



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA

DM
DUARTE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

O Modelo Touchpoint: o nascimento da relação, em conjunto com os pais.
A utilização do modelo e a sua relação com as representações maternas da
parentalidade, estilos de vinculação maternos e interacção. Diferenças ou
semelhanças?

Sílvia Isabel Prazeres Duarte - N.º 12 853

ORIENTADOR: Eduardo Sá

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

SEMINÁRIO DIRIGIDO POR: Eduardo Sá

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



2007

C.

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Comunidade de Docentes

Registo: 17800

Data: 31/10/2008

Tel: 21 891 87 50 • biblioteca@ispa.pt

AGRADECIMENTOS

Poderia apenas dizer: Muito obrigado a todos aqueles que me ajudaram em mais este percurso... Mas acho que “aqueles” que me apoiaram devem ser nomeados.

✦ Ao Prof. Dr. Eduardo Sá, orientador deste trabalho, por sempre ter acreditado, pelo apoio e incentivo...

✦ Ao Prof. Dr. Gomes-Pedro, pela “paixão” que transmite nas suas palavras e pelo incentivo a este trabalho ...

✦ À Dra. Margarida Fornelos, pela leitura atenta da tese, pelos sábios conselhos, pela forma como me ajudou (e ajuda) a pensar e reflectir sobre o meu trabalho, em duas palavras, por tudo...

✦ À Dra. Mónica Pinto (Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia, Clínica Gerações), por ter possibilitado a recolha da amostra, assim como pelos conselhos, ideias e apoio nos momentos mais “desesperantes”...

✦ Ao Dr. Artur, a partilha de ideias, a disponibilidade que sempre demonstrou e por ter possibilitado a recolha da amostra...

✦ Às Dras. Maria do Carmo Vale (Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia), Ema, Patrícia Lopes (Consulta Externa do Hospital de Dona Estefânia) e ao Prof. Dr. Paulo Oom, por terem possibilitado a recolha da amostra e pelas palavras de incentivo...

✦ À Dra. Leonor Levy, por mostrar como é fazer bem e divertir-se ao mesmo tempo, por ter possibilitado a recolha da amostra e pela ajuda teórica...

✦ Ao Dr. Pedro Franco, pelo apoio na estatística e pelas horas de árduo trabalho...

✦ À Dra. Regina Bispo, no apoio estatístico...

✦ À Dra. Dulce Barreto (Bibliotecária, Biblioteca do Hospital de Dona Estefânia), pela ajuda na pesquisa e recolha bibliográfica ...

✦ A todos os pais e mães e meninos e meninas (talvez os “actores” mais importantes...), pela sua enorme generosidade, simpatia e disponibilidade. Não é fácil abrir as “portas” de algo que é íntimo ou restrito ao nosso universo pessoal e familiar! Só por eles o trabalho faz sentido...

↪ À Ângela, pela revisão do texto, bem como pela sua amizade, apoio e incentivo...

↪ À Magda, à Cátia e à Mónica, amigas e colegas, pelo apoio e pela partilha dos momentos mais difíceis ao longo deste percurso...

↪ Aos meus amigos, aqueles que durante todo este percurso ouviram muitas vezes a palavra “Não, não posso, tenho de trabalhar na tese!” e que internamente estiveram, estão e estarão comigo...

↪ Aos meus pais...

ÍNDICE

Agradecimentos	1-2
Índice	3-7
Resumo	8-10
Introdução	11-18
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19-51
<hr/>	
Capítulo 1 - Touchpoints	
1. Definição de Touchpoint: a filosofia Touchpoint	19-33
2. A importância da pediatria e da intervenção pediátrica	34-37
3. A necessidade e importância de formação específica em técnicas de observação de crianças	38-39
4. A observação	39-51
4.1. Introdução	
4.2. Conceitos chaves do processo de interacção mãe-bebé	
4.3. A observação da interacção	
PARTE II - O ESTUDO	52-148
<hr/>	
Capítulo 1 - Problemática geral do estudo	
1. Os objectivos, as hipóteses e as variáveis	52-55
2. A Gravidez	56-85
2.1. Introdução	
2.2. Gravidez, parentalidade e vinculação	
2.3. Gravidez e parentalidade	
2.4. Transmissão e repetição	
2.5. Representação Mental materna	
3. Teoria da Vinculação	86-133
3.1. Introdução	
3.2. Perspectiva histórica	

- 3.3. A Teoria da Vinculação
- 3.4. Vinculação e Psicanálise
- 3.5. Conceitos chave da Teoria da Vinculação
- 3.6. Os Modelos Operantes Internos
- 3.7. As atitudes das figuras de vinculação
- 3.8. Cuidados parentais e vinculação
- 3.9. Avaliação da vinculação no bebé e na criança
- 3.10. Perturbações da vinculação na criança pequena
- 3.11. A vinculação na idade adulta
- 3.12. A avaliação da vinculação no adulto
- 3.13. Vinculação e psicopatologia

Capítulo 2 - Metodologia

- | | |
|--|---------|
| 1. População e Amostra | 134-140 |
| 2. Instrumentos | 140-146 |
| 2.1. WBPB - What being a parent of a baby is like | |
| 2.2. ASQ - Attachment Style Questionnaire | |
| 2.3. AIDS - The Massie-Campbell Scale of Mother-Infant Attachment Indicators During Stress (for use during the pediatric examination and other stressful childcare situations) | |
| 3. Procedimento | 146-148 |

PARTE III - RESULTADOS, DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES 149-208

- | | |
|---|---------|
| Capítulo 1 - Resultados | 149-188 |
| 1. As representações maternas | |
| 1.1. Caracterização das representações maternas | |
| 1.2. Análise da auto-percepção materna da parentalidade | |
| 2. Os Estilos de vinculação | |
| 2.1. Caracterização dos estilos de vinculação | |
| 2.2. Análise dos estilos de vinculação | |

3. A Interação
 - 3.1. Características da interação
 - 3.2. Análise do processo interativo
 - 3.3. Conclusão sobre a análise da interação
 - 3.4. Caracterização materna do filho, comportamentos maternos face a alterações na saúde do filho e modo de lidar com a situação de doença
 - 3.5. Análise dos grupos
4. Relação entre as variáveis do estudo
 - 4.1. Relação entre a Representação da Parentalidade e os Estilos de Vinculação
 - 4.2. Relação entre a Observação da Interação e as Representações da Parentalidade e os Estilos de Vinculação
 - 4.3. Relação entre a Representação da Parentalidade e as variáveis Primeiro Filho, Filho Único e Grupo Sócio-Económico
 - 4.4. Relação entre o Estilo de Vinculação e as variáveis Primeiro Filho, Filho Único e Grupo Sócio-Económico
 - 4.5. Relação entre a Interação e as variáveis Primeiro Filho, Filho Único e Grupo Sócio-Económico

Capítulo 2 - Discussão dos Resultados 189-204

1. Representações maternas da parentalidade
2. Estilos de vinculação maternos
3. A interação
4. Relação entre as variáveis
5. Reflexão sobre a hipótese 4
6. Limitações do estudo

Capítulo 3 - Conclusão 205-208

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 209-223

ANEXOS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1: Proveniência dos elementos da amostra	135
Quadro nº 2: Caracterização da amostra	136
Quadro nº 3: Itens da sub-escala Avaliação	149
Quadro nº 4: Itens da sub-escala Centralidade	150
Quadro nº 5: Itens da sub-escala Mudança na vida	150
Quadro nº 6 : Categorias de resposta à questão aberta	151
Quadro nº 7: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Avaliação	153
Quadro nº 8: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Centralidade	153
Quadro nº 9: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Mudanças na Vida	153
Quadro nº 10: Itens relativos à sub-escala Relações como secundárias	154
Quadro nº 11: Itens relativos à sub-escala Necessidade de aprovação	155
Quadro nº 12: Itens relativos à sub-escala Descontente com a proximidade	155
Quadro nº 13: Itens relativos à sub-escala Preocupação com as relações	155
Quadro nº 14: Itens relativos à sub-escala Confiança em si e nos outros	156
Quadro nº 15: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Relações como secundárias	157
Quadro nº 16: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Necessidade de aprovação	157
Quadro nº 17: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Desconforto com a proximidade	158
Quadro nº 18: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Preocupação com as relações	158
Quadro nº 19: Médias de cada grupo relativas ao item “sinto-me à margem”	158
Quadro nº 20: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Confiança em si e nos outros	159
Quadro nº 21: Médias de cada grupo relativas aos itens “pessoas perto de mim”, “confiante relacionamentos” e “não conseguir relacionar-me”	159
Quadro nº 22: Média da frequência dos itens relativos à escala de observação	160
Quadro nº 23: Resultados do teste de Kruskal-Wallis para as características da interacção	161
Quadro nº 24: Análise do processo interactivo mãe-bebé/criança	162-174
Quadro nº 25: Características dos filhos na opinião das mães	178
Quadro nº 26: Comportamento materno face a alterações na saúde do filho	178
Quadro nº 27: Forma de lidar com a situação de doença do filho	179
Quadro nº 28: Resultados do teste de Kruskal-Wallis representação da parentalidade vs filho único	181
Quadro nº 29: Resultados do teste de Kruskal-Wallis representação da parentalidade vs 1ºfilho	182
Quadro nº 30: Resultados do teste de Kruskal-Wallis representação da parentalidade vs grupo sócio-económico	183
Quadro nº 31: Resultados do teste de Kruskal-Wallis estilos de vinculação vs filho único	184
Quadro nº 32: Resultados do teste de Kruskal-Wallis estilos de vinculação vs primeiro filho	185

Quadro nº 33: Resultados do teste de Kruskal-Wallis estilos de vinculação vs grupo sócio-económico	186
Quadro nº 34: Resultados do teste de Kruskal-Wallis interacção vs filho único	186
Quadro nº 35: Resultados do teste de Kruskal-Wallis interacção vs primeiro filho	187
Quadro nº 36: Resultados do teste de Kruskal-Wallis interacção vs grupo sócio-económico	188

❧ ÍNDICE DE FIGURAS ❧

Gráfico nº 1: Idade das crianças da amostra	136
Gráfico nº 2: Frequência das idades no grupo sem TP	137
Gráfico nº 3: Frequência das idades no grupo com TP	137
Gráfico nº 4: Frequência de filhos únicos	138
Gráfico nº 5: Frequência de primeiros filhos	138
Gráfico nº 6: Crescimento e Desenvolvimento das crianças	139
Gráfico nº 7: Distribuição dos sexos das crianças	139
Gráfico nº 8: Caracterização do estatuto socioeconómico	140

❧ ÍNDICE DE ANEXOS ❧

Anexo A - Pedido de autorização de recolha de amostra para dissertação de Mestrado
Anexo B - Carta de consentimento informado
Anexo C - Descrição (pormenorizada) dos Touchpoints
Anexo D - Quadro resumo de linhas de interacção que podem ser observadas durante a consulta pediátrica
Anexo E - Questionário “Como é ter um bebé” (What being the parent of a baby is like)
Anexo F - Questionário “Estilo de Vinculação” (Attachment style questionnaire)
Anexo G - Questionário « aberto » de caracterização da criança
Anexo H - Escala de indicadores de vinculação durante situações de stress (AIDS) (The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress)
Anexo I - Outputs estatísticos

RESUMO

O presente estudo tem como objectivo a compreensão e aprofundamento de questões subjacentes ao modelo *Touchpoint* (Brazelton, anos 70), em sujeitos que frequentam consultas pediátricas. Pretende-se: 1) Analisar o estilo de vinculação parental e a sua relação com o estilo de interacção com a criança; 2) Analisar as expectativas e a percepção parental do que é *ser pai*, com e sem modelo TP; e 3) Estudar se existem diferenças entre o estilo de interacção estabelecido com e sem modelo TP.

Os Touchpoints são um modelo do desenvolvimento infantil perspectivado em torno de momentos chave que enfatiza a prevenção através dos cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre os pais e os profissionais. É um meio de integração no sistema de cuidados em torno da criança, em conjunto com os pais. Desta forma, pretende-se compreender de que forma o conhecimento veiculado é assimilado pelos pais. Ou seja, se estes terão um melhor conhecimento dos seus filhos, nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento. Pretende-se averiguar, ainda, as relações existentes entre as várias variáveis.

Na tentativa de compreender o impacto do modelo Touchpoint na interacção entre pais e filhos, fomos levados a recorrer à Teoria da Vinculação (Bowlby, 1958), ao conceito de Representação Mental (Sandler, 1976) e à dinâmica subjacente à Gravidez e Parentalidade. Estas teorias e conceitos chamam-nos a atenção para a importância que as primeiras relações entre mãe e filho têm no desenvolvimento futuro deste.

Desta forma, o trabalho tenta responder a questões como: Existirão diferenças nos estilos de vinculação entre os dois grupos (com e sem modelo TP)? Existirão diferenças no tipo de interacção estabelecida entre os dois grupos (com e sem modelo TP)? Existirão diferenças no tipo de representação da parentalidade? Existirão diferenças na interacção quando relacionada com o estilo de vinculação parental?

Foi estudada uma amostra de 56 diades, 28 seguidas em consultas pediátricas onde era utilizado o modelo Touchpoint e 28 seguidas em consultas pediátricas sem o modelo Touchpoint. As crianças tinham idades compreendidas entre os 10 dias e os 7 anos, com predomínio de crianças com 2 anos.

Para além da observação da interacção na consulta de pediatria, apoiada na escala de observação *The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress* (AIDS Scale, Massie, H., & Campbell, B., 1983), recorremos a dois questionários: o *What being the parent of a baby is like* (WBPP, Pridham, K.K, 1985) e o *Attachment style questionnaire* (ASQ, Feeney, J.A, & Noller, P., 1989). Os questionários foram analisados por sub-escalas e a escala de observação foi analisada em dois eixos : qualitativamente, tendo em consideração os dados obtidos na observação directa e quantitativamente, nos diferentes itens que a constituem (holding, olhar, vocalização, toque, afecto, proximidade). Todos os instrumentos foram sujeitos a análise estatística, recorrendo-se ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis e ao Coeficiente de Pearson.

Os resultados obtidos não corroboram as hipóteses inicialmente colocadas, ou seja, o modelo Touchpoint parece não ter influência no estilo de vinculação, na representação da parentalidade e no tipo de interacção estabelecida nas diades. Contudo, foram encontradas algumas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente em algumas sub-escalas do estilo de vinculação e em alguns itens do tipo de interacção. Estes resultados vão ao encontro do que a literatura tem referido acerca da relação existente entre o tipo de vinculação materno e o modo como as suas próprias vivências afectam o estabelecimento da relação com o filho. Constatou-se que a existência de suporte social próximo assim como uma adequada representação da parentalidade e do filho são factores que influenciam positivamente o relacionamento com os filhos e aumentam o sentimento de confiança em si. As mulheres mães pela primeira vez revelaram mais sentimentos de insegurança e dúvida relativamente aos cuidados com o filho. O estabelecimento de uma relação de confiança com o pediatra e o sentimento de segurança sentido pelos pais, são igualmente factores importantes na promoção do desenvolvimento afectivo, emocional e social da criança (e factor de redução de angústias e ansiedades dos pais).

○ modelo Touchpoint afigura-se como um modelo de referência, no sentido em que apela ao conhecimento do desenvolvimento infantil, ao respeito pelas diferenças de cada família, ao trabalho com os pais, fortalecendo os seus "conhecimentos" e ao trabalho alargado em equipa multidisciplinar, mas que cada profissional deve adaptar ao seu próprio "estilo". Ou seja, é um modelo para ser pensado e interiorizado, para ser partilhado e adoptado como uma filosofia que se segue, adaptado ao contexto em que a família aparece.

❧ INTRODUÇÃO ❧

Nos últimos vinte anos tem havido um interesse crescente pelo estudo da interacção que se estabelece entre a mãe e o bebé durante o 1.º ano de vida, traduzido em inúmeros estudos e publicações sobre este assunto.

Os trabalhos colocam a tónica em dois aspectos principais, por um lado no papel decisivo que as primeiras experiências têm no desenvolvimento posterior das crianças, por outro na importância que o ambiente físico e sobretudo social tem nessas primeiras experiências e, conseqüentemente, no desenvolvimento infantil. Estes trabalhos tiveram algumas conseqüências de ordem prática, nomeadamente no desenvolvimento de programas de intervenção educativa dita precoce para as crianças em desvantagem social que foram posteriormente alargados às crianças em risco biológico e deficientes.

No final dos anos sessenta surgem as primeiras investigações que abandonam a visão da criança como um ser passivo, que apenas responde às influências do meio e começam a considerá-la como um ser competente, activo e influente, interessando-se assim pelo estudo dos processos de troca entre a criança e o ambiente, salientando a necessidade da mãe e bebé estarem sintonizados afectivamente, de tal forma que os sinais emitidos por cada um sejam adequadamente interpretados e respondidos pelo outro parceiro interactivo.

Um bebé nasce no seio de uma família. O momento em que o bebé sai do corpo da mãe e pela primeira vez respira por si próprio é envolvido por um turbilhão de emoções, entre o medo e encanto pelo mistério da própria vida.

Ao contrário do que se pensou durante muito tempo, todas as trocas emocionais e afectivas que se passam sobretudo no primeiro ano de vida, contam para o desenvolvimento saudável de cada ser (Strecht, 2007).

São quatro, os pilares base do desenvolvimento emocional do bebé: a continuidade as experiências, ou seja, a disponibilidade em contínuo de interações, de relações e de estímulos pelo cuidador ou figuras de referência, adequadas e em sintonia com aquele bebé em particular; a diminuição da dor/ desconforto; a consciência (por parte do bebé) da sua acção sobre o mundo; e a importância que o adulto dá à experiência do bebé (Caldeira, 2007). É na interacção/relação, que o bebé aprende a pensar no que se passa com o outro, como o outro se comporta, modulando, assim, o seu próprio comportamento, a construir ideias, a compreender e a reflectir.

É certo que o bebé sente as emoções de uma forma muito mais intensa que um adulto, provavelmente devido à imaturidade do seu sistema nervoso, pelo que, o adulto deverá ajudar o bebé, na relação, a “digerir” e transformar essas emoções intensas. Por seu lado, o bebé dispõe de vários sistemas que lhe permitem transmitir sinais aos adultos traduzindo as suas necessidades, desejos e estados emocionais: o olhar, o choro, a expressão facial, o funcionamento (p.e., o sono) e desenvolvimento gerais. Assiste-se, assim, a uma grande variabilidade no desenvolvimento de cada bebé, o que aumenta a importância do adulto adaptar as suas interações a cada bebé dadas as suas características pessoais.

Há cerca de trinta anos os estudos sobre a primeira infância incidiam nas competências dos bebés. A capacidade de seguir e discriminar diferentes sons (estudos com a voz da mãe), estudos sobre a empatia, sobre os padrões característicos (p.e., o reconhecimento das emoções e das expressões faciais) ou sobre a capacidade de seguir o olhar e de se interessar por aquilo que os adultos se interessam – um dos meios privilegiados para a aprendizagem. Os estudos sobre a interacção revelaram a importância de existir uma pessoa disponível e que forneça respostas continuadas ao bebé o que permitiria o estabelecimento da vinculação.

