estas questões que nos levaram a que, por vezes, nos sentíssemos frustrados, revoltados, com vontade de desistir, fruto do desgaste que provoca o sentimento de impotência perante seres tão desprotegidos e já com um passado carregado de sofrimento, como são a maioria destas crianças. Mas é o sentir, às vezes, que se aliviou o sofrimento daquela criança, durante aquele minuto, que leva a que a frustração se transforme em redobrada capacidade de atenção em relação a cada uma das crianças do centro de acolhimento, para que, se mais não tiver ao nosso alcance, enquanto técnicos inseridos num sistema deficiente, possamos aliviar muitos minutos de sofrimento.

Outra das dificuldades encontradas diz respeito à dinâmica da própria instituição, que, por mais que se tente equiparar à dinâmica familiar, nunca o consegue, possuindo algumas características muito específicas que vão fazer com que as crianças institucionalizadas tenham alguns padrões de comportamento idênticos. Referimo-nos, por exemplo, aos turnos das educadoras, que provocam uma descontinuidade na vida destas crianças que se vai manifestar por uma instabilidade, padrões de vinculação

inseguros ou inexistentes, uma tendência para determinados quadros somáticos - infecções respiratórias, refluxo gastro-esofágico, etc. Sintetizando, crianças tão novas não podem mentalizar a ausência desde a nascença ou a separação em idade precoce, sendo natural que caiam num sofrimento somático e psicológico, como a sua única forma de expressão.

Outra questão que nos parece não favorecer o desenvolvimento da criança é o facto de estas crianças estarem agrupadas por grupos de idades. Parece-nos que uma criança inserida numa família relaciona-se com irmãos de várias idades, sendo positivo para o seu desenvolvimento a interacção com crianças mais velhas e mais novas. Aqui, ao estarem todos ao mesmo nível etário, têm todos ao mesmo tempo as mesmas dificuldades inerentes à idade de desenvolvimento que atravessam, o que torna alguns grupos de uma idade mais "trabalhosa" caóticos, deixando as crianças frustradas e desorientadas perante a impossibilidade de um ou dois adultos darem resposta às necessidades tão urgentes, de meia dúzia de crianças ao mesmo tempo.

Uma das conclusões principais a que chegámos é que parece que todo o sistema de apoio a crianças que não têm figuras parentais capazes de se ocuparem dos filhos se estrutura com base na premissa que, seja qual for a idade das crianças, estas serão acolhidas em centros de acolhimento, por tempo indeterminado, devido a situações de maus tratos activos ou negligência socio-familiar dos cuidados básicos. Pensamos que a idade tão precoce com que algumas crianças são acolhidas em centros de acolhimento, e o tempo que passa até que os seus projectos de vida estejam definidos e as situações legais sejam resolvidas para que aqueles projectos sejam postos em curso, são também factores maltratantes. E o Estado que, ao acolher estas crianças, fá-lo ao abrigo do seu dever de defensor dos direitos universais da criança, ao permitir que estas se enquadrem num sistema que não promove o seu desenvolvimento, assim como potencializa o

sofrimento, deixa de ter uma representação de Estado “Pai”, para mais se assemelhar a um Estado “Padrasto”.

Tal como vimos na introdução, continuamos a ter muitas perguntas e poucas respostas, enquanto o sistema de protecção a estas crianças for um sistema paralelo àquele que foi considerado inadequado para o crescimento da criança e do qual foi retirada.

Será que se houvesse mais técnicos com formação adequada a fazer intervenção de campo em famílias de risco, algumas destas crianças necessitariam mesmo de passarem por um processo de separação?

Será legítimo que aos pais das crianças abandonadas sejam dadas oportunidades de estruturarem e reestruturarem a sua vida, enquanto crianças tão pequenas vêm o seu crescimento adiado, à espera de uma sentença de incompetência parental para poderem crescer? Porque é que os direitos dos adultos à parentalidade estão, na prática, mais defendidos do que os interesses das crianças, quando estas estão num período mais susceptível de determinar o futuro bom desenvolvimento, com potenciais repercursões graves ao nível da sua vida adulta, sendo efectivamente verdade que estas crianças não precisam, necessariamente, dos pais biológicos, mas de alguém que as ame incondicionalmente e que lhes dê o colo para poderem crescer ?