Greenspan (cit. por Caldeira, 2007) refere três tarefas básicas no desenvolvimento emocional do bebé, tarefas que lhe permitem pensar, ter ideias, construir pontes entre ideias e pensar nas relações:

- A capacidade de auto-regulação (transição entre estádios), que se afigura como a tarefa básica, fundamental, sem a qual o desenvolvimento não se faz da melhor forma;
- O sentimento de pertença e de intimidade com o outro, i.é, a capacidade de construir uma história com o outro;
- A capacidade para emitir, receber e transformar mensagens; perceber que pode influenciar o mundo e relacionar-se com ele.

A importância da relação entre mãe e filho, tal como é conceptualizada pela Teoria da Vinculação (Bowlby, 1969), tem sido bastante estudada. A importância de tal relacionamento foi também demonstrada pelos filmes e estudos de René Spitz. Um e outro revelaram ao mundo a importância que a relação afectiva tem na saúde física, emocional, social e intelectual das crianças e as consequências nefastas dos cuidados institucionais. Outros autores como Erik Erikson, Anna Freud e Dorothy Burlingham revelaram que a criança não necessita apenas de não passar privações para atravessar com êxito as fases da primeira infância: precisam de cuidados sensíveis e afectivos para poderem formar as capacidades de confiança, empatia e solidariedade (Brazelton & Greenspan, 2004). Para Brazelton (2004, in Brazelton & Greenspan, 2004) a existência de relações afectivas são o ingrediente fundamental para o desenvolvimento de um forte sentido de auto-estima e, mais tarde, para a motivação para a aprendizagem. Greenspan (2004, in Brazelton & Greenspan, 2004) demonstrou que as relações e as interacções emocionais também ensinam a comunicar e a pensar.

A vinculação é um tipo específico de um conjunto mais alargado de ligações que Bowlby e Ainsworth designaram por “ligações afectivas”, caracterizada especificamente pela procura de segurança e de conforto na relação com uma figura específica, onde uma pessoa tem grande significado emocional para outra e não é permutável. A proximidade a esta pessoa é desejável e a separação é seguida de angústia. Uma ligação afectiva torna-se uma ligação de vinculação quando uma pessoa procura segurança ou conforto da relação. Assim, enquanto as ligações afectivas podem ou não ser simétricas, as ligações de vinculação são, normalmente, profundamente assimétricas: um pai que procure segurança de uma criança manifesta,

claramente, outros sinais de perturbação emocional gerando, assim, perturbação na criança (Bowlby, 1969, ver Fonagy, 2001).

Nos últimos 20 anos tem existido um aumento do reconhecimento que a relação entre mãe e filho começa antes do nascimento, enquanto a mulher está grávida e a criança ainda é um feto. Cranley (1981) refere que no momento do nascimento e “desde os cinco meses ou mesmo antes disso, a mãe tem uma percepção física e cinestésica do feto bem como um conhecimento intelectual do seu filho”. A natureza desta experiência tem sido designada como vinculação pré-natal. A sua importância é corroborada por dados que mostram uma correlação entre os estilos de vinculação pré e pós natal (Muller, 1996). De igual forma, a vinculação na primeira infância tem sido reconhecida como sendo de grande importância para o futuro desenvolvimento da criança (Bowlby, 1990).

A relação que se estabelece entre mãe-bebé é tão complexa, quer torna árdua a tarefa de recriar a dinâmica desta relação. Nunca saberemos o que se passou na infância de uma pessoa através de perguntas directas, mas através de descrições e referências de terceiros. Na sua essência, as nossas primeiras experiências formam modos de relacionamento característicos com as outras pessoas bem como o modo como lidamos com as flutuações nas emoções, que não são apenas predisposições psicológicas mas obedecem também a padrões fisiológicos (Gerhardt, 2005). Em muitos aspectos, as funções corporais e o comportamento emocional são moldados pelas interações sociais. P.e., bebés que são pouco tocados desenvolvem uma resposta mais reactiva ao stress e apresentam padrões bioquímicos diferentes quando comparados com bebés tocados (Gerhardt, 2005).

Gonçalves (2007) salienta a importância da adaptação dos pais ao bebé, que deve ser consistente, coerente e afectiva. Reforça ainda a ideia que é na base da interacção, modulada por esta adaptação, que se constrói a vinculação.

Os bebés são a matéria pura para a construção do *self*. Cada ser nasce com uma inscrição genética e um espectro único de possibilidades. Existe um corpo programado

para se desenvolver de certas formas, mas isso não significa que o faça automaticamente. O bebé é um ser interactivo, não um ser auto-suficiente. Desta forma, o bebé vai coordenar o seu sistema com o das pessoas que o rodeiam. É descrito que bebés de mães deprimidas adaptam-se a pouca estimulação e habitam-se à falta de sentimentos positivos; pelo contrário, bebés de mães ansiosas são hiper estimulados e têm a sensação que os sentimentos vão explodir fora deles sem que alguém os consiga controlar. Os bebés que são estimulados de forma adequada esperam que o mundo seja contentor em relação aos seus sentimentos e os ajude a diminuir os estados de estimulação intensa até um nível confortável. Através da experiência e da observação de como se faz, o bebé aprende a controlar-se a si próprio.

As primeiras experiências têm um grande impacto no sistema fisiológico do bebé por este ser tão inacabado e delicado. A resposta ao stress, bem como outras funções do sistema emocional podem ser severamente afectadas. Da mesma forma que o crescimento cerebral, que apresenta um maior crescimento entre os doze e os dezoito meses, pode não desenvolver-se adequadamente caso o bebé não tenha as condições certas para o desenvolvimento. Como uma planta, as raízes fortes e um bom crescimento dependem das condições do ambiente envolvente.

Também no plano psicológico, o bebé é como uma planta: simples. Os sentimentos começam no nível muito arcaico. O bebé experimenta sentimentos globais de mal-estar ou contentamento, conforto ou desconforto, mas existem poucas nuances ou complexidade no processamento destes sentimentos. Ele ainda não tem a capacidade mental para processar informações complexas. Mas uma vez que confia nos adultos para controlar esses estados – reduzir o desconforto e ansiedade e aumentar o conforto e bem-estar – o bebé vai gradualmente aumentando o conhecimento do mundo.

As pessoas aproximam-se e afastam-se à sua volta, por isso os cheiros, os sons e os sinais mudam constantemente de dia e de noite. Deste modo, os padrões começam a surgir. O bebé começa a reconhecer as características mais familiares e guarda-as como imagens. As primeiras emoções estão relacionadas com o pôr as pessoas à

distância ou aproximá-las de si e estas imagens serão as expectativas acerca do mundo emocional no qual o bebé vive e que o ajudará a prever o que acontecerá a seguir e qual a melhor forma para responder (Gerhardt, 2005).

A possibilidade da construção real de um filho inicia-se, vulgarmente, a partir da adolescência, mas a mesma construção imaginária e ainda a futura capacidade materna e paterna de cada pessoa reportam-se claramente às experiências da infância e organizam-se numa nítida ligação à apreensão de determinados modelos parentais. Talvez por isso faça sentido dizer que quando um bebé nasce, há sempre traços psíquicos de três gerações que estão presentes à volta de um berço: a dos filhos, a dos pais e a dos avós. Quando existe uma organização saudável da vida mental por parte de um futuro progenitor, uma criança é concebida como um projecto a dois, no qual, *a priori*, ninguém é excluído e é altamente integrador e bem representativo de um amor incondicional (Strecht, 2007).

É neste contexto de mudanças e adaptações, de “crises” e resoluções, de aceitações e descobertas que quer pais quer filhos experimentam que se insere este trabalho. Sabendo da importância que as primeiras relações estabelecidas entre o cuidador e o bebé têm no desenvolvimento (saudável ou patológico) deste, sabendo da importância do período da gravidez e das representações mentais que uma mãe constrói acerca do seu filho, bem como do ajustamento que o casal terá de fazer ao novo ser, parece-nos fundamental estudar agora estes aspectos, intercruzando-os com um modelo do desenvolvimento infantil perspectivado em torno de momentos chave e que enfatiza a prevenção através dos cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre os pais e os profissionais – o modelo *Touchpoint*.

É nesta interface que surge este trabalho. Pretende dar uma contribuição para o estudo integrado do comportamento interactivo da diade, dos factores emocionais das mães (representações maternas) e dos seus estilos de vinculação, com o objectivo de aprofundar o conhecimento do processo interactivo e do estabelecimento dos vínculos afectivos. Paralelamente, os avanços no conhecimento do desenvolvimento do bebé e da importância reconhecida dos primeiros anos e da relação precoce para o

desenvolvimento saudável da criança veio alterar a própria visão da medicina, nomeadamente no que diz respeito à consulta pediátrica. Os trabalhos de Brazelton e col. e entre nós os de Gomes-Pedro, vieram modificar a visão e prática reducionistas até há alguns anos em vigor. O modelo Touchpoint, preconizado por Brazelton é disso exemplo: mais do que uma consulta médica, de doenças e medicamentos, a consulta pediátrica deve ser, antes de mais, um espaço de partilha de dúvidas e de estabelecimento de aliança com os pais.

Poucos têm sido os estudos acerca dos benefícios da consulta pediátrica enquanto contexto para o fortalecimento da qualidade das primeiras relações afectivas entre a mãe e o seu filho: Whitt e Casey (1982), mais recentemente os estudos com a utilização da NBAS (Gomes-Pedro e col., 2003, 2004). Em contraste com o vasto leque de investigações sobre as representações das relações na família de origem, pouca sido dada pouca ênfase nas representações individuais parentais da criança e do self enquanto pais. Zeanah e col. (1994, in Biringen et al., 2000) constataram que as mães cujas representações acerca dos seus filhos (com um ano) eram mais coerentes, sensíveis e abertas à mudança à luz de novas informações, teriam crianças seguras nas suas relações com elas (na Situação Estranha). Estudos revelam que a auto-estima materna é um aspecto importante e particular no papel parental e essa auto-estima é predita quer pelas primeiras relações estabelecidas, quer pelas relações subsequentes com a criança (Biringen et al., 2000).

Desta forma, interessou-nos particularmente estudar a forma como os sentimentos e atitudes das mães acerca da parentalidade e os seus estilos de vinculação se reflectia ou não na dinâmica interactiva, quando controlado o modelo de consulta (com ou sem TP).

Se os *Touchpoints* são, por um lado, períodos previsíveis de desorganização ao longo do desenvolvimento infantil que podem perturbar as relações familiares e, por outro, um modelo do desenvolvimento infantil perspectivado em torno de momentos chave que enfatiza a prevenção através dos cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre os pais e os profissionais - é um meio de integração no sistema

de cuidados em torno da criança, em conjunto com os pais, pensamos que este poderá influenciar a representação que os pais têm da parentalidade, ou seja, os pais que vão a consultas onde é utilizado o modelo TP fomentam o seu conhecimento acerca das mudanças inerentes ao processo de tornar-se pai, contribuindo para o fortalecimento do seu próprio self enquanto pais (reflectindo-se na própria interacção com a criança). Da mesma forma, o modo como os pais se irão relacionar com os filhos terá relação com o seu próprio estilo de vinculação, tanto mais “adequado” quanto “seguros” os pais forem. O facto de poderem usufruir de um espaço contentor e de partilha de dúvidas com alguém disponível para os ouvir e ajudar pode favorecer o melhor entendimento dos comportamentos do filho e assim fortalecer os laços emocionais e de vinculação entre ambos.

Na **primeira parte**, faz-se uma revisão da literatura relativamente ao modelo Touchpoint: definição e filosofia Touchpoint. Neste capítulo, são referidos três outros pontos fundamentais: 1) a importância da pediatria e da intervenção pediátrica, 2) a necessidade e importância de formação específica em técnicas de observação de crianças e da interacção e 3) a técnica da observação.

A **segunda parte** aborda a temática em estudo, sendo dividida em três capítulos. O **primeiro capítulo** refere-se à problemática geral do estudo e engloba três pontos: 1) os objectivos, hipóteses e variáveis; 2) revisão da literatura sobre a gravidez e parentalidade; e 3) revisão da literatura sobre a vinculação. O **segundo capítulo** diz respeito à metodologia do trabalho e engloba a descrição da população e amostra, instrumentos e procedimentos.

A **terceira parte** do trabalho divide-se em **três capítulos**, respectivamente resultados, discussão de resultados e conclusão. São apontadas, ainda algumas linhas de reflexão para investigações futuras.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

"Don't throw out the baby with the bathwater"

(Anon.)

CAPÍTULO 1

Touchpoints



TOUCHPOINTS

Brazelton iniciou a pesquisa clínica, a partir da sua prática, nos anos '50 e '60. O seu principal objectivo era investigar quer as características comuns quer a variabilidade no comportamento neonatal.

Em 1967 foi convidado para o Centro de Estudos Cognitivos, no qual consolidou algumas das suas ideias, nomeadamente a de um modelo de desenvolvimento infantil e da "parentalidade" assente nos aspectos positivos e nas competências, das crianças e dos pais. Com este trabalho, Brazelton, e colaboradores, desenvolveu a Neonatal Behavior Assessment Scale (NBAS), em 1973. Desde então, Brazelton desenvolveu esforços no sentido de aplicar o pensamento clínico da Pediatria e da Psiquiatria aos modelos empíricos do desenvolvimento infantil.

Brazelton enfatiza que é nos primeiros anos de vida da criança que se constroem todos os alicerces. Acrescenta, ainda, que para que estes alicerces sejam sólidos o papel dos pais é fundamental. Para Brazelton, é o próprio comportamento da criança, mesmo recém-nascido, que dá as melhores pistas para fortalecer a sua relação com os pais e vice-versa (1998).

Os primeiros três anos são determinantes na formação dos alicerces da personalidade da criança e são três os elementos desenvolvidos neste período: a auto-estima, o altruísmo e o desejo de conhecimento. Uma criança aprende a sentir-se bem com ela própria, a gostar de si; depois, sentindo-se confiante, é capaz de se preocupar com os outros; finalmente, esta estabilidade emocional promove a inteligência e a apetência para aprender. A motivação pelo conhecimento é construída dos afectos, da interacção com os pais (ou outros significativos) e a disciplina deve sempre estar próxima do afecto.

Brazelton (1998) salienta que sabemos agora muito mais sobre o modo de funcionamento das crianças e os pais são mais competentes, possuem mais conhecimentos. Contudo, estão sob muito mais stress. Deste modo, encontram o

ponto de equilíbrio entre o conhecimento e o stress dialogando com os Técnicos da Saúde Infantil e Pediátrica.

Os *Touchpoints*, desenvolvidos a partir dos anos 70, são um modelo do desenvolvimento infantil perspectivado em torno de momentos chave. Enfatiza a prevenção através dos cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre os pais e os profissionais. É um meio de integração no sistema de cuidados em torno da criança, em conjunto com os pais.

Este modelo é construído sobre os pressupostos da exigência e dificuldade de educar uma criança. O desenvolvimento da criança não segue uma trajectória linear, podendo existir momentos de retrocesso/desorganização numa determinada área. Nestas alturas, os pais sentem-se frustrados e duvidam das suas capacidades parentais. Estas dúvidas e “problemas” são sentidos em todo o mundo. Assim, o que Brazelton enfatiza é que não se foque nos problemas mas sim nas forças das famílias, na relação pais-filhos e na criança.

A parentalidade é uma tarefa apaixonante, acompanhada por sentimentos positivos e negativos. Viver com uma criança que se desenvolve, investindo no que ela é no que virá a ser, ao mesmo tempo que se adapta a todo o processo de ser pai ou mãe desencadeia emoções intensas. Ao entrar no mundo da relação pais-criança, lida-se com a vida emocional interior de cada um dos pais. O modelo que tem de inspirar a intervenção do técnico tem de ser, cada vez mais, um modelo relacional.

Touchpoints são períodos previsíveis de desorganização ao longo do desenvolvimento infantil que podem perturbar as relações familiares, mas que podem também constituir oportunidades para os profissionais se aliarem aos pais. Podem ser vistos como pontos de viragem - para a criança, para os pais e para a família alargada - durante os quais determinados saltos se projectam como rupturas no desenvolvimento infantil ou na dinâmica familiar e a seguir se sucedem períodos de reorganização. Como estrutura conceptual, os TP podem ser usados para uma intervenção no

comportamento e no desenvolvimento, através da construção de uma aliança com os pais, em nome do interesse da criança.

O Modelo TP vê o desenvolvimento como um processo caracterizado por períodos de regressão anteriores a uma “explosão” no desenvolvimento. Esta “explosão” é seguida de um período de pausa, no qual a(s) competência(s) adquiridas são aperfeiçoadas. O modelo TP está organizado em torno de uma sequência do desenvolvimento e de mudanças na vida familiar. Sempre que surge um acontecimento na vida da criança cria-se uma oportunidade para uma intervenção na interacção pais-criança. São as crises inesperadas ou os comportamentos atípicos que permitem a intervenção no modelo TP.

O objectivo fundamental dos TP é, assim, fornecer um modelo que ajude a modificar as práticas sociais de modo a que fiquem mais aptas a ajudar o desenvolvimento quer da criança, quer da família. E o primeiro lugar de mudança do sistema começa logo pelos profissionais e na redefinição da sua prática.

Todas as famílias anseiam a oportunidade para melhorar o futuro das suas crianças. Cada fase de desenvolvimento é uma transição que pode exercer pressão na criança e em todo o sistema familiar. Estas mudanças/substituições biocomportamentais, ou *Touchpoints*, fornecem oportunidades para o pediatra ajudar a família a compreender, adaptar-se, realçar e promover as aquisições da criança. Este nível de aproximação/acesso à família serve como forma de guia antecipatório que ajuda quer os pais quer a criança a lidar com sucesso com as fases do desenvolvimento: motor, cognitivo, social e emocional. O conceito de Touchpoints pode ser adaptado pelos pediatras para ajudar crianças mais velhas e as suas famílias.

A abordagem TP pode ser caracterizada como sendo a interacção entre dois modelos de prática: o modelo de desenvolvimento e o modelo relacional. O primeiro modelo descreve o desenvolvimento da criança no contexto familiar como um processo descontínuo com acontecimentos súbitos previsíveis e regressões no

desenvolvimento, por exemplo, perturbações no ritmo do sono da criança com progresso cognitivo e motor.

Este modelo é visto como uma alternativa às concepções do desenvolvimento que são representadas por uma série contínua de marcos internos à criança. O modelo TP também reconhece que o desenvolvimento da criança está intimamente ligado ao significado que os cuidadores atribuem aos diversos acontecimentos do desenvolvimento no contexto da prestação de cuidados. Ou seja, paralelamente ao processo de desenvolvimento na criança existe um processo nos pais, de antecipação e adaptação.

O modelo relacional enfatiza a importância de conhecer como as famílias são constituídas e mantidas, permitindo que a compreensão do desenvolvimento possa ser colocada ao serviço das crianças e das famílias. Este modelo descreve a aliança que os profissionais estabelecem com os pais, salientando a noção de *scaffolding* (“andaime”): tal como a função de um andaime é suportar a estrutura de um edifício enquanto este está a ser construído sendo no final retirado, também este modelo se afigura como um suporte “provisório” aos pais e à família.

O modelo TP foi originalmente criado na perspectiva de uma intervenção em cuidados primários de saúde. É um modelo que assume, acima de tudo, a valorização das forças intrínsecas a cada bebé e a cada família.

Os princípios orientadores globais dirigidos aos profissionais podem ser resumidos em oito *guidelines*:

- ☛ Reconhecer-se como “parceiro” na interação;
- ☛ Procurar oportunidades para apoiar as competências;
- ☛ Usar o comportamento da criança como linguagem;
- ☛ Valorizar a desorganização;
- ☛ Valorizar e compreender a relação entre si e os pais;

- ✔ Estar disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel habitual;
- ✔ Focalizar na relação pais-criança;
- ✔ Valorizar a paixão onde quer que a encontre.

No que respeita aos pais, são seis os pressupostos que se deve ter em mente:

- ✔ Os pais são os peritos dos seus filhos;
- ✔ Todos os pais têm competências;
- ✔ Todos os pais querem fazer o melhor com os seus filhos;
- ✔ Todos os pais têm algo fundamental para partilhar em cada etapa do desenvolvimento;
- ✔ Todos os pais têm sentimentos ambivalentes;
- ✔ A parentalidade é um processo construído por tentativa e erro.

Por sua vez, são cinco os pressupostos relacionados com os profissionais:

- ✔ Cada profissional é perito no âmbito da sua prática clínica;
- ✔ Todos os profissionais ambicionam ser competentes;
- ✔ Os profissionais precisam de apoio e respeito no modo em que é solicitada a sua dedicação às famílias;
- ✔ Os profissionais precisam reflectir no significado do seu contributo para a relação com os pais;
- ✔ Os profissionais das áreas da Saúde e Educação devem trabalhar juntos.

PONTOS DE VIRAGEM

Brazelton enfatiza, assim, a importância do trabalho próximo e em conjunto com a família, trabalho este que se irá reflectir no desenvolvimento harmonioso da criança. “A auto-estima da criança poderá ser melhorada se a família tiver capacidade para ter um papel activo e compreensivo no seu desenvolvimento.” (Brazelton, 2005a).

Ao trabalharem em conjunto com as famílias, os técnicos que prestam apoio têm excelentes oportunidades de desempenhar um papel importante na prevenção de falhas no desenvolvimento da criança. “Descobrimos que, ao sublinharmos a individualidade da criança, aumentamos a capacidade de a família lhe oferecer um melhor ambiente educativo.” (Brazelton, 1974, in Brazelton, 2005a).

A teoria de sistemas defende que cada membro do sistema deve reagir ao stress que ele provoca - como no nascimento, na adaptação ao novo bebé e em cada etapa do seu desenvolvimento. Uma vez que cada membro partilha as reacções, a presença do técnico, como participante activo, pode ajudar a aliviar o stress (Brazelton, 2005a). Defende, igualmente, que cada situação de stress proporciona uma oportunidade para aprender - aprender a ter êxito ou aprender a fracassar; “se nós, como médicos de apoio, podermos facultar aos pais a informação e o exemplo necessários para compreenderem e estimularem o desenvolvimento do bebé, teremos um papel fundamental no sucesso do sistema familiar” (Brazelton, 2005a).

De modo a poder exercer este papel de ajuda e de interveniente no sistema, Brazelton dividiu o mapa em «pontos de viragem» ou *Touchpoints*, ou seja, pontos em que uma alteração no sistema se revela através dos sobressaltos no desenvolvimento da criança. A linha de desenvolvimento do bebé não progride de forma estável, mas sim em sobressaltos, com momentos de estabilização para consolidar tudo aquilo que acabou de ser aprendido, tal como Piaget descreveu na sua teoria do desenvolvimento. Os sobressaltos são dispendiosos e custam ao bebé e aos pais muitas horas de sono, ansiedade e energia. É nesta altura que a intervenção pode ser levada a cabo, pois nas épocas de estabilização os pais não precisam de ajuda.

Antes de cada sobressalto na linha de desenvolvimento (motor, cognitivo ou emocional) existe um curto mas previsível período de desorganização no bebé e, concomitantemente, nos pais, que se sentem confusos. Este período de comportamento confuso e regressivo corresponde a um período de reorganização antes do sobressalto no desenvolvimento seguinte. Estes períodos podem ser organizados de forma a servirem as necessidades de cada família uma vez que são previsíveis (um

durante a gravidez, sete no primeiro ano, três no segundo e dois em cada ano subsequente). Assim, tal como nos diz Brazelton, podemos prever estes períodos e participar neles, juntamente com a família, oferecendo aos pais a informação necessária para os entenderem, p.e., marcando consultas de rotina (pediátricas ou outras) coincidentes com os pontos de reorganização (Brazelton, 1992, in Brazelton, 2005a).

Para cada um dos treze T.P. existem três aspectos essenciais: os **Pontos-Chave de Avaliação**, ou seja, assuntos importantes a ser discutidos naquele T.P.; as **Potenciais Oportunidades para a Prática**, i.é, situações e acontecimentos aos quais o profissional deve aproveitar para iniciar e manter a relação com os pais bem como para formar a aliança com eles; e os **Guias Antecipatórios**, ou seja, a discussão com os pais de aspectos que poderão surgir no desenvolvimento da criança, potencialmente stressantes e que assegura a (maior) tranquilidade dos pais até à próxima consulta.

De seguida descrevem-se, brevemente, as características particulares de cada um dos T.P.¹:

A CONSULTA PRÉ-NATAL - O BEBÉ IDEAL

O principal objectivo deste primeiro contacto é o conhecimento mútuo, do profissional e dos pais, antes do bebé nascer. Muitas vezes, os pais escolhem o profissional entre muitos possíveis e não sabem bem o que estão à procura. Partindo do pressuposto que a escolha recai sobre alguém que irá ser o suporte desses pais, torna-se necessário estabelecer uma aliança e situar-se como parte do sistema social que rodeia o bebé. Importa recolher informações que ajudarão a apoiar a família no futuro. Podem sempre ser colocadas questões sobre os cuidados primários.

Idealmente, esta consulta acontece ao 7º mês de gestação. Até aqui, o cuidado do pediatra não é tão relevante e urgente quanto o cuidado do obstetra. Neste

¹ A descrição pormenorizada dos três aspectos essenciais para cada um dos T.P. pode ser consultada em anexo (C).

momento, a educação da criança não é uma preocupação e esta consulta torna-se mais relevante para as famílias de classe sociocultural média do que para as de classe sociocultural baixa.

A CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO – O BEBÉ REAL

A primeira visita, ainda no hospital, ao RN é repleta de oportunidades para a construção de relações bem como para a descoberta de informações importantes acerca do bebé e dos seus pais. Os objectivos são o exame do bebé quer para aceder ao seu estado de saúde, quer para identificar um quadro do temperamento individual da criança. Estas informações serão usadas para favorecer a relação entre os pais e o seu bebé. O nascimento do bebé é uma oportunidade para formalizar a aliança com os pais. O profissional está consciente das emoções fortes, quer positivas quer negativas, que acompanham o nascimento do bebé, e deve seguir esta paixão de modo a aprender mais acerca da família e a estabelecer-se enquanto suporte significativo.

O exame do bebé é usado para demonstrar aos pais as competências do seu bebé, para se ajustarem ao seu ambiente e para aproximar pais e bebé. Ao mesmo tempo que responde ao bebé, observa como os pais respondem às características únicas do bebé. Está a recolher informação para o seu futuro trabalho com eles. Mas mais importante que isso, todos – bebé, pais e profissional – estão activamente envolvidos na celebração do nascimento.

A CONSULTA DAS TRÊS SEMANAS – O “POÇO” DE ENERGIA

Na consulta das três semanas, os pais geralmente aparecem exaustos e, em particular os casais com um primeiro filho, inseguros acerca da sua capacidade parental. As mudanças na vida da família são agora mais visíveis – as rotinas são mudadas, as relações alteradas e as expectativas aumentadas.

O bebé, nesta altura, continua a dormir a maior parte do tempo, e o seu comportamento está associado às exigências de cuidados. As interacções lúdicas que os

pais podem imaginar ainda é algo que está para acontecer. Nesta consulta, tem-se a oportunidade de ajudar os pais a conhecerem o ritmo e temperamento único do seu filho, preparando-os para o incremento da socialização nos próximos meses.

Os objectivos nesta consulta, para além de tranquilizar os pais sobre a saúde do bebé, são apoiar a auto-estima parental, disponibilizando orientações sobre rotinas de cuidados, e ajudar a interpretar a linguagem do comportamento da criança.

A CONSULTA DAS SEIS / OITO SEMANAS – O BEBÉ GRATIFICANTE

A consulta das seis / oito semanas é uma oportunidade para observar a forma como a nova família se está a formar. Procuram-se as mudanças no modo como bebé e pais interagem – a capacidade emergente do bebé para se relacionar com o mundo exterior e as respostas parentais a estes desenvolvimentos. Observa-se o modo como os pais reagem às mudanças no seu bebé, quer eles vejam estas mudanças como agradáveis ou problemáticas. O clínico deve preparar os pais para as alterações no padrão de sono e alimentação. Os pais parecem estar a recuperar da excitação e cansaço das primeiras semanas e estão eles próprios a recomeçar as relações com o mundo exterior – trabalho, amigos e família alargada. É uma oportunidade para o clínico consolidar a relação que iniciou com os pais nas primeiras consultas, bem como oferecer um sentimento de suporte aos pais.

A CONSULTA DOS QUATRO MESES – OLHANDO PARA FORA

○ T.P. dos quatro meses é um momento excitante. O bebé começa a fazer a distinção das pessoas e faz saber quem ele prefere. Com estas pessoas perto de si – os seus cuidadores – os padrões de interacção mútua preenchem as suas necessidades de proximidade. O bebé está apaixonado. Fortes laços emocionais formam uma base segura a partir da qual ele pode explorar o mundo. E o bebé vê um mundo que já existia antes dele: objectos interessantes, sons e pessoas. Ele estica-se para alcançar e agarrar um brinquedo explorando tudo com a sua boca e olhos. O bebé está a descobrir o mundo.

Os pais agora sentem-se muitas vezes mais confiantes neste T.P. do que nos outros anteriores. Estabeleceram rotinas familiares, mostram que conseguem cuidar do seu bebé e começam a retomar as actividades que tinham antes da chegada do bebé. Mas as mudanças no bebé põem à prova esta confiança e desafiam a reentrada dos pais nas relações e responsabilidades do passado. Esta pode ser uma oportunidade para o técnico apoiar a família e fortalecer a sua relação com os pais.

Os objectivos para este T.P. são o de fazer um “inventário” da relação que se está a desenvolver e apoiar a família na reorganização que está a ocorrer. Quer na alimentação quer no sono, o técnico deve procurar oportunidades para interpretar o comportamento do bebé de modo que os pais possam ajustar-se às mudanças que observam.

A CONSULTA DOS SETE MESES – LEVANTADO DE NOITE

A visita dos sete meses é a altura de observar como a família está a responder ao crescimento da criança. É durante este período que a personalidade da criança começa a clarificar-se. Desta forma, pode-se observar como os pais se adaptam a este novo ser. Os pais comparam-na com outros membros da família? Dão importância a que aspectos? Têm receio de alguma coisa? É uma ótima altura para avaliar se o trabalho do técnico com a família ao longo destes meses tem sido positivo e até que ponto a família consegue usar o técnico como suporte para lidar com todos estes novos desafios.

O bebé movimenta-se mais, ao mesmo tempo que está mais atento social e cognitivamente. É uma altura excitante para o bebé, uma vez que ele exercita as suas novas habilidades. Por outro lado, como o bebé começa a compreender mais do seu mundo, pode ser uma altura frustrante na medida em que não consegue ainda intervir nesse novo conhecimento. Lidar com estes dois sentimentos, excitação e frustração, torna-se o maior desafio para os pais. Os pais sentem-se confortáveis com estas mudanças? Como é que os pais lidam com elas?

Os objectivos desta consulta são observar como os membros da família trabalham em conjunto para gerir o desenvolvimento do bebé e servem de suporte para os cuidados que surgem. Devem ser revistos os aspectos do sono, da alimentação e da disciplina na medida em que mudaram com estes novos desenvolvimentos.

A CONSULTA DOS NOVE MESES – O DEDO ESPETADO

Os comportamentos do bebé que começaram a surgir aos sete meses são agora assunto do dia. Aos nove meses, o bebé não só pensa em andar por todo o lado como o faz. Ele quer, de facto, andar por todo o lado! O bebé não apresenta apenas uma extrema ansiedade relativa aos estranhos assim que a mãe sai do seu campo visual: ele protesta veementemente! O bebé sabe o que quer e expressa-o. Este incremento na personalidade, competência e objectivos proporciona conflitos na família.

Esta é a altura em que as diferenças entre as crianças se tornam mais visíveis. A ansiedade parental sobre uma criança que não se movimenta ou não comunica as suas intenções pode tornar-se um dos assuntos que o traz à consulta dos nove meses. De igual modo, é a altura em que os efeitos de um ambiente menos estimulante e cuidador mostram as suas consequências.

Os objectivos nesta consulta giram em torno da observação das capacidades do bebé e na ajuda aos pais na gestão das novas e extraordinárias capacidades que o bebé apresenta. As rotinas de cuidados que foram trabalhadas no passado estão ultrapassadas e as estratégias que funcionaram anteriormente são agora ineficazes. Deve-se agora construir sobre o que foi trabalhado anteriormente e ajudar os pais a compreenderem as novas competências do bebé.

A CONSULTA DOS DOZE MESES – A ANDAR

A consulta dos doze meses, o aniversário do nascimento da criança, é inundada de significado para os pais. O bebé que eles trouxeram ao mundo é agora uma pessoa completamente formada. Os primeiros passos e as primeiras palavras são

acompanhadas e descritas com orgulho e ansiosamente antecipadas. Os laços emocionais que unem criança e pais são fortes ao ponto de os pais serem usados como base de segurança a partir da qual a criança se aventura cada vez mais no mundo. A criança aos doze meses está ansiosa para exercitar as suas novas competências de andar e pensar.

O técnico deve juntar-se aos pais na reflexão sobre o primeiro ano, mas deve ser cuidadoso na aproximação à criança, nomeadamente no exame físico a que ela pode resistir. Neste momento, ela vai usar os pais como meio para lidar com esta intrusão. Deve ser observado o modo como os pais lidam com a quantidade de mudanças que estão a ocorrer. Podem voltar a surgir os assuntos relacionados com o sono na medida em que o bebé experimenta grande curiosidade pelo mundo que o rodeia. A alimentação pode ser um factor de negociação pela independência e controle. E a disciplina é um tópico sobre o qual o aumento da afirmação do bebé é colocado em confronto com as capacidades e o poder de decisão parentais.

A CONSULTA DOS QUINZE MESES - O TREPADOR

A criança pequena é agora uma Criança. Os laços estabelecidos com os pais são intensos. Esta é a altura em que o estranho e a ansiedade de separação se encontram no auge. Ao mesmo tempo, o interesse da criança pelo mundo que a rodeia dá um novo salto. As brincadeiras com brinquedos ou com qualquer objecto que desperte a curiosidade da criança são actividades completamente devoradas nesta altura. Não obstante os seus curtos períodos de atenção, a criança de quinze meses é um verdadeiro estudante do mundo. Ela manipula os objectos não apenas com a intenção e o interesse dos últimos meses mas, igualmente, com um sentido de descoberta e experimentação.

Os pais, que passaram o último ano a preparar o quarto para o filho, descobrem que este começa agora a “fazer o seu próprio quarto”. Até aqui, as brincadeiras e os cuidados podiam ser realizados onde os pais quisessem. Agora, a criança pode invadir e conquistar qualquer lugar que seja acessível. Socialmente, as

exigências de cuidados transformam-se em exigências por um parceiro mais independente.

A compreensão das causas e efeitos que desenvolveu com a experimentação dos objectos pode ser aplicada às suas relações. A criança deixa os pais fora de si por saber que obterá uma resposta. Este novo poder pode originar conflitos quer para si quer para os pais.

A CONSULTA DOS DEZOITO MESES – REBELDE COM UMA CAUSA

O período compreendido entre os 18 meses e os dois anos de idade é marcado por mudanças dramáticas. Em muitos aspectos a criança torna-se uma pessoa. A sua capacidade para pensar intensifica-se de modo a que ela agora consegue experienciar alguma coisa num determinado tempo ou espaço e lembrá-la noutra circunstância. Esta capacidade para pensar independentemente da sua experiência directa permite-lhe iniciar o brincar simbólico, usar a linguagem para além do objectivo de suprir as necessidades básicas e relacionar-se com os outros com uma intenção cada vez mais forte.

Estas novas capacidades intelectuais conjugam-se com grande auto-consciência. A criança tem agora ideias por si própria e deve agir sobre elas. Começa agora a incorporar as normas, regras e valores das pessoas que a rodeiam. Isto, muitas vezes, leva a uma tensão entre o que a criança quer e aquilo que é suposto ela fazer.

Adultos, pais e cuidadores que até então detinham o controle são agora vistos como barreiras para a independência. Os pais vivem estes novos desenvolvimentos como desafios às capacidades que eles tinham desenvolvido ao longo do último ano e meio. A exigência vai para além de manter o filho, agora mais activo, a salvo para lidar com uma personalidade mais forte e independente. As lutas pelo controle e a emergência de acessos de raiva marcam o início de uma nova aventura na parentalidade, uma aventura que pode ser carregada com o encanto das novas competências assim como com o medo dos conflitos previsíveis.

A CONSULTA DOS DOIS ANOS – CHEGANDO AO “NÃO”

A transição do primeiro para o segundo ano de vida é carregada de profundas mudanças para a criança e de ajustamentos para os pais. Física, intelectual e socialmente, a criança encontra-se com capacidades que começa a utilizar com maior consistência e independência. A sua maior atenção às suas capacidades leva a que entre em conflito com aqueles que lhe limitam o seu poder na alimentação, no ir para a cama ou no vestir. Ao mesmo tempo, é importante que a sua capacidade de independência seja valorizada e alimentada de modo a que ela adquira o sentimento de que pode ter um efeito no mundo. Os pais têm de encontrar um ponto de equilíbrio agora para não desanimar com esta criança que continua a requerer a proximidade emocional de um bebé mas, ao mesmo tempo, exige a independência como uma criança mais velha.

O grande desenvolvimento da linguagem nesta idade é uma “ferramenta” natural que os pais podem usar para lidar com as rotinas diárias e com os desafios da criança. Mas aos dois anos, a criança ainda continua a compreender melhor o mundo através da actividade física, pelo que a linguagem ainda não tem a mesma força do que tem para uma criança mais velha. A criança tem ideias sobre o que pode fazer mas ainda não desenvolver muitas das capacidades que lhe permitam por as suas ideias em prática. Isto pode ser frustrante para a criança e requer uma orientação e atenção mais activas por parte dos pais que devem, não apenas limitar a actividade da criança para a manter segura, mas também servirem como fonte emocional face a estes limites.