Provavelmente, estas crianças - a quem foi induzido e mantido indeterminadamente um sofrimento inerente à ruptura, sem substituto consistente, com quem propicie o desenvolvimento dos afectos, em idade tão precoce -, e de acordo como observámos em vários autores, vão eles próprios ser potenciais pais abandonantes, maltratantes ou negligentes. E o ciclo repete-se: as crianças que, no passado, o Estado não defendeu eficazmente em idade precoce são, agora, os pais que defende no seu direito de exercer a parentalidade, ao mesmo tempo que outras crianças sofrem o

mesmo processo de abandono. Será este um ciclo vicioso, em que as soluções de protecção tomadas em relação às crianças não passam de medidas de pseudoprotecção, reprodutoras de um sofrimento psicológico mantido e herdado do seu próprio modelo de afectos, e cristalizador de um modelo social deficiente ?

Não temos respostas para estas questões, mas procurámos reflectir e sobretudo salientar que não podemos separar as crianças das famílias maltratantes, abandonantes ou negligentes e inseri-las num sistema com custos paralelos ao nível das repercussões psicológicas do crescimento, e mesmo das repercussões sociais de um ciclo que parece tender a repetir-se de geração para geração.

CRÍTICA A ESTE ESTUDO

Inicialmente, tivemos algumas dúvidas quanto às características diversas da nossa amostra. Havia crianças com APGAR muito baixo, outros prematuros, outros filhos de gravidezes com consumo de drogas, outros que teriam negativado o HIV, outros institucionalizados à nascença, outros separados das mães após alguns meses de vida, etc. As características eram muito diversas. Rapidamente concluímos que, se levássemos em conta estas características como variáveis estranhas ao nosso estudo, não seria possível realizar este estudo, apesar de continuarmos a acreditar na pertinência do mesmo. Concluímos, então, que a amostra das crianças em condição – centro de acolhimento, é tão diversa que não só não é possível excluir todas as crianças que apresentem alguma das características referidas, como, se o fizéssemos, estaríamos nós, possivelmente, a criar um cenário, esse sim, fictício. As amostras estudadas não devem ser construções fictícias de estudos ideais, mas objecto de um estudo de um contexto o mais real possível. A heterogeneidade é, então, uma característica da nossa amostra e, como tal, todas as características foram inseridas numa análise qualitativa de cada criança.

Não tivemos a pretensão que este estudo fosse representativo de tal modo que seja legítimo a generalização dos resultados.

Pensamos que, devido à diversidade dos temas psico-sociais inerentes à população estudada, e também devido ao número insuficiente para permitir a generalização dos dados obtidos em relação a crianças residentes em centros de acolhimento em condições equivalentes, cabe-nos contribuir com um estudo qualitativo referente à amostra que escolhemos, de onde tirámos ilações várias com as quais pretendemos alertar para o risco de algumas situações, e sugerir hipóteses de novos

estudos. Seria de todo o interesse que outros investigadores se viessem a deter quer com estudos longitudinais de crianças de centros de acolhimento inseridas, posteriormente, em novas famílias, quer sobre estudos que investiguem a intervenção de campo em famílias de risco para a prevenção da institucionalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, K. (1991). *Teoria psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago.

Ajuriaguerra, J.; Marcelli, D.; (1982). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris: Masson.

Alarm Détresse Bébé "Brune". (1997). I.P.P.

Alessandri, S. (1992). Mother child correlates of maltreated and nonmaltreated children's play behavior. *Development and Psychopathology*, Vol 4(2) 257-270

Anderson, J. (1972). *Ethological studies of child behaviour*. Londres. Cambridge University press.

Brazelton, T.; & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Termmar editores

Bower, T. (1983). *Uma introdução ao desenvolvimento da primeira infância*. Lisboa: Moraes editores.

Bowlby, J. (1990). *Apego*. São Paulo: Livraria Martins Fontes

Bowlby, J. (1984). *Separação, angústia e raiva*. São Paulo: Livraria Martins Fontes

Bowlby, J. (1990). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Livraria Martins Fontes

Bowlby, J., (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.

CID 10 (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Convenção sobre os direitos da criança, *Diário da República I*, série A, nº211-12-9-1990.