Em muitos aspectos, a criança de dois anos está preparada para conhecer o mundo pelos seus próprios meios e as suas expectativas de sucesso ou fracasso são visíveis no modo como se orienta e responde aos desafios físicos e sociais. Mostra sinais de identificação ao género através do modo como se movimenta e a sua aproximação a situações novas ou problemáticas exhibe um sentimento de self que desenvolveu ao longo dos últimos seis meses. Pelos dois anos, quer a criança quer os pais começam a lidar com os conflitos que surgiram com o desabrochar das suas novas capacidades.

A CONSULTA DOS TRÊS ANOS – PORQUÊ?

Os três anos podem ser a plataforma entre os conflitos do ano anterior e a tempestade que se aproxima com as batalhas da identidade dos quatro para os seis anos. A criança desta idade está menos predisposto para conflitos com os pais do que está para brincar, sozinho ou com os pares. Esta estabilidade comportamental reflecte um período suave de desenvolvimento no qual a linguagem e as capacidades cognitivas se desenvolvem em grande escala. Também representa o aumento da capacidade que a criança tem para internalizar as suas preocupações, preocupações estas que podem ser expressas através de medos, pesadelos ou ineficiência.

Como período de consolidação, esta é uma excelente altura para reflectir sobre as preocupações do período anterior. As batalhas pelo poder são agora menos ou, simplesmente, tornaram-se habituais ou rotineiras? As relações que a criança estabelece com os seus cuidadores permitem-lhe entrar no mundo de forma eficaz? Os pais, são agora colocados em situações nas quais as realizações da criança serão comparadas com as expectativas familiares e sociais.

O TOUCHPOINT DOS SEIS ANOS

Aos seis anos a escola torna-se o local das aprendizagens académicas, formais e obrigatórias e é o local privilegiado de socialização face ao grupo de pares e outros adultos de referência. É a entrada num mundo real, repleto de exigências, deveres e novas responsabilidades.

A IMPORTÂNCIA DA PEDIATRIA E DA INTERVENÇÃO PEDIÁTRICA

“Costumo dizer aos pais que, a seguir à escolha do seu companheiro ou companheira, a opção mais crítica da sua vida é a decisão feita escolha do(a) pediatra do seu bebé”

É assim que Gomes-Pedro (2001) descreve a importância da decisão que os pais têm de tomar na escolha do pediatra dos seus filhos. Actualmente, Saúde e Educação são duas dimensões fundamentais na vida de cada família e da sua transmissão, «inspiradas e motivadas por um ambiente de confiança, de afecto e devoção, fazem a diferença» (p. 19) no desenvolvimento de cada bebé.

É fundamental assegurar o melhor desenvolvimento possível e isso é tarefa de uma equipa onde os pais são, essencialmente, o motor privilegiado, mas também os avós, outros familiares mais próximos e o pediatra. A esta equipa vão associar-se, ao longo da vida, outras figuras significativas, como seja a educadora ou a professora.

Hoje em dia, está-se bem longe da ideia de que o pediatra era o médico de bata branca que pesava a criança, que a observava e que receitava medicamentos para as queixas que tinham trazido os pais à consulta.

«O pediatra de hoje tem de ser um profissional que reúna, numa pessoa, múltiplas valências essencialmente culturais. Ele tem de ser o psicólogo, o sociólogo, o antropólogo, o ambientalista, o educador e, obviamente, também o médico competente que avalia, que diagnostica e que, eventualmente, trata (...) O pediatra será ele próprio modelo de uma avaliação pela positiva. Em vez do profissional que sistematicamente estava vocacionado para a identificação ou diagnóstico dos erros, dos insucessos ou da patologia, o pediatra tem de ser o agente da descoberta das forças, das resiliências, das competências, da confiança» (p.20) de pais e filhos, tal como Brazelton tem descrito e enfatizado.

No entender de Gomes-Pedro, o modelo da Nova Pediatria assenta num projecto de prevenção e motivação positiva, de ajuda e orientação, sempre com os pais.

Para além de pesar e auscultar, o pediatra deve possuir um conjunto de atitudes e iniciativas que são novas responsabilidades pediátricas. Assim, defende-se que no primeiro ano de vida existem marcos de referência em que a intervenção do pediatra deve ser exemplar. Estes pontos de viragem, fase pré-natal, três semanas, quatro meses, oito meses e doze meses, constituem oportunidades de construir com os pais a predição do futuro imediato e a construção da confiança. Existem muitas formas de conseguir um bom relacionamento, na opinião de Brazelton (1998). Uma das mais importantes é que os futuros pais vão conhecer o médico durante a gravidez e aí discutirem os seus anseios e objectivos antes do bebé nascer. A consulta pré-natal é uma oportunidade única para pais e pediatra se conhecerem reciprocamente. Esse conhecimento fará que cuidem do bebé “como velhos amigos” (Brazelton, 1998, p. 510).

O desenvolvimento não é linear; antes, é como uma escada, em que a cada degrau corresponde uma aquisição - podemos chamar a estes patamares “touchpoints”. Desta forma, em cada um destes patamares, o pediatra em conjunto com os pais, numa relação assente na confiança e partilha mútuas, transforma o stress e a ansiedade em estratégias de auto-estima, predizendo comportamentos, problemas e sucessos. Brazelton (1998 *gd livro criança*) salienta que a cooperação com o pediatra é uma tarefa mútua de aprendizagem daquilo que os pais podem e não podem dar e receber. Os pais devem demonstrar respeito e também merecem essa reciprocidade. Ambas as partes têm o mesmo objectivo - uma criança saudável, competente e confiante.

Para Gomes-Pedro, é a exigência dos pais para este modelo de Pediatria que «... faz nascer e crescer o pediatra que o seu filho merece» (p. 22).

A CONSULTA PEDIÁTRICA E AS RELAÇÕES DE VINCULAÇÃO PRECOCES

A consulta de pediatria até aos 3 anos de idade constitui um momento e oportunidade ideal para otimizar a vinculação precoce pais-criança. O pediatra, devido ao seu contacto regular com as crianças e as famílias, encontra-se numa posição

privilegiada para promover o desenvolvimento precoce da criança, bem como apoiar a relação precoce pais-criança (Dobrez, 2001, cit. in Shah, P. e Almeida, M^a Conceição, 2007). Assiste-se nos últimos anos a um aumento da prevalência de preocupações psicossociais identificadas em pediatria o que faz com que o pediatra tenha agora de dar, igualmente, importância aos aspectos comportamentais, emocional e psicossociais, especialmente nas crianças com menos de cinco anos. Contudo, apesar das oportunidades para otimizar a saúde sócio-emocional precoce, estudos revelam que existe uma sub-identificação de crianças com problemas sócio-emocionais e uma falência no que diz respeito ao encaminhamento para outros serviços (Kelleher, 2000; Horwitz, 2003; Squires, 2003; Earls, 2006, cit. in Shah, P. e Almeida, M^a Conceição, 2007). Atenção e harmonia para com a qualidade da relação precoce pais-criança, tendo como principal preocupação os comportamentos de vinculação da criança durante a consulta pediátrica, pode proporcionar importantes pistas sobre as forças e vulnerabilidades da relação precoce pais-criança. Também Brazelton, na sua descrição dos *Touchpoints*, enfatiza a importância das forças na família e na criança, bem como da observação da relação e sintonia com os pais, para um trabalho conjunto no sentido do bom desenvolvimento da criança.

Uma vez que o desenvolvimento sócio-emocional da criança está tão intimamente relacionado com a qualidade da relação precoce pais-criança, a observação das interações entre eles podem proporcionar informações diagnósticas bastante relevantes. A consulta pediátrica é uma situação ideal de observação dos comportamentos de vinculação e do *fenómeno da base segura*. É uma situação potenciadora de *stress*, muitas vezes nova, que envolve estranhos e separações das figuras de referência (os pais ou cuidadores). Cada um destes factores pode activar os comportamentos de vinculação e de base segura, quer na criança, quer nos pais (Crowell, 2003, cit. in Shah, P. e Almeida, M^a Conceição, 2007).

Mas poucos têm sido os estudos acerca dos benefícios da consulta pediátrica enquanto contexto para o fortalecimento da qualidade das primeiras relações afectivas entre a mãe e o seu filho. Whitt e Casey (1982) demonstraram o impacto da intervenção realizada no contexto da consulta pediátrica na relação mãe-criança. O

grupo de intervenção mostrou maiores níveis de cooperação, sensibilidade, interacções e jogo apropriados.

Durante a consulta pediátrica, é possível observar o modo como a criança usa os pais numa situação de stress, assim como o quão responsivos são os pais ao stress e desconforto da criança. O grau no qual um pai pode ser uma base segura para a exploração e um porto seguro em situações angustiantes providencia importantes dados quanto à qualidade da relação e tem, posteriormente, implicações no desenvolvimento sócio-emocional (Marvin, 2002, cit. in Shah, P. e Almeida, M^a Conceição, 2007). O pediatra que esteja atento às diferenças de comportamento na interacção pais-criança, durante a consulta, é capaz de identificar ciclos desadaptativos nesta interacção e, deste modo, providenciar o apoio e a intervenção necessária nesses casos.

Crowell (2003, cit. in Shah, P. e Almeida, M^a Conceição, 2007) descreveu linhas de interacção que podiam ser observadas durante a consulta pediátrica sendo, deste modo, uma ajuda no despiste/intervenção em possíveis situações de risco (ver anexo D).

A NECESSIDADE E IMPORTÂNCIA DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM TÉCNICAS DE OBSERVAÇÃO DE CRIANÇAS

Apesar de muitos dos pressupostos do modelo Touchpoint poderem ser postos em prática por profissionais que trabalhem nas áreas da saúde e educação e directamente com crianças e famílias, importa salientar a importância e necessidade da formação destes mesmos profissionais em técnicas de observação quer de crianças, quer da interacção mãe-criança. Esta observação rege-se por técnicas próprias e requer, para que daí se possa fazer uma leitura correcta do que se observou, treino sistemático e supervisão.

Para além da necessidade de conhecimento do desenvolvimento infantil, a observação de crianças exige, da parte de quem observa, atenção a um vasto número de aspectos e comportamentos que podem passar despercebidos a um observador “menos” treinado.

Greenspan e Greenspan (1993) salientam várias categorias que deverão ser observadas durante uma entrevista com crianças. Estas categorias dizem respeito a diferentes dimensões do desenvolvimento, tais como estilos de relacionamentos, afectos e temas. Em cada categoria, dois níveis de dados são pertinentes: 1) o nível descritivo, i.é, a descrição rigorosa do comportamento observado e 2) o nível apropriado à idade, i.é, um observador deve ter algumas noções do funcionamento apropriado à idade ou estágio de desenvolvimento para cada uma das categorias, de modo a poderem ser detectados quaisquer desvios.

Greenspan e Greenspan descrevem, assim, sete categorias que deverão ser observadas durante uma entrevista com crianças:

- 1 - Desenvolvimento físico e neurológico;
- 2 - Humor;
- 3 - Capacidade para relacionamentos humanos;
- 4 - Afectos e ansiedades;

- 5 - Uso do ambiente;
- 6 - Desenvolvimento temático;
- 7 - Reacções subjectivas (reacção do observador à criança).

Verificamos, deste modo, que observar uma criança ou a interacção entre a mãe e a criança e a partir daí poder formular hipóteses diagnosticas não é algo que se possa fazer de ânimo leve. São várias as categorias que se devem observar, são muitos os comportamentos a que se assistem, para além de que devemos ter, igualmente, em consideração a variabilidade individual de cada criança, pelo que é necessária formação e treino específico nesta área da observação da interacção, paralelamente a um conhecimento do desenvolvimento infantil.

Detenhamo-nos, então, nas particularidades da observação, nomeadamente, na observação da interacção.

A OBSERVAÇÃO

Durante o primeiro ano de vida da criança assistimos a uma adaptação progressiva da mãe ao seu bebé, adaptação esta indispensável para que o percurso do desenvolvimento decorra sem alterações significativas. A avaliação da díade implica sempre a análise da forma como o bebé está a cumprir os objectivos do desenvolvimento, mas também a forma como a mãe está a conseguir adaptar-se a um bebé que, em cada sucessiva idade, parece tão diferente mas que mantém uma continuidade. Esta adaptação, mais ou menos breve, com maior ou menor ansiedade, parece estar, de igual forma, relacionada com o facto de ser ou não o primeiro filho.

A exaltação da gravidez mobiliza a energia emocional dos pais e tanto o adulto quanto a criança, contribuem, significativamente, para o ajuste na interacção. O recém-nascido é dotado de todos os complexos comportamentais sensoriais e motores que favorecem a relação. As suas notáveis capacidades de prestar atenção e comportar-se interactivamente quando colocado em contacto com um adulto que cuida dele, são extremamente evidentes e mostram que o bebé não é um ser indefeso e imprevisível mas um ser que apresenta reacções previsíveis a estímulos externos. Estas reacções, por

sua vez, moldam as do cuidador, estabelecendo, assim, um sistema de interação mútua adequado àquele bebé. As relações primárias contribuem não apenas para o desenvolvimento da personalidade e estrutura das defesas psicológicas, mas constituem o modelo para todas as relações futuras (Fornelos, 2007).

O estudo da interação que se estabelece entre a mãe e a criança durante os primeiros anos de vida tem sido alvo de um interesse crescente. Os primeiros estudos davam relevo especial à importância que o ambiente físico e social tem na criação das primeiras experiências e ao papel decisivo que estas desempenhavam no posterior desenvolvimento das crianças. Um dos aspectos mais salientes do desenvolvimento infantil tem a ver não apenas com as potencialidades biológicas e características individuais da criança mas, sobretudo, com a relação entre a mãe e a criança. A dupla mãe-filho deve ser encarada como uma unidade (Winnicott, 1970) e a sua abordagem deve ser transdisciplinar (Brazelton & Cramer, 1991). A interação mãe-bebé tem sido entendida como a conversa que ocorre entre os dois parceiros. Trevarthen (cit. in Figueiredo, 2001) foi o primeiro autor a considerar que, na interação mãe-bebé, o bebé expressa rudimentos de intenção comunicativa, exibindo um conjunto de movimentos expressivos com uma configuração semelhante à do adulto quando fala, o qual estão, a maioria das vezes, associados e sincronizados com os movimentos conjuntos dos braços e mãos.

Autores ligados à perspectiva psicanalítica introduziram a noção “interação fantasmática” que diz respeito à interação que se verifica ao nível da vida psíquica da mãe e do bebé. A interação resulta do facto da mãe atribuir significado e interpretar o comportamento do bebé à luz das suas próprias vivências e funcionamento psíquico sendo, por isso, a partir das fantasias que constrói em torno de si, dos seus parentes próximos, bem como dos seus medos e ideias e do comportamento do bebé, que a interação se estabelece (Lebovici, 1983; Soulé, 1987).

O jogo interactivo mãe-bebé inicia-se muito precocemente e é a partir desta dialéctica interactiva que se constroem os alicerces para a organização narcísica futura da criança. Nos primeiros tempos existe, por parte de ambos os parceiros, uma

adaptação através de uma sinalização mútua em que a mãe, dando-se a conhecer, permite que o bebé se reconheça nela. O equilíbrio no interior da díade é atingido através destes fenómenos de complementaridade, de reciprocidade e de sincronia emocional, equivalentes do que Stern chamou «a possibilidade de estar com o outro» (Gonçalves, 1991, in Marques, 2003).

O bebé oscila, assim, entre o investimento libidinal do seu próprio corpo e o investimento do exterior, o qual se orienta nos primeiros tempos essencialmente para a mãe, objecto preferencial de investimento do bebé. Assiste-se, por parte do bebé, a movimentos narcísicos e a movimentos objectais (Gonçalves, 1990). A mãe vai acompanhando e reforçando estes movimentos, permitindo e favorecendo que se desloquem progressivamente para fora da órbita materna. Desta forma, é possível para a criança vivenciar experiências de fusão/simbiose com o objecto mas também e cada vez mais, experiências de diferenciação, também elas progressivamente investidas e reforçadas pela mãe (Marques, 2003).

A partir daqui, a criança começa a valorizar as suas aquisições; o sentimento de onipotência que lhe advém das suas novas competências e da valorização destas pela mãe (reflectida na criança) são fundamentais para a estabilidade futura do núcleo da auto-estima, do amor de si próprio (Gonçalves, 1990).

A interacção mãe-bebé pode ocorrer em três níveis possíveis de interacção: 1) as interacções comportamentais, que dizem respeito ao conjunto de trocas directamente observáveis entre a mãe e o seu bebé nos registos corporal, visual e vocal; 2) as interacções afectivas, que se referem à influência recíproca entre a vida emocional da mãe e a vida emocional do bebé; e 3) as interacções fantasmáticas, que fazem alusão à influencia recíproca entre a vida psíquica do bebé e da mãe.

Brazelton e Cramer (1991) fazem referência a alguns aspectos essenciais da interacção precoce que devem ser tidos em consideração. São eles *a sincronia, a simetria, a contingência, a adesão, os jogos, a autonomia e a flexibilidade*.

Importa ainda fazer referência às quatro fases na interacção precoce entre mãe e filho: 1) o controlo homeostático; 2) o prolongamento da atenção e interacção; 3) os limites experimentais; e 4) o aparecimento da autonomia.

Têm sido realizados estudos empíricos que vêm confirmar a teoria de Bowlby, e que evidenciam a importância da interacção mãe-bebé e que mostram como a qualidade da interacção mãe-bebé é o factor que mais determina o padrão e qualidade da vinculação que o bebé estabelece com a mãe e, por sua vez, determina o bem-estar e a maturidade da criança durante a idade pré-escolar e escolar (Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B., 1993; Van Del Bloom, D.C., 1994; Lyons-Ruth, K., 1996).

CONCEITOS CHAVE DO PROCESSO DE INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ

No domínio da psicanálise, foi a partir do final da década de 1940 que a observação directa de crianças e mães se começou a desenvolver. René Spitz e Anna Freud estudaram o comportamento de crianças separadas dos pais, respectivamente em instituições e sob condições de guerra (Spitz, 1946, 1964; A. Freud, 1936, cit. in Brazelton & Cramer, 1992).

Spitz (1964) fala de interacção como um *diálogo primário* composto por ciclos de acção - trocas mútuas entre a mãe e o bebé, que tomam a forma de um vai e vem de acções e reacções entre os dois parceiros, que requer de ambos respostas activas e passivas.

Também Schaffer (1979), encara a interacção como uma forma de *diálogo* "... as sequências interactivas são normalmente iniciadas pelo comportamento espontâneo do bebé, depois a mãe entra e apoia, repete, comenta e elabora a sua resposta, está pronta para que o bebé retome logo que deseje, permitindo assim que se inicie uma interacção em forma de diálogo" (p.). Para Schaffer e Crook (1978, in Pimentel, 1997) mãe-bebé são ambos parceiros com um papel activo no sentido de atingir uma sincronia mútua.

Lewis e Rosenblum (1974, in Pimentel, 1997) falam da interacção como um *processo bidireccional*, em que ambos os parceiros são agentes activos, com contribuição específica aceite e respeitada pelo outro, num equilíbrio, balanceamento e regulação continuamente negociados na própria interacção, em que os pais inicialmente actuam como "envelopes" facilitando a organização do comportamento e estado da criança.

Stern (1974, in Pimentel, 1997) fala do processo interactivo como uma *troca interpessoal* com características únicas, já que a maior parte dos comportamentos quer da mãe, quer do bebé, só ocorrem no seio da própria interacção. Esta é vista como um processo diádico em que a influência ocorre nos dois sentidos: comportamentos elicitados de forma mútua por cada membro, influenciam o comportamento do outro membro da díade.

Para Kaye (1977, in Pimentel, 1997) a interacção mãe-criança é como um sistema em que o comportamento de cada um dos elementos introduz modificações no comportamento do outro interveniente, num progresso constante até um estágio de *reciprocidade* partilhada, quando a criança atinge uma maior competência social, o que lhe permite assumir maior responsabilidade no processo interactivo.

Newson (1977, in Pimentel, 1997) analisa a interacção mãe-criança como um *processo comunicativo* em que a mãe tenta entrar num conjunto de trocas significativas com o seu bebé, muito antes deste ter acesso à compreensão do conteúdo da comunicação.

Gomes-Pedro (1985), refere a definição de Bromwick (1976) e define interacção como "um *processo recíproco*, sendo influente nas respostas de cada um, o comportamento do outro", salientando ainda que o primeiro requisito para um desenvolvimento óptimo do bebé é a relação mutuamente satisfatória entre ele e a sua mãe.

Brazelton, Koslowsky e Main (1974, in Pimentel, 1997) caracterizam a interacção como algo cíclico e ritmado, afirmando que este é, desde sempre, um

sistema com características de *mutualidade e reciprocidade*, na medida em que desde o início, ambos os parceiros intervêm activamente, observando com sensibilidade e ajustando o seu comportamento ao do outro parceiro. Brazelton & Cramer (1992) referem que a qualidade da interacção depende da 1) intensidade e variedade da expressão afectiva; 2) contingência; 3) sincronia; 4) reciprocidade; e 5) mutualidade.

Conceitos derivados das definições

Spitz (1964) enfatiza o conceito de *empatia*, indispensável para que a interacção seja significativa, sendo o papel da mãe entender o comportamento do seu filho, iniciando acções que correspondam às necessidades do recém-nascido, já que este não tem capacidades para ser ele a empatizar com o processo interno da mãe.

Segundo Barnard e Kelly (1990), empatia é também o conceito subjacente ao que Stern (1977/1980) chamou *sintonia afectiva* e que definiu como a capacidade de cada elemento da díade conhecer o que o outro membro está a experienciar subjectivamente, que é manifestado e percebido através do comportamento. No entanto Stern (1992), distingue estes dois conceitos. Dá à noção de empatia uma dimensão cognitiva, na medida em que considera que esta implica, para além da ressonância do estado afectivo - em que se assemelha à sintonia afectiva - abstracção e integração do conhecimento empático e identificação transitória do papel. Estes processos cognitivos estão ausentes do comportamento de sintonia afectiva, em que a mãe automaticamente remodela o comportamento afectivo do bebé, num processo que muda o foco de atenção do bebé do comportamento manifesto para a qualidade do sentimento que está a ser partilhado, através de comportamentos que, sendo idênticos aos do bebé em intensidade, regulação do tempo e forma, o expandem, ultrapassando a simples imitação.

A definição de Schaffer (1979) envolve as noções de reciprocidade, intencionalidade e mutualidade: a *reciprocidade* refere-se ao papel que o bebé tem numa sequência interactiva; a *Intencionalidade* desenvolve-se quando o bebé toma consciência que o seu comportamento tem um valor comunicativo e pode ser usado

propositadamente, afectando o comportamento de outros e obtendo os resultados pretendidos. *Mutualidade* implica a noção de que o que cada um faz é afectado pelo comportamento do outro.

Stern (1974, in Pimentel, 1997) fala de *sincronia* como a capacidade da mãe em interpretar correctamente os estados de alerta, estados emocionais, interesses e tempos de concentração do bebé e responder-lhes no tempo adequado.

O conceito de *sensibilidade* é referido por Brazelton, Koslowsky e Main (1974). Os autores afirmam que o comportamento da mãe deve não só reforçar e ser contingente com o comportamento da criança, como ir ao encontro das suas necessidades básicas e ter conhecimento das suas competências para receber e utilizar estímulos.

Ainsworth (1969) considera que *sensibilidade* implica que os sinais são percebidos e correctamente interpretados e que a resposta é pronta e adequada.

Greenspan (1981, in Pimentel, 1997) e Greenspan e Lieberman (1989) dão ao conceito de *contingência* particular importância. Definem-no como a capacidade de ler adequadamente as pistas e sinais do parceiro de interacção e adaptar as respostas em função do seu comportamento social, pressupondo portanto uma organização interna já de certa forma elaborada.

Barnard e Kelly (1990) sintetizando todos estes conceitos, falam de interacção como uma “dança adaptativa” que pressupõe:

- a) a existência de competências comunicativas da mãe - capacidade e disponibilidade para interpretar as pistas do bebé e um repertório de comportamentos para o estimular e envolver na interacção;
- b) a existência de competências comunicativas do bebé - competências sensoriais, de atenção e resposta à mãe, sorriso, adaptação corporal quando é pegado ao colo ou embalado, capacidade de ser consolado, regularidade e previsibilidade nas respostas;

- c) a contingência das respostas de ambos;
- d) a riqueza do conteúdo interactivo, avaliada pela quantidade de tempo despendido pela mãe na interacção com o bebé, bem como o leque de actividades e brinquedos em que se empenham e;
- e) a mudança dos padrões adaptativos da mãe paralelamente ao desenvolvimento do bebé.

É, talvez, a preocupação maternal primária, de que Winnicott (1969) falava, que permite à mãe estar particularmente sensível às necessidades do seu bebé e utilizar, ao longo de todo o processo de desenvolvimento, técnicas de interacção que o assegurem.

Ao longo do processo de desenvolvimento do bebé, as características da interacção vão evidentemente sendo alteradas e serão visíveis as consequências do processo interactivo que foi precocemente estabelecido. Assim, Lamb (1979) citado por Skinner (1985, in Pimentel, 1997) afirma que, "... assegurando respostas às acções das crianças, a sensibilidade parental permite ao bebé desenvolver noções da sua própria eficácia assim como expectativas relativamente ao modo e previsibilidade do comportamento dos outros".

Desta forma, mãe e bebé, num processo de adaptação mútua transformam-se um ao outro, transformando-se também, ao longo do tempo, a própria interacção.

A observação exerce-se em numerosas disciplinas que se articulam com a psicologia e psicopatologia da criança. Mas qualquer que seja o campo onde ela de exerce, a observação levanta sempre um grande número de questões: o que observar? Trata-se de uma atitude descritiva ou interpretativa? Actualmente, é no domínio do lactente e da criança pequena que a observação ocupa um lugar preponderante (Moggio, 2000).

A OBSERVAÇÃO DA INTERACÇÃO

A primeira revelação que o bebé tem do mundo humano consiste em tudo quanto a sua mãe faz, com a voz, rosto, corpo e mãos. A relação pais-bebé é feita de processos bidireccionais, em que o bebé está submetido às influências parentais, mas estes também estão expostos a modificações. Através dos seus gritos, sorrisos e pelo conjunto de sinais e comunicações que lhes dirige, o bebé contribui para a determinação das suas vivências, satisfações, angústias, culpa, capacidades e auto-estima enquanto pais.

À medida que o bebé cresce, a interacção afectiva com a mãe não desaparece, mas não será tão evidente porque os objectos externos virão servir de mediadores da interacção. A atenção do bebé pela mãe será menos exclusiva, já que ele explorará mais o meio ambiente, interessando-se por diversos objectos. A mãe facilitará este seu interesse e, inversamente, estes objectos serão os intermediários de novas interacções com a sua mãe.

Um dos méritos de Bowlby foi chamar a atenção para o papel activo do bebé no estabelecimento e na organização da relação, desde o nascimento. Do mesmo modo, chamou a atenção para os repertórios maternos e para a capacidade de resposta e de iniciativas maternas adaptadas às capacidades maturativas dos bebés, que vão permitir ou não que entre a mãe e o bebé se estabeleça a comunicação.

Os primeiros estudos nesta área tiveram como ponto de partida a carência de cuidados maternos (por privação ou separação) e as suas consequências para a criança. Spitz (1965, 1979) referiu o carácter vital da relação mãe-filho, conforme ilustram os seus estudos sobre a depressão anaclítica e o hospitalismo. Anna Freud e Burlingham (1942, in Wendland, 2001) observaram bebés afastados dos seus pais durante os bombardeamentos de Londres.

Mahler (1993) foi uma das autoras que mais se dedicou à observação dos comportamentos do bebé com a mãe e desse trabalho resultou a sua teoria sobre as

fases do desenvolvimento do self infantil: a fase do autismo normal (muito contestada actualmente), a fase simbiótica (por volta dos 2 meses) e a fase de separação-individuação, com várias sub-fases (entre os 3 / 4 meses e os 3 anos).

Mahler e os seus colaboradores observaram e filmaram de forma sistemática crianças com as suas mães entre os 4 e os 20 meses e caracterizaram diferentes padrões interactivos ao longo das observações. Estes diferentes padrões foram sendo associados às diferentes fases evolutivas. Pela primeira vez foi descrita a semiologia dos comportamentos que se observam no interior da relação da díade, interpretados à luz das diferentes experiências da criança com a mãe e das suas experiências com o mundo exterior estabelecendo uma sequência evolutiva (Gonçalves, 2007²). Mahler foi ainda pioneira na observação psicanalítica da díade, contribuiu fortemente para a ideia que o desenvolvimento do self infantil é influenciado pela vicissitudes da relação mãe-criança e criou as bases teóricas e clínicas para o desenvolvimento das psicoterapias conjuntas mãe-criança.

Para Stern, a interacção mãe/pai-lactente é a peça chave da situação clínica; é um conjunto constituído, por um lado, pelo comportamento interactivo manifesto materno com o lactente e, por outro, pelo comportamento interactivo manifesto do lactente com a mãe:

«É o palco em que são encenadas as representações mais críticas dos pais, os seus desejos, os seus medos e os seus fantasmas (...) e apenas as representações, os fantasmas parentais postos em acto na interacção influenciam directamente o bebé (...). A interacção é o palco onde se activam as representações do bebé, as quais influenciam directamente os pais» (Stern, 1995, cit. por Moggio, 2000).

A interacção comportamental é uma base sólida e física envolvida por afectos e representações mentais da mãe e do bebé. Os padrões relacionais são dependentes das experiências interactivas e são interiorizados com experiências subjectivas - representações mentais.

² Maria José Gonçalves, *Interacção e Saúde Mental*. Comunicação realizada no Seminário de Interacção Mãe-Bebé: Observação e Diagnóstico, Novembro de 2007.

É na interacção que se vai inscrever o sintoma primário que leva os pais à consulta. A observação é portanto, fulcral no processo clínico e terapêutico e requer técnicas de análise específicas, a maior parte das vezes com auxílio do registo em vídeo das sessões.

Brazelton faz referência à abordagem desenvolvimental e biocomportamental, bem como às competências do bebé. Com a publicação em 1973, divulgação e utilização da Escala de Avaliação do Comportamento do Recém-Nascido junto dos pais, deu impulso a numerosos estudos que integraram os conhecimentos sobre as competências do bebé e a possibilidade de intervir e prevenir em díades normais e de risco (Brazelton, Nugent & Lester, 1987; Gomes-Pedro e col, 1984³, 1988). Dá especial atenção à observação das vocalizações, à direcção do olhar, à orientação da cabeça, à expressão facial e à intensidade da actividade motora, do lado do bebé e às vocalizações, à posição da cabeça, à direcção do olhar e à expressão facial, do lado da mãe. Define quatro estados de desenvolvimento da relação:

1º Estado - Regularização dos ciclos biológicos - controlar os processos fisiológicos, nomeadamente a respiração, o ritmo cardíaco, a temperatura;

2º Estado - Desenvolver e organizar a motricidade e a complexidade dos movimentos;

3º Estado - Atingir a estabilidade na organização dos estados de vigiância;

4º Estado - Estabilizar o estado de vigiância e desenvolver as capacidades interactivas propriamente ditas e enriquecer o seu repertório.

Lebovici (1995) coloca a tónica na necessidade do clínico «poder identificar-se com os diversos intervenientes da observação sem todavia perder a sua identidade, mas participando emocionalmente no cenário que se desenrola sob os seus olhos e que provoca nele uma associação produtiva» (cit. por Moggio, 2000). Via a interacção como uma relação transaccional fundamentalmente centrada no afecto e dava grande importância ao passado relacional dos pais - falava em mandato transgeracional, ou seja, a transferência de conflitos e fantasias inconscientes dos pais para a criança.

³ Trabalhos referidos no 3º curso intensivo Touchpoint.

Para Kreisler, as qualidades interactivas essenciais seriam a riqueza afectiva, a flexibilidade e a estabilidade, propondo uma relação entre as perturbações da interacção e a patologia psicossomática. Na mesma linha de conceitos, Tronick e Weinberg vão descrever a flexibilidade (capacidade de correcção rápida de erros interactivos) e a rigidez (incapacidade de reparação dos erros), estudando duas amostras de díades: uma amostra de díades com mães com depressão e uma de díades com mães sem depressão.

Greenspan e Lieberman salientam a perspectiva desenvolvimental e estrutural. Para os autores, cada fase do desenvolvimento integra um programa de maturação individual e experiências apropriadas à idade da criança. Cada nível de organização baseia-se no nível anterior e corresponde a um nível superior de complexidade. Falam no conceito de contingência, segundo o qual o sujeito é capaz de atribuir significado aos comportamentos do outro e responder de forma adequada aos mesmos. Respostas contingentes ajudam o bebé a tomar consciência do seu papel como agente causal e são essenciais na fase de diferenciação somatopsicológica.

Quando observamos a dinâmica relacional entre mãe e bebé, devemos ter em conta alguns pontos-chave que derivam dessa mesma interacção. Apresentam-se alguns desses pontos-chave:

- O uso que a criança faz da mãe/pai como figuras de referência e a resposta dos pais a esses comportamentos;
- A diversidade das modalidades de aproximação e iniciativa que a criança usa;
- A diversidade de modalidades de aproximação e iniciativa que os pais usam;
- Posturas e movimentos da mãe/pai e sua adequação;
- Capacidade dos pais e da criança focarem a atenção em conjunto;
- Capacidade de desenvolver ciclos de interacção progressivamente mais complexos;
- Afectos predominantes dos pais e da criança durante as interacções e a sua variação de acordo com as situações e comportamentos específicos;
- Capacidade dos pais para acalmarem a criança;

- Capacidade de introduzirem interdições adequadas à idade sem provocar desprazer na criança;
- Capacidade da criança lidar com a frustração;
- Discurso livre dos pais em relação às manifestações da criança (conteúdo, qualidade afectiva e adequação);
- Impacto afectivo no observador, durante a consulta e a observação do vídeo.

PARTE II

O ESTUDO

"Quer um macho ou uma fêmea tigre não são mais nem menos, quer os pensemos existindo no seu contexto natural, a selva, ou existindo aos pares. Mas o homem é verdadeiramente modificado pela co-existência com os outros homens: as suas capacidades não se desenvolvem se estiver sozinho e por si mesmo (...)"

S.T. Coleridge, Letters, 1806 (in Gerhardt, *Why love matters*, 2004)

CAPÍTULO 1

Problemática Geral do Estudo

PROBLEMÁTICA GERAL DO ESTUDO

OS OBJECTIVOS, AS HIPÓTESES E AS VARIÁVEIS

Várias têm sido as investigações realizadas com base na teoria da vinculação, com um vasto leque de temas, desde a intervenção à clínica, passando pelo estudo da relação e pela adopção e maus-tratos. Do mesmo modo, as conceitualizações de Brazelton e seguidores dentro do modelo Touchpoint são cada vez mais conhecidas e têm ganho adeptos ao longo dos anos, proporcionando a base para diversos estudos (Gomes-Pedro, J., Fernandes, A., & Sobral, F., 2004; Gomes-Pedro, J., 2003; Percy, M., Stadtler, A., & Sands, D., 2002; Stadtler, A., Tronick, E., & Brazelton, T.B.; 2001; Brazelton, T.B., 1999; Brazelton, T.B., O'Brien, M., & Brandt, K.A., 1997; Brazelton, T.B., 1995).

Relembremos:

- Se os *Touchpoints* são, por um lado, períodos previsíveis de desorganização ao longo do desenvolvimento infantil que podem perturbar as relações familiares e, por outro, um modelo do desenvolvimento infantil perspectivado em torno de momentos chave que enfatiza a prevenção através dos cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre os pais e os profissionais - é um meio de integração no sistema de cuidados em torno da criança, em conjunto com os pais;

- Se a Vinculação pode ser definida como um laço emocional duradouro que une uma pessoa (ou animal) a outra/o, geralmente manifestada nos esforços de procura de proximidade e contacto com a figura de vinculação, especialmente quando os indivíduos se encontram sob stress;

- Se as primeiras relações com a mãe (ou figura de vinculação) e as interacções que se perpetuam com os cuidadores assumem um papel fundamental no desenvolvimento adequado da criança, então, surgem as seguintes questões:

Existirão diferenças nos estilos de vinculação entre os dois grupos (com e sem modelo TP)? Existirão diferenças no tipo de interacção estabelecida entre os dois grupos (com e sem modelo TP)? Existirão diferenças no tipo de representação da parentalidade? Existirão diferenças na interacção quando relacionada com o estilo de vinculação parental?

Deste modo, tem-se como **objectivos gerais** deste estudo:

1 - Analisar o estilo de vinculação parental e a sua relação com o estilo de interacção com a criança;

2 - Analisar as expectativas e a percepção parental do que é *ser pai*, com e sem modelo TP;

3 - Estudar se existem diferenças entre o estilo de interacção estabelecido com e sem modelo TP.

Com base nestes objectivos, surgiram as seguintes **hipóteses** de trabalho:

H1: O modelo TP influencia a representação que os pais têm da parentalidade quando controlado para o estilo de vinculação parental;

H2: O estilo de vinculação parental reflecte-se no tipo de interacção com o filho, quando controlado para o modelo TP;

H3: Os pais seguidos num modelo TP terão modalidades relacionais diferentes com os filhos;

H4: O Modelo TP favorece a partilha de dúvidas sobre a parentalidade e o desenvolvimento infantil, transmitindo segurança na relação pais-criança.