Courtney, M.; Wong, Y. (1996). Comparing the timing of exits from substitute care. *Children and Youth Services Review*, vol 18(4-5) 307-334.

Cramer, B. (1991). *Profession bébé*. Paris: Édition Calmann-Lévy.

Cyrułnik, B. (1995). *Sob o signo do afecto*. Lisboa: Instituto Piaget.

Diniz, S. (1993). *Este meu filho que eu não tive*. Lisboa: Edições Afrontamento.

Diniz, S. (1997). A criança maltratada – um ponto de vista. *Encontro sobre o desenvolvimento psicológico e social da criança e do adolescente*. Lisboa: CEJ

Esser,-Gunther; Dinter,-R.; Jorg,-M.; Rose,-F. (1993). Bedeutung und Determinanten der fruhen Mutter-Kind-Beziehung. *Zeitschrift-fur-Psychosomatische-Medizin-und-Psychoanalyse*. Vol 39(3) 249-264. German.

Évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *Psychiatrie de l'Enfant*, 34 (1), 171-275.

Fairbairn, W. (1963). Synopsis of an Object-relations Theory of the Personality. *International Journal of Psycho-analysis*, 44, 224-225.

Ferreira, T.S. (1997). *Relatório de estágio*. Cadeira de Seminário de estágio da área de psicologia clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Field, T. (1996). *Attachment and separations in young children*. Annual Reviews.

Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood*. New York: University Press.

Granjon, E. (1997). Família e transgeracionalidade. *Colóquio da Família e transgeracionalidade*. Lisboa.

Griffiths, R. (1970). *The abilities of young children*. Londres: Child Development Research Center.

Grinberg & outros. (1991). *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.

Halliday, M. (1975). *Learnig how to mean: explorations in development of language*. Londres: Arnald.

Journal de Psychanalyse de l'enfant, 1992, Paris: Bayard éditions.

Joseph G., Freud, A., Solinit, A. 1987. *No Interesse da Criança*. São Paulo. Martins

Fontes

Juffer, F. et al. (1997). Infant-mother attachment of international adopted children in the Netherlands. *International Journal Behavior Development*.

Klaus, M.; Kennel, J. (1993). *Pais/bebé, a formação do attachment*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kreisler, L.; Fain, M.; Soulé, M.; (1981). *A criança e o seu corpo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Kreisler, L. (1985). *Bases clínicas de la psiquiatria du nourrisson*. Paris: P.U.F.

Lebovici, S., & Lamour, M. (1991). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires:

Lopes, P. (1997). Comportamentos de retirada e depressão. Tese de Licenciatura em Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Lei nº4/84 de 5 de Maio, *Diário da República I*, série A, nº 81 de 5/5/84.

Lei nº 17 de 9 de Junho de 1995, *Diário da República I*, série A, nº 134 de 9/6/95

Levy, D. (1937). Primary Affect Hunger. *American Journal of Psychiatry*, 94, 643-652.

Matos, A., C. (1995). Apontamentos não publicados in *Aulas de Psicopatologia Geral*.

Lisboa: I.S.P.A

Machado, S., Collen, E. (1985). *Programa de requalificação e redimensionamento da rede de equipamento social*. Lisboa: S.C.M.L.

Meins, E. (1997). Security of attachment and maternal tutoring strategies: interaction within the zone of proximal development. *Brit. Journal Development Psychol.*

Miller, A. (1998). *O drama de ser criança*. Lisboa: Paz editora

Montagner, H. (1990). *A Vinculação*. "A Aurora da Ternura". Lisboa: Instituto Jean Piaget.

Ornelas, J. (1994). Suporte Social : Origens, Conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*. 2/3 , (XII), p. 333-339. Lisboa: ISPA.

Pereira, P. (1998). *O espaço e o tempo*. Lisboa: Fim de século.

Pérez-Sanches, M. (1983). *Observación de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Price, A. (1994). Effects of maternal deprivation on the capacity to play: Winnicottian perspective on work with inner-city children. Special Issue: Child analytic Work. *Psychoanalytic Psychology*, Vol 11(3) 341-355.

Rayner, E. (1978). *O desenvolvimento do ser humano*. Lisboa: Edições 70.

Rank, O. (1929). *The Trauma of Birth*. London: Kegan Paul.

Recommandation n° R (79) 17, Conseil de l'Europe, adoptée par le comité de Ministres le 13 September 1979.

Sá, E.; (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.

Sá, E.; (1995). *Más maneiras de sermos bons pais*: Fim de Século.

Sá, E. & Cunha, M. J.; (1996). *Abandono e adopção*. Coimbra: Almedina.

Santos, F., e Marcelino, S. (1996). Internatos de menores: Que suporte Social? *Tese de conclusão de curso*. Coimbra: Instituto Superior de serviço social.

Schaffer, H. (1971). *The growth of sociability*. Londres: Pinguim.

Scher, A. (1997). Changes in negatives emotionality in infancy: the role of mother's attachment concerns. *Brit. Journal Development Psychol.*

Segal, H., (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago

Seifer, R.; Shiller, M.; et al. (1996). Attachment, maternal sensitivity, and infant temperament during the first year of life. *Develop. Psychol.*

Spitz, R.; (1998). *O primeiro ano de vida*: São Paulo.

Stern, D. (1992). *Bebé/Mãe: primeira relação humana*. Lisboa: Ed. Salamandra.

VVAA (1996). *Crianças em risco*. Doc. Da Direcção-Geral da Acção social. *Programa Ser criança*.

VVAA (1997). *Crianças em Risco. Compilação dos textos da acção de formação realizada na Santa Casa da Misericórdia*.

Verríssimo, M.; Blicharski, T.; Stryer, F.; Santos, A. (1995). A vinculação e estilos de comunicação da criança. *Análise Psicológica*, nº 172, Série XIII.

Winnicott, D. W. (1957). *L'enfant et le monde exterieur*. Paris: Payot.

Winnicott, D. W. (1985). *Os bebés e as suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Zazzo, R.; Lebovici, S. (1974). *A vinculação*. Lisboa: Sociocultur.

SUMÁRIO

Foi realizado um estudo sobre a vinculação/desenvolvimento de crianças em risco, com idades compreendidas entre os 11 meses e os 24 meses. Estudou-se de que modo a forma como se estabelece a vinculação de crianças abandonadas à nascença, ou separadas da figura materna após alguns meses de convivência, influencia o desenvolvimento global. Concluímos que há diferenças de desenvolvimento entre as crianças institucionalizadas à nascença, e aquelas que sofreram a institucionalização após os primeiros meses de vida em contacto com a figura materna. As crianças institucionalizadas à nascença parecem apresentar padrões de *attachment* mais desorganizados ou inexistentes e um perfil de desenvolvimento global com maiores lacunas do que as apresentadas por crianças institucionalizadas com alguns meses de vida. Destacou-se no perfil de desenvolvimento global da grande maioria das crianças um desenvolvimento acima da média da sua faixa etária na área de *locomção* e um subdesenvolvimento acentuado na área da *linguagem/audição*.

ABSTRACT

The study is about attachment/development in high risk infants. Attachment patterns in abandoned or separated from the maternal figure, institutionalized infants (until two yrs) were studied, as well as the relation between those patterns and the infants' global development. The conclusion was that there are development differences between infants that are institutionalized at birth and those that have been institutionalized after spending a few months with the maternal figure. Infants who are institutionalized at birth seem to have more disorganized or non-existing attachment patterns and their global development profile presents greater flaws. Their locomotion is above average for their age group, but in what concerns language the results are much below average for their age group.