De seguida, operacionalizaram-se as **variáveis**:

Variável Independente: O Modelo TP;

Variável Dependente 1: A representação da parentalidade, analisada com base na escala **What being the parent of a baby is like (WBPP)**. Esta escala mede a auto-percepção maternal dos aspectos qualitativos do que é “ser pai”, identificando-se três sub-escalas: avaliação da parentalidade (11 itens), centralidade da criança (8 itens), e modificação da vida relacionado com a parentalidade (6 itens). Os itens são cotados de modo que altos valores indicam um elevado nível de experiência a ser avaliado;

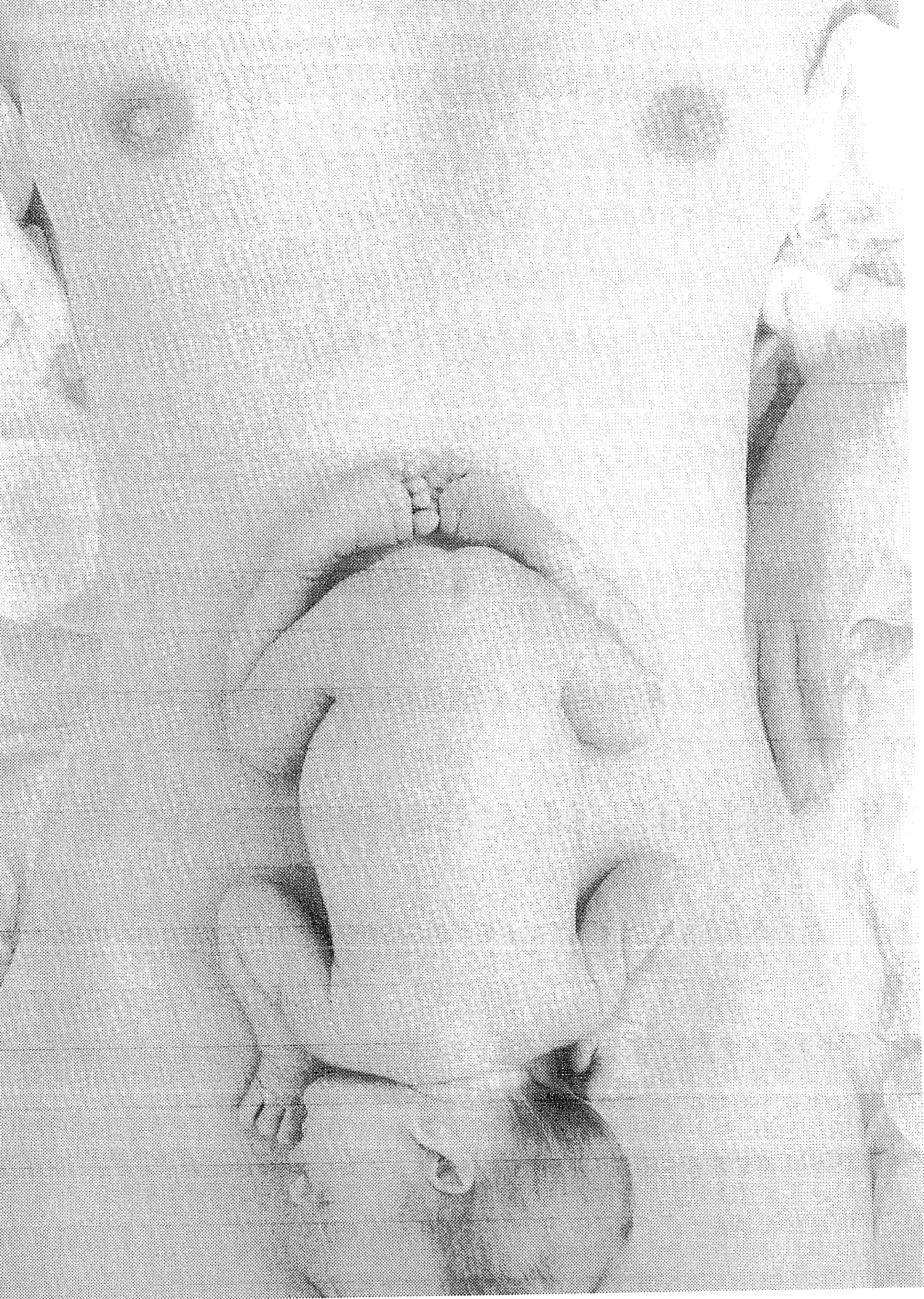
Variável Dependente 2: O estilo de vinculação parental, analisado com base na escala **Attachment style questionnaire (ASQ)**. Esta escala mede as relações de vinculação de adolescentes adultos relacionadas com diferentes aspectos, p.e., auto-estima, confiança, evitamento da proximidade/intimidade, auto-confiança compulsiva, super-dependência, ansiedade interpessoal, falta de confiança e necessidade de aprovação, e fornece medidas de comportamentos de vinculação. Foram identificadas cinco sub-escalas: confiança em si próprio e nos outros (8 itens), desconforto com a proximidade (10 itens), necessidade de aprovação (7 itens), preocupação com as relações (8 itens), e posicionamento das relações como secundárias às realizações (7 itens);

Variável Dependente 3: As modalidades relacionais entre mãe e criança, analisadas com base na escala de observação **The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress (AIDS)**. A escala quantifica o processo recíproco da vinculação mãe-criança enquanto a criança se encontra sob stress de uma observação física, analisando cinco aspectos: holding, olhar, vocalização, toque, afecto e proximidade.

Tratou-se de um estudo exploratório cujo objectivo foi verificar a existência de relação entre o método utilizado na consulta de Pediatria, o estilo de vinculação parental e o estilo de relação com a criança. Considerou-se exploratório uma vez não foram encontrados estudos que abordassem, em conjunto, o Modelo TP, o estilo de

vinculação parental e as representações maternas da parentalidade, na sua relação com a interacção com a criança.

Desta forma, face aos objectivos propostos, importa agora fazer uma breve revisão teórica sobre dois assuntos que se encontram subjacentes a este trabalho: por um lado a Gravidez e Parentalidade e, por outro, a Teoria da Vinculação.



GRAVIDEZ E PARENTALIDADE

“De certo modo, antes que vocês (mães) tenhais ouvido o seu primeiro grito (o som do vosso bebé) e que tenhais a oportunidade de o olhar e de o abraçar, já ele vos conhece melhor que vocês o conheceis a ele”

D. W. Winnicott, *The family and individual development*, 1978 (in Rosa, J. e Sousa, S., *Cadernos do Bebê*, 2006)

“Um filho nasce primeiro na imaginação e nos sonhos dos pais e, portanto, num plano emocional, nasce-se... antes de se nascer”
Sã, 1995

Tal como o olhar sobre a criança se foi modificando no decurso da história, em função de factores sociais, económicos e filosóficos, também a representação da concepção, da gravidez e da maternidade tem sido variável ao longo do tempo.

Tradicionalmente, o casamento, a concepção, a gravidez e o nascimento são acompanhados de rituais que diferem segundo as culturas e que visam solicitar a forças superiores um bem-estar momentâneo ou futuro, na vida de seres que vão perpetuar a humanidade (Bayle, 2006).

A gravidez, apesar de desequilibrar o ritmo familiar é, no entanto, um momento privilegiado na história de uma família. Durante a gravidez, a mulher precisa partilhar as suas emoções com o pai da criança, a sua mãe e pai, amigas ou outras mulheres grávidas (Westheimer, 2000, in Bayle, 2006). O nascimento de uma criança vai obrigar cada um a posicionar-se de diferentes formas na família, quer em relação ao bebé, quer em relação aos filhos que são agora pais. O modo de comunicação modifica-se, passa a ser de adulto para adulto e a partir desta altura os avós são mais conselheiros do que educadores. Depois de uma gravidez, uma família já não será a mesma (Bayle, 2006).

É uma fase que decorre durante um período de 40 semanas, período este onde a mulher vai estar atenta ao que se passa dentro dela e à sua imagem corporal que se encontra em plena mudança. A gravidez psicológica pode não corresponder à gravidez obstétrica.

A imagem corporal da grávida vai modificar-se, uma vez que há transformação e deformação do seu corpo e o incómodo físico quando atinge um certo volume. Por um lado, tem de aceitar, dentro de si, um ser estranho com o qual se possa identificar e, por outro, aceitar a transformação física que, no caso de algumas mulheres, pode trazer transtornos, sobretudo quando não se reconhecem nessa imagem. No primeiro trimestre, as mudanças físicas vão confirmar-lhe o seu novo estado; no segundo, ela vai estar atenta aos movimentos do feto e; no terceiro, prepara-se, por um lado, para a chegada do bebé mas, por outro, deseja eternizar este seu estado de plenitude (Bayle, 2006).

A gravidez é uma fase da vida familiar durante a qual os pais se preparam para o nascimento de um novo membro, antecipando novos papéis e relações. A literatura psicanalítica sobre a gravidez tem dado relevo à relação que a grávida estabeleceu com os seus próprios pais, a qual influencia os seus sentimentos sobre ela própria como mulher e como mãe (Birbring e tal., 1961; Benedek, 1970; Colman e Colman, 1971, referidos por Abardanel, 1983).

Se a gravidez transcende o momento da concepção, a maternidade transcende o momento do parto. A gravidez é um processo bem definido temporalmente, através de 40 semanas que medeiam a concepção e o parto. A maternidade ultrapassa a gravidez. Trata-se de um projecto que se inicia antes da concepção e vai para além do momento do parto e que implica o desejo de ser mãe.

Na perspectiva do desenvolvimento, a gravidez e a maternidade são considerados como período de desenvolvimento no qual existem tarefas a serem resolvidas. Brazelton e Cramer (1989) referem-se a esta época como “crítica” na vida dos pais e de ser uma forma de adaptação dos pais a esta nova situação, no sentido de uma tentativa de compreensão do processo de gravidez. Daqui decorre a importância da consulta pré-natal, o primeiro dos treze *Touchpoints* descritos por Brazelton.

Durante este período crítico, os pais e mães descrevem “emoções fortes”, positivas e negativas, bem como de sentimentos ambivalentes. Estes sentimentos são

fruto, em parte do reviver de conflitos anteriores com os próprios progenitores. Este desconforto é de carácter adaptativo, permitindo a preparação para a maternidade e possibilitando a reorganização.

Colman e Colman (1994) descrevem três fases no período gravídico, baseadas nas reacções que acontecem na personalidade feminina ao longo da gravidez:

ACEITAÇÃO - Ocorre durante o 1º trimestre e engloba o reconhecimento da notícia, num período onde as alterações físicas são ainda pouco notórias. Integrar a gravidez dentro de si implica mudança de hábitos de vida, preparação de si própria, do seu organismo e da sua família para a chegada do novo ser;

DIFERENCIAÇÃO - Acompanha os primeiros movimentos fetais, permitindo o início do reconhecimento da distinção do feto em relação à mãe, sem que esta o possa controlar. Ocorre durante o 2º trimestre;

SEPARAÇÃO - Ao longo do 3º trimestre, ocorre uma preparação para a separação, através do reconhecimento do filho como indivíduo. O feto colabora neste reconhecimento, através de movimentos, ritmos e níveis de actividade distintos. A grávida começa a antecipar o processo pelo qual se irá desligar da gravidez.

Ainda os mesmos autores identificaram seis tarefas psicológicas implicadas no processo, a que se juntou uma sétima, por Canavarro (2001). Apesar de apresentadas distintamente, elas poderão ser coincidentes no tempo para além de que irão variar de mulher para mulher.

① Aceitação da gravidez

Esta primeira tarefa implica o reconhecer e aceitar a realidade da gravidez, i.é., acreditar que está grávida. Passa pelo reconhecimento das alterações fisiológicas, ocorridas no início e ao longo de toda a gravidez. No caso do pai, esta etapa pode ocorrer mais tarde, uma vez que não vivem a realidade física. Nesta fase, assiste-se a

uma atitude ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez. Vários autores descrevem a ambivalência como a atitude que caracteriza os primeiros tempos de gravidez (Brazelton e Cramer, 1993, Colman e Colman, 1994). Para ultrapassar este estado, contribui a confirmação definitiva do estado de gravidez e a aceitação e apoio por parte dos familiares (Canavarro, 2001). A grávida procura referências nos modelos maternos conhecidos, frequentemente na sua própria mãe, sobre os comportamentos a adoptar, como preparar-se a si e à família para a chegada do novo elemento. Este processo de integração e aceitação da gravidez torna-se fundamental para a realização das tarefas posteriores.

② Aceitar a realidade do feto

Consiste em considerar o feto como uma entidade física e psicológica distinta que prepara o seu funcionamento em separado. Inicialmente, a mãe relaciona-se com o feto como parte de si. Quando os movimentos assinalam e confirmam a presença de uma existência independente, passa a desenvolver-se uma relação de reciprocidade, contribuindo para o desenvolvimento da identidade parental, com movimentos de união, de separação e de diferenciação, ocorrendo habitualmente no 2º trimestre. A representação do bebé vai tomando contornos mais autónomos e realistas. O processo é reforçado através dos movimentos fetais que vão surgindo, bem como os registos ecográfico ou audição do batimento cardíaco.

Para Canavarro (2001), esta fase constitui um marco importante no processo psicológico da gravidez, constituindo o ponto de partida para a diferenciação mãe-feto, pela aceitação do feto como entidade separada.

③ Reavaliar a relação com os pais

Nesta fase, há que reavaliar a relação passada e presente com os pais, no sentido de ajustar um novo equilíbrio. Existe por parte dos novos pais, uma reaproximação dos seus próprios pais permitindo-lhes repensar o tipo de relação que

estabeleceram com eles e aquela que pensam ter com os seus filhos. Para Brazelton (1989) são reequacionados os conflitos pré-genitais e edipianos.

A resolução desta tarefa, através da integração de experiências positivas e negativas que a nova mãe teve como filha, será um bom indicador para que se sinta confortável com a sua identidade e papel materno.

Para Canavarro (2001), o repensar das relações anteriores evitará os reducionismos absolutistas, “irei ser igualzinha à minha mãe...” ou “irei fazer tudo ao contrário daquilo que a minha fez comigo...”. A gravidez poderá surgir como uma nova oportunidade através de experiências concretas, para resolver ou agravar os conflitos do desenvolvimento passado.

Tanto a gravidez como o nascimento efectivo da criança podem, de algum modo, proporcionar alguma confusão entre gerações e papéis a desempenhar. Todos os membros assumirão novos papéis (p.e., avó, tio, irmão, ..); inicialmente alguns desses membros, como os avós, podem assumir um papel importante de suporte e ensino, mas este deverá ser transitório e não excessivo, cabendo aos pais o renegociar da nova forma de equilíbrio, entre o apoio e a autonomia (Colman e Colman, 1994, Canavarro, 2001).

④ Reavaliar a relação com o cônjuge/companheiro

Consiste na tarefa de fazer face às novas questões que surgem no relacionamento com o companheiro, para que possam integrar o novo elemento no relacionamento do casal. Existe reflexão sobre o papel de cada um no casal, as mudanças que se irão operar na sua relação e o apoio que podem proporcionar-se mutuamente. É necessário o ajustamento conjugal, de modo a criar um espaço biológico, psicológico e social para o novo ser, reforçando os laços parentais existentes.

Para Canavarro (2001), os novos papéis e identidades não são integrados como um somatório, mas implicam a integração num todo pré-existente, através da

reestruturação, necessitando de reajustamentos, envolvidos na mudança. Colman e Colman (1994) descrevem o reajuste da relação do casal no plano afectivo, de rotina diária, como decidir sobre aspectos da vida do dia-a-dia.

⑤ Aceitar o bebé como uma pessoa separada

Quando se aproxima o final da gravidez e o nascimento existe a necessidade de aceitação do bebé como ser separado. Com o parto, a mulher tem de desligar-se da gravidez, dando início a um novo investimento - o bebé tornado real. O último período de gravidez é considerado como preparação para a separação que irá ser concretizada com o parto. Esta será a altura onde se dá o confronto com o verdadeiro bebé (Canavarro, 2001) e é comum o reaparecimento do sentimento de ambivalência (Canavarro, 2001, Colman e Colman, 1994). Por um lado, a vontade de ver o bebé e terminar o período de gravidez, por outro, o desejo de a prolongar, adiando o momento do parto e as novas exigências.

Aceitar o bebé como uma pessoa separada será aceitar que, embora a existência do bebé possa ser gratificante, ele existe para além da mãe e que deverá ser percebido como pessoa separada, com características e necessidades próprias. Tal passará pela protecção, em determinadas fases e, noutras, a promoção da autonomia.

⑥ Integrar a identidade parental

Esta tarefa sintetiza as anteriores. Reflecte a dinâmica entre o papel de mãe protectora e a possibilidade de permitir a autonomia do filho, criando um espaço para si mesma. Para Canavarro (2001), este momento é propício para equacionar perdas e ganhos que a maternidade introduz, através da aceitação das mudanças que estão subjacentes a este novo estágio. A mulher terá de se adaptar a mudanças físicas demasiado rápidas e mudanças internas que se estendem ao outro membro do casal, traduzindo-se em comportamentos e actividades.

⑦ Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)

Canavarro (2001) integra esta tarefa para as mulheres múltiparas, uma vez que as mulheres que esperam um segundo filho, têm uma família mais complexa do ponto de vista relacional, apesar das experiências anteriores lhe darem algumas competências para lidar com o recém-nascido, diluindo alguma ansiedade característica das situações desconhecidas e aumentando a eficácia, através da experiência aprendida na execução das tarefas do dia-a-dia.

Para Lederman (1997, cit. por Santos, 2003) existem três temas básicos como principais preocupações das mulheres grávidas de um segundo filho: a capacidade física para cuidar em simultâneo de duas crianças, a antecipação da reacção do primeiro filho em relação ao nascimento do irmão e a capacidade para amar de igual modo as duas crianças. Torna-se, igualmente, importante o reforço do papel de cada um na família (Mercer, 1996, cit. in Canavarro, 2001).

Apesar da divisão das fases, as tarefas sobrepõem-se, misturando-se umas com as outras quando superadas nas vidas das pessoas. Paralelamente ao desenvolvimento psicológico característico da gravidez, ocorrem modificações importantes na vida da mulher e na sua relação conjugal.

Alguns autores (Brazelton e Cramer, 1989, 1993, cit. por Santos, 2003) referem o impacto do bebé no dia-a-dia dos pais e da família: implica o início de novas responsabilidades, a consideração pelas necessidades do outro, o abdicar dos seus próprios interesses. A alteração dos papéis, do estatuto, dos quais se destaca a autonomia simbólica dos novos pais em relação à família de origem, disponibiliza-os para investirem numa nova relação afectiva.

O nascimento de um filho, em particular o nascimento do primeiro filho, pode constituir um momento difícil na vida da mulher, visto que implica tomar decisões importantes no que respeita a ela própria e às suas relações com os outros e com o contexto social em geral. Este acontecimento envolve um grau significativo de stress,

quer para a mãe, para o pai e para a família em geral. Alguns autores (Figueiredo, 2000, cit. por Santos, 2003) referem a transição para a maternidade como um momento privilegiado para o desenvolvimento do papel de identidade da mulher.

Desde muito cedo a mulher começa a formar ideias e a criar fantasias acerca da possível mãe que será futuramente. Estas ideias vão tornar-se mais consistentes na adolescência, depois quando a mulher se apaixona e escolhe um companheiro. Este processo toma proporções sérias quando ela descobre que está grávida e se prepara para a maternidade com todo o cuidado.

Durante a gravidez, enquanto o corpo se encarrega da formação física do feto, o espírito ocupa-se da formação da ideia de mãe que ela poderá vir a ser. Ao mesmo tempo começa a construção da imagem mental do bebé. Durante o período de gravidez, a preparação da futura mãe para a maternidade envolve o desejo de um bebé perfeito e o receio de que o bebé possa ter algum problema. A imagem do bebé idealizado é uma imagem composta por representações de si própria e de outras figuras significativas e inclui também a imagem que lhe foi transmitida pela sua própria mãe. No momento do nascimento do bebé, vai certamente haver alguma discrepância entre os desejos da mãe e o bebé real e uma das primeiras tarefas da mãe é fazer o luto pelo bebé idealizado e adaptar-se ao seu bebé real.