ANEXOS

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA INTERACÇÃO DAS CRIANÇAS COM O SUBSTITUTO MATERNO

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	Rita	Ana	Ricardo	Pedro	Rui	Maria	João	Inês	Rute	Paula
COMPORTAMENTO COM O SUBSTITUTO MATERNO	Inicia preferencialmente a interacção com a "mãe"										
	Só inicia interacção com a "mãe" quando estimulada										
	Colada à "mãe"										
	Inicia indiscriminadamente interacção com a "mãe" e outros										
	Não inicia ou raramente inicia interacção com a "mãe"										
	Desconhecido										
MODALIDADES DE APROXIMAÇÃO : Olhar, Sorrir, Vocalizar, tocar, Segurar, aproximar	Com 4 ou mais modalidades										
	Com 3 modalidades										
	Com 2 modalidades										
	Com 1 modalidade										
	Com nenhuma										
	Desconhecido										
CAPACIDADE DE REGULAÇÃO DOS AFECTOS	Acalma-se preferencialmente com a "mãe"										
	Acalma-se preferencialmente com objectos										
	Necessita de actividade interactiva permanente										
	Utiliza preferencialmente modalidades próprias										
	Acalma-se de forma imprevisível										
	Desconhecido										
MODALIDADES DE EXPRESSÃO AFECTIVA	Respostas frequentes de satisfação										
	Respostas frequentes de desagrado										
	Respostas afectivas pouco diferenciadas										
	Respostas de desinteresse/apatia										
	Respostas intermitentes e imprevisíveis										
	Desconhecido										
MODALIDADES COGNITIVAS NA EXPLORAÇÃO DE OBJECTOS	Apoia-se regularmente na situação interactiva										
	Depende excessivamente da situação interactiva										
	É independente das situações interactivas										
	É impossibilitada por uma dependência total da situação interactiva										
	Ausência de interesse pelos objectos										
	Desconhecido										
RESPOSTA À FRUSTRAÇÃO	Aceitação progressiva da frustração										
	Aceitação difícil da frustração										
	Oposição										
	Ignora interdição/Submissão excessiva										
	Desconhecido										

Nota: Considerámos, no que respeita ao desenvolvimento da criança, que a zona a verde não merece preocupações, a zona a amarelo insere sinais de alerta e a zona a vermelho insere-se em itens de dimensão psicopatológica clara

DOS RESULTADOS (Data

MESES):

	A	B	C	D	E	F	Escalas A a F	MESES
I						 items correctos =	
							10	
II						 items =	
							10	
III						 items =	
							3	
IV						 items =	
							3	
V						 items =	
							3	
VI						 items =	
							3	
VII						 items =	
							3	
VIII						 items =	
							3	
MESES EXTRA						 items =	
							3	
TOTAL							TOTAL	
I.M. (MESES)							I.M. (MESES) =	
I.C. (MESES)							I.C. (MESES) =	
$\frac{IM \times 100}{IC}$							Q.G. =	

PERFIL

	A	B	C	D	E	F
190						
180						
170						
160						
150						
140						
130						
120						
110						
100						
90						
80						
70						
60						
50						
40						
30						
20						
10						
0						

Nota: O Quociente Geral (Q.G.) pode-se obter tirando a média dos 6 subquocientes.

AÇÕES:

A		B		C		D		E	
LOCOMOTORA		PESSOAL - SOCIAL		AUDIÇÃO E LINGUAGEM		OLHO - MÃO		REALIZAÇÃO	
1	Em decúbito dorsal empurra com os pés as mãos do examinador.	1	Acalma-se quando lhe pegam ao colo.	1	Assusta-se com os sons.	1	Segue uma luz em movimento.	1	Reação ao Papel I - movimentos generalizados.
2	Em decúbito ventral levanta a cabeça.	2	Gosta do banho.	2	Emite sons para além do choro.	2	Fixa, por momentos, a argola de guizos.	2	Leva a mão à boca.
3	Segura a cabeça erecta durante alguns segundos.	3	Sorri.	3	Escuta uma campainha.	3	Segue a argola de guizos em movimento horizontal.	3	Faz movimentos enérgicos com os braços.
4	Pontapeia vigorosamente (decúbito dorsal).	4	Reconhece visualmente a mãe.	4	Procura o som com os olhos.	4	Segue a argola de guizos em movimento vertical.	4	Agarra a vareta posta na sua mão.
5	Levanta a cabeça na posição dorsal.	5	Segue uma pessoa com o olhar.	5	Lalação - 2 sons diferentes ex: "goo".	5	Segue a argola de guizos em movimento circular.	5	Reação ao Papel II - abana a cabeça vigorosamente.
6	As costas da criança devem agora estar firmes na posição sentada.	6	Sorri ou emite um som, em resposta ao olhar do examinador.	6	Atenta à música	6	Desvia o olhar de um objecto para outro.	6	Brinca com os dedos da mão.
7	Levanta a cabeça e os ombros em decúbito ventral.	7	Diverte-se quando se brinca com ela.	7	Procura o som movendo a cabeça.	7	Olha para a argola puxada por um fio, na superfície da mesa.	7	Resiste a que lhe tirem a vareta.
8	Mantém a cabeça direita.	8	Resiste quando o examinador tenta tirar-lhe o brinquedo da mão.	8	Escuta o diapasão.	8	Explora visualmente um meio ambiente novo.	8	Aperta o cubo colocado na sua mão e agarra-o.

MESES DE IDADE	OBSI								
	A	B	C	D					
LOCOMOTORA		PESSOAL - SOCIAL		AUDIÇÃO E LINGUAGEM		OLHO - MÃO		REALIZAÇÃO	
5	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	12	12	12	12	12	12	12	12	12
6	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	16	16	16	16	16	16	16	16	16
7	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	12	12	12	12	12	12	12	12	12
8	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	16	16	16	16	16	16	16	16	16

A

LOCOMOTORA

9 Levanta a cabeça e os ombros na posição dorsal.

10 Rola de um lado para o outro.

11 Reacção de Gatinho I - esboça movimentos.

12 Senta-se com um ligeiro apoio.

13 Decúbito dorsal para ventral e vice-versa.

14 Reacção de Gatinho II - tentativa vigorosa.

15 Senta-se sozinha por pouco tempo.

16 Reacção de Andar - um pé em frente do outro alternadamente.

B

PESSOAL - SOCIAL

9 Movimentos antecipatórios quando alguém faz menção de lhe pagar.

10 Vira a cabeça para a pessoa que lhe fala ou canta.

11 Estica-se para que lhe peguem.

12 Baba por uma chávena.

13 Manipula uma chávena ou colher, a brincar.

14 Distingue estranhos de familiares.

15 Reage com interesse à situação proposta - mesa do teste.

16 Zanga-se se lhe retiram o brinquedo.

C

AUDIÇÃO E LINGUAGEM

9 Vira a cabeça na direcção da campainha.

10 Emite um som ou pára de chorar, quando ouve música.

11 Conversa (balbúcia) para outro.

12 Faz 4 sons diferentes

13 Reage quando o chamam.

14 Balbúcia 2 sílabas ex: "loo-loo".

15 Escuta as conversas.

16 Balbúcia conjuntos de quatro sílabas

D

OLHO - MÃO

9 Agarra a argola quando lhe dão.

10 Segura a argola suspensa pelo cordel.

11 As mãos exploram a superfície da mesa.

12 Brinca com a argola de guizos.

13 Procura um brinquedo caldo.

14 Bate com um objecto contra outro.

15 Esboço de preensão com o indicador e o polegar.

16 Alcança a argola por meio de um fio.

E

REALIZAÇÃO

9 Reacção ao Papel III - tira-o.

10 Mostra interesse pela caixa amarela.

11 Segura dois cubos.



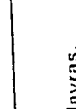
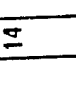
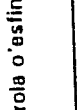

12 Apanha um cubo ou brinco da mesa.



13 Passa um cubo de uma mão para a outra.



14 Deixa cair um cubo para agarrar um terceiro.

15 Manipula dois objectos ao mesmo tempo.

16 Reacção ao Papel IV - rasga, amarrota ou brinca.

A		B		C		D	
LOCOMOTORA		PESSOAL - SOCIAL		AUDIÇÃO E LINGUAGEM		OLHO - MÃO	
						REALIZAÇÃO	
9	Desenvolve uma corrida rápida.	9	Maneja bem a chávena meia cheia, quase sem entornar.	9	Longos monólogos balbuciados (com algumas palavras).	9	Encaixe (2) 
10	Sobe para uma cadeira baixa e senta-se sem ajuda.	10	Tira as meias.	10	Gosta de ver um livro de imagens.	10	Consegue repor a tampa na caixa.
11	Anda para trás.	11	Tira os sapatos.	11	Usa 6 ou 7 palavras.	11	Encaixe (1) 
12	Anda puxando um brinquedo por um cordel.	12	Usa bem uma colher, sem se sujar.	12	Identifica objectos da caixa (2)	12	Põe 2 cubos na caixa e tapa-a.
13	Sobe e desce escadas de gatas.	13	Partes do corpo (1)	13	Usa 9 palavras.	13	Encaixe (2) 
14	Corre bem.	14	Dá sinal quando está suja.	14	Identifica objectos da caixa (4)	14	Encaixe (2) 
15	Senta-se os pés juntos.	15	Controla o esfíncter anal.	15	Vocabulário em imagens (1)	15	Encaixe (3) 
16	Trepa e fica de pé numa cadeira.	16	Partes do corpo (2)	16	Usa 12 palavras.	16	Encaixe (com rotação). 