Assim, pode-se falar de três gravidezes que acontecem em simultâneo: o feto que cresce no seu ventre, a organização psíquica da maternidade, que se desenvolve na sua mente e o bebé imaginado, que toma lugar também na sua mente.

A mulher está preocupada com os desejos, medos e fantasias que na nossa cultura giram em torno de várias questões: Quem é este bebé? Como serei eu como mãe? Como passará a ser a minha percepção de mim própria e da vida que tenho levado? O que acontecerá ao meu casamento? Como será o parto? Será o meu bebé saudável? Estas preocupações fornecem o material necessário à preparação da sua identidade materna (Stern, Bruschiweiler-Stern, 2001).

A mulher cria cenários com personagens imaginárias: o bebé imaginário, a futura mãe, o futuro pai, os avós imaginados. Cada uma destas personagens é criada, desfeita e criada de novo, vezes sem conta, a partir de outro ponto de partida.

Durante a gravidez, o espírito é o local de trabalho onde o futuro é constituído como uma invenção em progressão. Stephen Bennett, um psiquiatra infantil, conta que ouvia as enfermeiras de uma unidade hospitalar darem aos bebés que ali se encontravam, recém-nascidos, nomes como «o herói» ou «a princesa» (Stern, Bruschiweiler-Stern, 2001). A forma como qualquer pessoa que esteja continuamente na presença de um bebé, como uma mãe com o bebé ainda no seu ventre ou como recém-nascido, projecta traços de personalidade no bebé. Os adultos mergulham rapidamente num repertório de traços de personalidade retirados da sua própria experiência de vida e escolhem outros para atribuir ao bebé. Da mesma forma a mãe, como futura mãe, também tem suposições acerca do seu bebé antes e depois do nascimento. São guiadas pelas suas esperanças e medos e pelo seu próprio passado revelando muito das suas prioridades e valores. As fantasias que constroem em torno do indivíduo que o seu bebé será quando crescer são bastante reveladoras das preocupações dela.

Algumas mães insistem no facto de não imaginarem os seus bebés, mas até na escolha do nome denunciam o desejo de ter um certo tipo de criança. É geralmente depois do 3º mês e após o médico ter dado luz verde relativamente à viabilidade da gravidez, que o processo de imaginação se inicia verdadeiramente. A maior parte das mães começam a imaginar cada vez mais traços físicos e psicológicos do que aqueles que o bebé poderá exhibir. Algumas mulheres precisam de mais de três meses para assimilarem o facto de estarem grávidas.

Durante o 4º mês a experiência com o feto verdadeiro vem dar um empurrão ao seu bebé imaginado: as ecografias, onde a mãe pode ver a curvatura da coluna vertebral que lembra um colar de pérolas, ou sentir o bebé a mexer. Entre o 4º e o 7º mês as mães atribuem um perfil ao seu bebé. Este perfil surge num período em que as

futuras mães dão livre curso à sua imaginação, ao mesmo tempo que o esboço do bebé se torna mais elaborado.

Entre o 7º e o 8º mês o bebé imaginário está completamente formado. Durante o próximo mês, em vez do bebé imaginário se tornar uma imagem ainda mais complexa, acontece o contrário: a mãe começa a desconstruir o bebé imaginário o que vai permitir que a imagem mental esmoreça e, de certa forma, apague este bebé (Stern, Bruschiweiler-Stern, 2001).

À nascença, bebé real e bebé imaginário vão encontrar-se pela primeira vez e a mãe pode estar sujeita a uma diferença demasiadamente grande entre os dois. Ela deve proteger o bebé real e ela própria da discrepância entre as expectativas que desenvolveu na sua mente - sexo, tamanho, aspecto, temperamento - e a realidade. A mãe deve preparar o terreno de modo a que ela e o bebé real possam trabalhar em conjunto sem a interferência do passado. Contudo, o bebé imaginário não desaparece totalmente, e muitos ajustes são feitos na altura do nascimento.

Para Lebovici e Stoleru (1995), é sobre o «bebé fantasmático» que se organiza o desejo, ou sonho, da maternidade, criando espaço e tempo para o desenvolvimento das funções maternas de atenção e disponibilidade. O «bebé fantasmático» traduz a experiência pessoal de filiação, a forma como se foi filho ou filha.

Se o «bebé fantasmático» nos remete para um processo evolutivo de início muito precoce, já o «bebé imaginário» constrói-se ao nível pré-consciente e consciente. Este bebé é não só desejado como também pensado pelos pais. Concebe-se pelo desejo de gravidez e vai sendo consolidado, a um nível psíquico pela ressonância e audição dos batimentos cardíacos fetais, pelas interpretações dos movimentos fetais em situação de ecografia e fora dela pela comunicação verbal e táctil com o bebé, através do abdómen da mãe, comunicação que se começa a estabelecer sobretudo a partir do segundo trimestre de gravidez (Sousa, 2006). Assim, como nos diz Lebovivi (1983), a relação mãe-filho existe já antes do nascimento do bebé e inicia-se com o desejo de ter

um filho e com as fantasias que a mãe tem em relação a este futuro bebé, o «bebé imaginário».

Biscaia e Sá (1997) defendem que, num plano mental, um bebé não nascerá após 9 meses de gravidez mas quando nascer na imaginação dos pais. Desta forma, espera-se que por volta do quarto e quinto mês de gravidez, com a crescente percepção dos movimentos fetais, se verifique uma consolidação entre a gravidez no útero e a gravidez num plano mental.

Uma gravidez desejada e satisfeita potencia o vínculo entre mãe e feto, amplificando as trocas entre ambos e facilitando o desenvolvimento psíquico saudável deste.

A capacidade maternal deverá facilitar o vaivém de proximidade e distanciamento, devendo a mãe estar totalmente atenta às necessidades do bebé, abdicando do seu narcisismo e vivendo um enamoramento facilitador do desenvolvimento da sua capacidade de réverie. Além das capacidades musculares e fisiológicas do seu corpo, o bebé adquire, nesta fase da sua vida a capacidade simbólica para se reconhecer a si mesmo e aos outros, relacionar-se consigo e com o mundo (Vicente, 2006).

O bebé, ao nascer, com toda a sua realidade, confronta a mãe com a sua construção imaginária, leva-a a um reajuste com duas realidades: a interna, o bebé imaginário e a externa, o bebé real. O desejo de ser mãe associa-se habitualmente à criação de um filho imaginário, originário nas suas fantasias condensadas de cargas afectivas. Com o nascimento do bebé, a mãe é colocada perante a criança real, o que vai provocar uma reorganização desta relação com o bebé imaginário, cuja representação a mãe desinveste progressivamente para investir o bebé real, com a sua identidade e características específicas.

GRAVIDEZ, PARENTALIDADE E VINCULAÇÃO

Cada mãe vincula-se de forma única e diferente ao seu bebê e de forma inconsciente. Este processo inicia-se durante a gravidez, com aquilo que a mulher pensa e imagina sobre o bebê que vai nascer. Apesar de cada mulher ter a sua própria forma de vinculação ao bebê, a maioria segue, geralmente, um de três padrões.

O primeiro padrão é seguido por mulheres que tendem a manter a experiência da maternidade a uma certa distância, de modo a poder lidar com ela. Parecem estar menos absorvidas com a gravidez do que seria de esperar, apesar de, interiormente, poder não ser verdade. Quando pensam na família de origem, têm tendência a recuar um ou dois passos e a pôr-se à margem da sua própria história, inclusivamente de detalhes acerca da forma como foram criadas. Agem como se a vida com os seus pais não fosse particularmente importante para o que está a acontecer no momento, poderão, ou não, envolver-se emocionalmente no processo da maternidade e não se vão permitir enfrentar totalmente a questão nem falarão sobre ela. Estas mulheres exibem o que os clínicos chamam vinculação evitante. Conseguem ver o panorama das suas relações familiares mas vêem-no de uma distância segura (Stern, Bruschiweiler-Stern, 2001).

Um padrão muito diferente de vinculação é seguido por mulheres que se envolvem tanto na experiência da maternidade que não dão nenhum passo atrás para obter alguma perspectiva do processo. Obedecem ao padrão de vinculação ambivalente. Isto aplica-se, em especial, às suas reflexões sobre as próprias mães, das quais se mantêm bastante próximas durante e depois da gravidez. Ficam enredadas no seu vínculo com a mãe, da mesma forma que, provavelmente, ficarão na sua relação com o bebê que vai nascer. As mulheres que seguem este padrão tendem a lançar-se nas suas relações primárias sem reflectir nelas.

O terceiro padrão situa-se entre os outros dois. Estas mulheres querem dedicar-se totalmente à sua relação com o filho e envolver-se com a mãe, mas de uma forma equilibrada. A experiência enquanto criança com a sua mãe traz-lhe pensamentos e

sentimentos, mas ela é capaz de reflectir sobre as suas experiências como mãe e filha. Estas mulheres mostram um padrão de vinculação segura.

Apesar de nenhuma mulher exemplificar totalmente um padrão, a maior parte tende a enquadrar-se num destes três grupos. Todos eles são normais, representando diferentes formas de adaptação à turbulência psicológica que a tarefa de ser mãe provoca. Estudos sugerem que a vinculação materna prenatal aumenta, tipicamente, ao longo da gravidez (Muller, 1992, in Laxton-Kane, & Slade, 2002; Laxton-Kane, & Slade, 2002) e que este aumento estaria relacionada com elevados níveis de suporte social (Laxton-Kane, & Slade, 2002).

Estudos mostram que um padrão de vinculação parental inseguro está associado com uma percepção do temperamento da criança como mais tímido, assustado e negativamente reactivo (Pesonen, A.-K., Räikkönen, K., Keltikangas-Järvinen, L., Strandberg, T. e Järvenpää, A.-L., 2003). De igual modo, as percepções parentais são mais positivas ou menos negativas nas díades seguro-seguro (ambos os pais avaliados como pouco evitantes) e mais negativas ou menos positivas nas díades seguro-inseguro (um dos pais avaliado como pouco e outro muito evitante).

Seguindo o modelo de coerência de Stern, Zeanah, Benoit, Hirshberg, Barton e Regan (1994, cit. in Pimentel, 1997) conceberam um modelo de entrevista clínica - The Working Model of Child Interview - WMCI - "destinado a elicitare e classificar as percepções, pensamentos e sentimentos dos pais acerca dos seus filhos". No estudo empírico realizado, comparam os relatos das mães e a classificação por estas obtidas a partir da WMCI com a classificação das crianças na Strange Situation, encontrando correlações significativas entre as descrições das mães e os padrões de vinculação dos seus filhos, confirmando as suas hipóteses iniciais de que entrevistas classificadas como "Balanced" caracterizariam as crianças com um padrão de vinculação classificado como "Seguro", entrevistas classificadas como "Disengaged" caracterizariam crianças classificadas com um padrão de vinculação classificado como "Inseguro-Evitante" e entrevistas classificadas como "Distorted" classificariam crianças com um padrão de vinculação classificado como "Inseguro-Resistente".

Crowell e Feldman (1988, cit. in Pimentel, 1997) pressupõem um processo mediador entre as experiências de infância dos pais e o seu comportamento parental, através da formação de um modelo de funcionamento interactivo interno ("internal mental representation" ou "working model") para si próprio - no seu papel passado de filho e actual de pai - e para os outros - papel atribuído aos filhos. Este modelo, uma vez formado, tende à estabilidade e vai influenciar o padrão interactivo estabelecido com os seus filhos. Estes autores apresentam um modelo explicativo da interdependência de quatro factores: modelo de funcionamento interactivo interno da mãe, padrão de comportamento e desenvolvimento da criança, comportamento da mãe e comportamento da criança. Analisaram a interacção mãe-criança (crianças dos dois aos quatro anos) numa situação de resolução de problemas, confrontando a classificação do comportamento da mãe e da criança com as classificações do modelo de funcionamento interactivo interno da mãe avaliado através da Adult Attachment Interview de Main, Kaplan e Cassidy (1985). Os resultados obtidos mostraram a existência de correlações significativas entre o comportamento da mãe, associação entre o modelo de funcionamento interactivo interno da mãe - "secure", "detached" ou "preoccupied" - e a problemática da criança, correlação entre o modelo de funcionamento interactivo interno da mãe e o seu comportamento na interacção com a criança, quer na qualidade quer na quantidade e no estilo de apoio prestado e associação entre o modelo de funcionamento interactivo interno da mãe e o comportamento da criança.

As acções dos pais não são, no entanto, exclusivamente, função do afecto, havendo uma relação estreita entre as suas cognições e as interacções que mantêm com os seus filhos, sendo as primeiras consideradas mediadoras entre os estímulos fornecidos pelas crianças e as acções que os pais têm como resposta a esses estímulos. Sameroff e Feil (1985, cit. in Pimentel, 1997), analisando o papel que tem vindo a ser atribuído à criança no seu próprio processo de desenvolvimento, consideraram haver uma tendência para que a contribuição desta para a interacção não seja vista como uma influência directa de alguém que tem um conjunto de competências inatas, mas sim como uma influência indirecta de alguém que possui um estilo de comportamento que elicitam respostas, positivas ou negativas, dos adultos que dela cuidam. Este aspecto

parece-nos de grande importância para compreender as diferenças interactivas no caso de bebés com dificuldades, já que ao risco originado pela situação da criança se vem acrescentar um outro: o de os pais reagirem negativamente, quer em termos de atitudes quer em termos de comportamento, não conseguindo estimular a criança ou estabelecer com ela a interacção adequada para que o seu desenvolvimento seja o mais adequado possível.

Propõem, ainda, o estudo dos níveis conceptuais dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos, numa hierarquia semelhante à que Piaget propõe para o desenvolvimento. Consideram que o funcionamento cognitivo dos pais é diferente em cada um deles, trazendo consequências diversas para o processo interactivo e também para o próprio desenvolvimento da criança:

Nível Simbiótico - É o nível de funcionamento em que os pais têm uma resposta emocional directamente dependente do seu sucesso na relação com os seus filhos, na medida em que, não se considerando completamente separado destes, encaram o comportamento dos filhos na dependência directa da sua própria acção, o que lhes torna impossível a reflexão sobre o próprio processo de desenvolvimento;

Nível Categorical - Neste nível, os filhos são considerados sujeitos independentes e as suas acções são já encaradas como resultantes de características próprias e não exclusivamente função das acções dos pais, permitindo que aos filhos sejam atribuídas "rótulos" - bons ou maus - que permanecem para além das acções por estes realizadas em determinado momento. O desenvolvimento dos filhos é considerado determinado por um único tipo de factores (constitucionais ou de influência social, por ex.);

Nível Compensatório - Neste nível, o comportamento dos filhos é encarado não só em função do comportamento dos pais e das características da própria criança, como também em função do seu nível e grau de desenvolvimento. Embora nenhum destes factores tenha um papel dominante, falta no entanto aos pais a capacidade ponderar o peso de cada um deles;

Nível Perspectivístico - Neste nível quer a criança quer o próprio contexto de educação e desenvolvimento podem ser objecto de reflexão que permite ponderar o peso relativo de todos os factores em jogo.

GRAVIDEZ E PARENTALIDADE

A família é muitas vezes pensada como um exemplo paradigmático de um contexto que tem o seu próprio carácter dinâmico (Kreppner, 1988). Após o nascimento de uma criança torna-se necessário fazer algumas alterações na dinâmica familiar. Ao mesmo tempo, a consistência nas interacções de uma família é um pré-requisito para manter uma espécie de «identidade familiar» à qual a criança terá de se adaptar no decurso do seu desenvolvimento. Este complexo fenómeno de equilíbrio inclui não só o estabelecimento de relações com a nova criança, como também rearranjos nas relações já existentes no interior da família (Kreppner, 1988). O parto pode ser comparado a uma ruptura traumática para a mãe. Trata-se de um momento em que a mulher tem de fazer reorganizações e é uma oportunidade para evolução, enquanto mãe, mulher e pessoa. Nas horas pós-parto assiste-se a um equilíbrio hormonal, importante para a relação com o bebé: a hormona ocitosina é, em parte, responsável pelo desencadear de comportamentos maternos. Quando a mulher regressa a casa, nos primeiros dias após o parto, a sua principal preocupação traduz-se em «será que vou ser capaz de cuidar do meu bebé?». A mãe permanece num estado de hipervigilância, quase obsessiva, durante algum tempo. Quando se torna mãe, marca do sucesso do complexo de Édipo[†], a mulher reaviva a relação com a sua própria mãe. É tempo de realizar novos lutos dos imagos parentais e adaptar-se ao bebé. Nesta altura, ela não necessita de uma «mãe» mas de alguém mais velho que a ajude e valide o seu papel de mãe (Stern, 2001).

O nascimento de uma criança pode ser experienciado como um período de crise para ambos os pais, levando a alterações significativas na relação marital uma vez

[†] A passagem bem sucedida do complexo de Édipo permite a identificação com as qualidades maternas, a extinção da rivalidade com o progenitor do mesmo sexo e o afastamento da relação parental, inaugurando um período de acalmia e de reflexão que permite a elaboração das questões ligadas à sexualidade e à identificação com as características do seu sexo. A menina quer ser como a mãe e, mais tarde, cuidar dos seus próprios bebés.

que há a incorporação de um terceiro no casal (Osofsky e Osofsky, 1984). Na maioria dos casais, o nascimento de um filho leva a uma reorganização das regras e das relações existentes no casal. A gravidez e a paternidade podem ser um desorganizador para alguns casais, enquanto para outros afigura-se como uma oportunidade de maturação e crescimento. A vida do casal passa por alterações significativas e irreversíveis, as quais podem ser experienciadas com desconforto ou com prazer. Antes da gravidez, o homem e a mulher, apesar de juntos, são relativamente autónomos. Com a gravidez, experienciam importantes alterações neles próprios e na relação de um com o outro, levando a uma diminuição da autonomia.

Em famílias que experienciam o nascimento e a educação de um bebé, as alterações nas rotinas diárias são grandes, assim como a comunicação marital efectiva se torna mais importante. Quando as relações experienciadas na família de origem não foram positivas, a capacidade de um indivíduo lidar com esta necessidade de comunicação pode ser limitada.

Qualquer que seja o grau de comunicação efectiva existente entre o casal antes do bebé nascer, pode ser quebrado, especialmente se um dos membros do casal tiver uma grande necessidade de manutenção das rotinas maritais como forma de protecção do seu eu (Belsky e Isabella, 1985). Também os esforços da família para encontrar novas formas de interacção são influenciados pelos diferentes estádios de desenvolvimento da criança.