A	B	C	D	E
LOCOMOTORA	PESSOAL - SOCIAL	AUDIÇÃO E LINGUAGEM	OLHO - MÃO	REALIZAÇÃO
17 Sobe escadas andando (com ajuda do adulto).	17 Tenta contar experiências.	17 "Frases" - 2 palavras.	17 Consegue ditar água de uma chávena para outra.	17 Encaixe (2) (com rotação). 
18 Senta-se à mesa numa cadeira já colocada	18 Controlo vocal diurno.	18 Vocabulário em imagens (2)	18 Torre de 5 cubos.	18 Idem.
19 Sobe e desce escadas andando.	19 Partes do corpo (3)	19 Usa 20 ou mais palavras.	19 Rabiscos circulares (limitação)	19 Arruma cubos nas caixas e tapa.
20 Dá um pontapé na bola.	20 À mesa, pede duas coisas pelo nome.	20 Identifica objectos da caixa (8)	20 Faz um comboio com três cubos.	20 Idem.
21 Consegue saltar um degrau a pés juntos	21 Partes do corpo (4)	21 Escuta histórias.	21 Idem.	21 Desenrosca o brinquedo de atarrachar.
22 Sobe e desce escadas com confiança	22 Consegue abrir uma porta.	22 Nomeia objectos da caixa (4)	22 Faz andar um cubo ou brinquedo.	22 Idem.
23 Atira a bola para um cesto	23 Colabora activamente a vestir-se ou a despir-se sozinho	23 Vocabulário em imagens (4)	23 Torre de 6 ou 7 cubos:	23 Encaixe (3) (invertido). 
24 Consegue trazer uma cadeira para a mesa, colocá-la em posição e sentar-se sem ajuda.	24 Começa a cooperar na brincadeira com outras crianças.	24 Usa frases de 4 sílabas.	24 Copia um traço perpendicular.	24 Idem.
Item = 2	Item = 2	Item = 2	Item = 2	Item = 2

A		B		C		D		E		OBSERVAÇÃO
LOCOMOTORA		PESSOAL - SOCIAL		AUDIÇÃO E LINGUAGEM		OLHO - MÃO		REALIZAÇÃO		
17	Sobe escadas andando (com ajuda do adulto).	17	Tenta contar experiências.	17	"Frasos" - 2 palavras.	17	Consegue duntar água do uma chávena para outra.	17	Encaixe (2) 	
18	Senta-se à mesa numa cadeira já colocada	18	Controlo vestical diurno.	18	Vocabulário em imagens (2)	18	Torre de 5 cubos.	18	Idem.	
19	Sobe e desce escadas andando.	19	Partes do corpo (3)	19	Usa 20 ou mais palavras.	19	Rabiscos circulares (limitação)	19	Ajunta cubos nas caixas e tapa.	
20	Dá um pontapé na bola.	20	A mesa, pede duas coisas pelo nome.	20	Identifica objectos da caixa (8)	20	Faz um comboio com três cubos.	20	Idem.	
21	Consegue saltar um degrau a pés juntos	21	Partes do corpo (4)	21	Escuta histórias.	21	Idem.	21	Desenroscas o brinquedo de atarrachar.	
22	Sobe e desce escadas com confiança	22	Consegue abrir uma porta.	22	Nomeia objectos da caixa (4)	22	Faz andar um cubo ou brinquedo.	22	Idem.	
23	Ajita a bola para um cesto	23	Colabora activamente a vestir-se ou a despir-se sozinho	23	Vocabulário em imagens (4)	23	Torre de 6 ou 7 cubos:	23	Encaixe (3) (invertido). 	
24	Consegue trazer uma cadeira para a mesa, colocá-la em posição e sentar-se sem ajuda.	24	Começa a cooperar na brincadeira com outras crianças.	24	Usa frases de 4 sílabas.	24	Copia um traço perpendiculaar.	24	Idem.	
	item = / 2		item = / 2		item = / 2		item = / 2		item = / 2	