A noção de parentalidade e família foi sendo alterada ao longo dos tempos. Em Roma, o pai exercia o poder de decidir se queria ou não a criança, podendo, inclusive, adoptar outras crianças. O Judaísmo e o Cristianismo reforçam o papel do pai. Deus-Pai, o pai como representante de Deus. Só mais tarde o casal vai ser aceite, e este pressupõe fidelidade recíproca, sem hipóteses de dissolução. Na Idade Média, a família era o meio de transmissão do património e prefigurava-se uma divisão dos papéis entre homem e mulher. Com a Era Moderna chegam a importância das necessidades da criança e o valor dos Direitos Humanos. A intervenção da mãe torna-se fundamental e há o culto do amor materno. A Revolução Industrial traz produção de riqueza, a

divisão dos sexos e trabalho diferentes. Nas famílias modernas, quer a mulher, quer o homem trabalham e ambos partilham a educação e o cuidado dos filhos (Chiland, 2001).

O conceito de Parentalidade é relativamente recente e remete-nos para uma tentativa de acabar com a dicotomia entre feminino e masculino e pode ser definido como o processo através do qual os pais se tornam pais (Misés, 2001), ou seja, a parentalidade é o processo que vai levar ao estado parental (do latim *parentale*) «dos pais». É um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais, i.é, a responderem às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s) (Bayle, 2006). Não pretende ser uma divisão entre sexos, mas antes valorizar a importância de cada um e da sua complementariedade.

A parentalidade é um processo bidireccional através do qual os pais socializam os filhos e os filhos socializam os pais. Não existe uma aprendizagem formal do «ser bom pai». A maioria dos indivíduos aprendem a «ser pai» com a sua própria experiência, quer como pai, quer como filho dos seus pais.

A função paterna

A função paterna varia com a cultura, as épocas e, por vezes, ela organiza-se em função da idade da criança, do sexo e dos substitutos que apareçam no percurso de vida de uma família. O pai-páter (identidade) é mais do que um genitor (sangue), pois ele assume uma função que garante a transmissão dos valores morais e sociais, transmitindo nas sociedades patrilineares um nome ao longo das gerações. Nos dias de hoje, o pai prepara de forma diferente a sua paternidade acompanhando a gestação da mulher passo a passo. Tornou-se um elemento indispensável nos exames médicos de controlo da gravidez e também no momento do parto, elaborando de outra forma a «existência» do bebé (Bayle, 2006).

Brazelton e Cramer (1991) referem quatro aspectos que influenciam a criação de um pai:

1. Uma predisposição para a parentalidade que é transmitida pelos seus próprios pais e pelo seu pai em particular. Este desejo de ser pai é influenciado pela rivalidade edipiana. Se o pai é suficientemente «bom», que sirva de modelo à criança, ele vai querer igualá-lo e pôr em prática o que recebeu, transmitindo aquilo que lhe foi dado e, sobretudo, tentando superar o seu próprio pai, sendo melhor ainda com o seu bebé;
2. As solicitações do bebé que vão desenvolver as capacidades do pai. Para isso a criança precisa de sentir que a mãe não o impede de aceder ao pai e que este deseja entrar em interacção com ele;
3. A autorização da esposa que oferece espontaneamente o bebé ao seu marido, convidando-o a exercer a função paterna e fazendo dele um pai. Esta prática restitui ao homem a parte feminina da sua identidade;
4. A organização sociocultural que legitima a paternidade e que o apoia nesta função familiar.

Bayle (2006) acrescenta ainda:

5. O pai é um objecto de identificação alternativo, protegendo a criança da exclusividade da relação simbiótica com a mãe, relativizando a influência só feminina com a introdução do masculino e autorizando-o a inscrever-se na genealogia e filiação através de uma identidade sexual e social. O rapaz identifica-se primeiro com a mãe, antes de desejar ser como o seu pai;
6. A função paterna organiza as relações triangulares, permitindo assim acedera um complexo de Édipo equilibrado, introduzindo a criança no mundo das diferenças (sobretudo sexuais) e alargando o seu espaço do interior para o exterior, para o universo social. O pai garante o respeito das regras e leis, introduzindo a cultura

através da proibição do incesto. Só há triangulação precoce se a mãe deixa o pai aceder à criança. De igual modo, o pai tem de aceitar a intrusão da criança na sua relação com a esposa, alargando o espaço relacional e interactivo. Se impede o acesso do bebé à mãe, este pode ter, mais tarde, dificuldades identificatórias;

7. Segundo Winnicott (1993), o pai é necessário em casa para ajudar a mãe a instalar-se na maternidade, a sentir-se bem no seu corpo e feliz espiritualmente, dando-lhe apoio moral, reforçando a sua autoridade por ser a encarnação da lei e da ordem, valores que a mãe introduz na vida da criança e apoiando-a na sua função de mãe.

A função materna

Ser mãe é, para algumas mulheres, o bem mais precioso que a vida lhes ofereceu, valorizando este acontecimento acima de tudo. Algumas mulheres vivem este período intensamente, repetindo esta experiência intensa a nível corporal e de recentragem em si próprias; outras, pelo contrário, vivem a gravidez num estado de infinita tristeza.

Estas diferentes expressões e vivências da gravidez são limitadas no tempo de nove meses, se a mulher chegar a termo, enquanto a maternidade é um processo único a longo prazo, onde a mãe se implica com a sua história de vida, o seu passado intergeracional, o romance do casal, os acontecimentos de vida e a sua personalidade (Bayle, 2006).

A maternidade não passa necessariamente por uma gravidez, como também desejar um filho não implica forçosamente ter desejos de maternidade (Leal, 1992). Desejar engravidar pode ser uma fuga da realidade e estar ligado apenas à procura do sentimento de bem-estar e de plenitude que este estado traz, sem desejo real da criança.

Dayan (1999, in Bayle, 2006) refere dois aspectos fundamentais na organização intrapsíquica de ordem inconsciente da maternidade: 1) a perda da sua infância, do

objecto materno, do seu bebé imaginário e, 2) a actualização dos afectos, representações e traumatismos infantis vividos durante a gravidez e o parto e que trazem o reviver de angústias e de conflitos infantis.

Durante a gravidez, a mulher apresenta uma organização psicológica particular que Winnicott (1993) descreveu como «preocupação materna primária». Este período foi, igualmente, denominado de «transparência psíquica», uma vez que há uma maior permeabilidade a mudanças quer externas quer internas.

TRANSMISSÃO E REPETIÇÃO

A relação da mãe baseia-se nas suas próprias relações objectais. Segundo o sexo da criança, ele repete as relações afectivas da primeira infância com a mãe e o pai (Klein, 1986). Esta relação deixa marcas para sempre na psique da criança e vai influenciá-la no seu desenvolvimento adulto, nomeadamente, no momento da maternidade em que as recordações e os fantasmas da mãe emergem, desencadeados pelas características físicas ou comportamentais da criança, influenciando a natureza e a qualidade das relações entre elas.

A relação primária com o objecto (mãe) e os conflitos seriam integrados, influenciando deste modo o tipo de vinculação. Fraiberg (1980, in Almeida, S., Ataíde, Á., Nascimento, M^a J., Pires, P., Silva, P.C., 2003) fala de fantasmas no quarto da criança que é preciso desvendar. Os conflitos são estruturantes; no entanto, no caso de algumas mulheres que viveram traumatismos na relação precoce mãe-criança, poder-se-á pensar que estes têm um efeito desestruturante na relação com os filhos por falta de simbolização dos mesmos.

A vinculação constitui um modelo de transmissão intergeracional e, na altura do nascimento, o bebé vem acordar os afectos dolorosos recalcados durante a infância vivendo o filho como um objecto perseguidor. Existe, assim, uma ligação entre uma infância traumática que inibe as capacidades maternas e as dificuldades ao nível da parentalidade. Segundo Cyrulnik (1993), a vivência do traumatismo depende da

natureza do indivíduo, da sua susceptibilidade, da vulnerabilidade ou das suas capacidades de resiliência.

A transmissão pode ser vista através da repetição do comportamento de um outro, que seria nada mais que o primeiro objecto de vinculação, através de quem se imprimiriam as primeiras identificações que marcaram o desenvolvimento e a personalidade (Bayle, 2006). Algumas investigações demonstram a transmissão de uma espécie de mandato transgeracional, associado à vinculação: mães e crianças tendem a usar estratégias representacionais de vinculação semelhantes, isto abarca não apenas segurança vs insegurança mas também diz respeito a estratégias secundárias (desactivação e hiperactivação) (Miljkovitch et al., 2004); os estados mentais associados à vinculação tendem a ser estáveis nos adultos e os modelos operantes internos tendem a perpetuar-se ao longo de três gerações (estabilidade intergeracional) (Benoit & Parker, 1994; Fraley, 2002).

REPRESENTAÇÕES MATERNAS

Os pais constroem uma imagem mental do seu bebé. Da mesma forma, eles vão construir uma imagem deles próprios no papel de pais. Dependendo do ponto de partida teórico, estas imagens mentais do bebé ou dos pais enquanto pais consistem em “atribuições”, “distorções”, “fantasias”, outras formas de constructos e, possivelmente, percepções correctas do bebé “real”. A todos estes constructos dá-se o nome de “representações” (Stern-Bruschweiler & Stern, 1989).

A importância do estudo das representações maternas para a compreensão das interações pais-bebé, quer no desenvolvimento normal quer no desenvolvimento patológico é também realçado por Stern (1991). As representações mentais de uma mulher que vive a maternidade constroem-se a partir das experiências interactivas com o bebé, mas também das experiências subjectivas que estão para além das primeiras. Para Stern, a representação integra os conceitos de fantasias maternas, projecções, identificações projectivas, bebé fantasmático e modelo interno de funcionamento, considerando um conjunto de relações representadas, relativas ao bebé como pessoa, a

si própria como mãe, ao seu marido como pai, aos seus próprios pais, a outras figuras parentais, ao grupo familiar, a fenómenos familiares ou culturais, mesmo não vividos pela mãe, referindo a possibilidade de se encontrarem ainda outras representações.

Para Sandler (1994, cit. por Leonardo, 2007), as representações mentais integram duas componentes que são, normalmente, indistinguíveis: 1) uma interacção experimental que se observa, por exemplo, quando a mãe dá de mamar ao seu bebé e dialoga com ele e 2) uma componente não-experimental, como as fantasias e os pensamentos maternos. Deste modo, a representação mental é uma organização, um esquema, ou um conjunto de regras que integra conteúdos diferentes da experiência subjectiva; não são, portanto, objectos ou pessoas, não são imagens ou palavras, mas sim experiências de relação. As representações mentais não são o resultado directo e simples de uma internalização ou introjecção dos atributos externos dos objectos, sendo que são construídas de dentro para fora.

Com os trabalhos de Winnicott e Bion torna-se mais evidente a importância do mundo fantasmático da mãe na construção do sentido de identidade da criança. Selma Fraiberg (1980, cit. por Almeida, S., Ataíde, Á., Nascimento, M^a J., Pires, P., Silva, P.C., 2003) no artigo *Ghosts in the Nursery*, enfatiza a importância das fantasias mentais maternas na génese da patologia da relação mãe-criança ou na formação de sintomas nesta. Sugere, assim, que as representações dos progenitores acerca das relações com as suas principais figuras cuidadoras podem *assombrar*, no presente, a relação que, como pais, vão vivenciar com os seus filhos. Assim, na maternidade, a mulher vai desenvolver uma relação com o bebé que resulta da reactivação (inconsciente) da relação precoce que ela viveu com a sua mãe.

«Esta noção que o indivíduo repete aspectos das relações do seu passado nas relações actuais é básica para a psicanálise (...) e está implícita nos conceitos de *transferência, identificação e internalização* (...). A certa altura, todos os pais/mães vivem a experiência surpreendente de ouvirem as vozes das suas próprias mães ou pais quando falam para os seus filhos (...) (essas vozes) podem parecer elevadas em momentos de tensão ou conflito (...) ou providenciar um ambiente calmo e de prazer nas interacções familiares de todos os dias» (Slade e Cohen, 1996, cit. por Leonardo, 2007).

Bowlby (2000), no domínio da Teoria da Vinculação contribuiu para o estudo das representações através da conceptualização dos *modelos operantes internos* (MOI), ou seja, representações mentais dinâmicas que actuam fora da consciência e que se constituem a partir da experiência relacional precoce com as figuras de vinculação. Estas representações correspondem a esquemas cognitivos de interpretação da realidade, a uma organização interna ou um conjunto de regras que definem a representação que o indivíduo tem do *self* e dos Outros, mas adquirem características mais complexas que incluem os afectos, as fantasias conscientes e inconscientes, a memória e os planos de acção importantes nas relações significativas. Os MOI pareciam determinar o padrão das relações, no presente e no futuro do indivíduo. Estes modelos internos não serviriam de meros filtros passivos da experiência, mas organizariam o comportamento do sujeito de modo a recriarem experiências compatíveis com o modelo relacional previamente estabelecido. Os MOI são integrados na personalidade do indivíduo e dificilmente alterados na idade adulta. Deste modo, os MOI dos pais funcionam como predisposições para a relação que eles desenvolvem com os filhos, explicação para o fenómeno da *transmissão intergeracional da vinculação*. Os trabalhos de Main e col. (1985) com a *Adult Attachment Interview* encontraram uma concordância elevada entre o modelo de vinculação materno e o padrão de interacção com o filho, avaliado na Situação Estranha de Ainsworth (1978).

Autores como Ammanti (1989) e Fava-Viziello (1989) (in Pimentel, 1997) sugerem que as primeiras representações do bebé se formam desde o momento em que a mãe toma conhecimento da gravidez, tomam particular consistência entre o quarto e o sétimo mês, havendo depois algum empobrecimento para que o bebé real, no momento do seu nascimento, não seja submerso por uma representação muito específica. Após o nascimento, parece haver uma reelaboração das representações maternas, que se alteram ao longo do desenvolvimento do bebé, nomeadamente à medida que o bebé atinge determinados marcos de desenvolvimento.

Stern (1991), define e descreve três modelos clínicos para a compreensão dos fenómenos interactivos:

① O *modelo de distorção* - Este modelo avalia em que medida a representação, como realidade subjectiva, se afasta de uma visão objectiva da realidade. Pressupõe portanto que há uma realidade objectiva que pode ser usada como ponto de referência e que qualquer distorção é negativa e potencialmente patogénica. Embora contestando estas duas características do modelo de distorção, Stern chama a atenção para a sua utilidade, nomeadamente no caso de crianças com deficiência ou com atrasos de desenvolvimento - para as quais uma visão demasiado optimista pode ser nociva se impedir uma intervenção necessária, ou favorável se acarretar uma auto-realização de profecias - ou na análise das situações em que o temperamento da criança, por se afastar da representação da mãe é visto, por esta, como particularmente difícil de suportar, criando uma dinâmica interactiva patológica, ou mesmo na interacção de uma díade normal em que a mãe cria um conjunto de distorções positivas - que faz do seu bebé o mais bonito e cativante do mundo - cuja ausência pode ser de mau prognóstico.

② O *modelo do tema dominante* - Segundo este modelo, o bebé é encarado pela mãe como fazendo parte de um tema recorrente, problemático e conflituoso da sua vida, podendo a interacção tornar-se patológica se a representação não deixar espaço para que o bebé seja visto na sua dimensão real e se o tema influenciar o comportamento manifesto da mãe, moldando de forma crónica a interacção mãe-bebé. Aponta como exemplos de temas dominantes o bebé substituto de um primeiro filho morto ou de um adulto significativo entretanto falecido, o bebé anti-depressivo que reactivará a actividade de uma mãe deprimida, o bebé que culminará de amor a sua mãe, o bebé que manterá o casamento, etc.

③ O *modelo da coerência* - Neste modelo o domínio a analisar é a coerência com que é transmitida a representação que a mãe faz da sua própria mãe, enquanto mãe, independentemente da verdade histórica do que aconteceu na sua infância e dos seus padrões de vinculação. Este modelo influenciou todos os estudos sobre a vinculação e deu origem a alguns instrumentos de avaliação dos quais o mais conhecido é o Adult Attachment Interview de Main, Kaplan e Cassidy (1985).

Hubin-Gayte e Ayissi (2005) enfatizam a importância das representações que as mães têm sobre o comportamento dos seus bebês. O seu estudo revelou que as mães de bebês muito irritáveis eram menos sensíveis que as mães de bebês não irritáveis e que as primeiras representavam os seus bebês como “difíceis”.

Os conteúdos das representações mentais maternas

Stern (1991, 1997) identificou na mulher que é mãe oito grupos de representações mentais associadas à maternidade e ao bebê.

O primeiro grupo refere-se às **representações mentais maternas acerca do bebê**, como seja a sua personalidade. Este grupo é constituído pela representação que a mulher tem do bebê: 1) como seu filho; 2) como filho do seu companheiro; 3) como irmão (quando já existem outros descendentes); 4) como neto; 5) como sobrinho e 6) como elemento único na família.

O segundo grupo diz respeito às **representações da mulher sobre si própria enquanto mãe**. Neste grupo incluem-se as representações que a mulher tem de si: 1) como pessoa; 2) como mãe daquele bebê; 3) como esposa; 4) como profissional; 5) como filha e 6) como membro específico de uma família alargada.

No terceiro grupo incluem-se as **representações que cada mãe tem sobre o pai do bebê**, com conteúdo igual ao grupo anterior (mas relativo ao pai).

O quarto grupo consiste nas **representações da mulher acerca da sua própria mãe ou avó materna**, enquanto pessoa e enquanto avó do bebê. Este grupo de representações é essencial para compreender a relação que a mãe vai desenvolver com o seu bebê, uma vez que se afiguram preditivas do estilo de vinculação que se desenvolverá na diade.

O quinto grupo é semelhante ao anterior mas refere-se às **representações acerca do pai desta mulher**.

○ sexto grupo refere-se às **representações da mulher acerca de outras figuras com função parental importante** (substitutos dos progenitores).

○ sétimo grupo define-se pelas **representações de grupos familiares**, ou seja, não apenas as díades mãe-bebé, mas agora incluindo as tríades mãe-pai-bebé. São também incluídos neste grupo, os rituais, os mitos e as práticas tradicionais da família.

Finalmente, o oitavo grupo é constituído pelas **representações que a mulher construiu a partir de uma narrativa familiar** e não por experiência concreta, por exemplo, acerca de um familiar já falecido, com quem não se relacionou, mas que ainda mantém um importante impacto na família.

Evolução das representações mentais da grávida

“ (...) Uma gravidez surge, num plano mental, antes de uma gravidez se declarar no plano do corpo (...)” (Sá, 2003, p. 23).

Muito antes de estar grávida, a mulher foi construindo uma representação do bebé e da família que deseja para si. Variando de *mulher* para mulher, dependente da personalidade desta, as representações podem ser vagas ou precisas, mas sempre formadas antes da concepção do feto. As representações maternas têm o seu início na infância, uma vez que “... a competência para a gravidez desponta quando as crianças, ao brincarem com bonecos, se experimentam nas competências de mães e pais” (Sá, 2003, p. 26). Estas representações foram evoluindo a partir dos exemplos de maternidade que cada menina viveu na família e das outras relações (familiares e não só) que ela foi observando no decorrer das experiências de vida.

Ammaniti e col. (1992, cit. in Leonardo, 2007), através da aplicação da entrevista *Maternal Representations During Pregnancy*, concluíram que, durante o período pré-natal, emerge todo um sistema de representações, onde se destacam a identidade materna e a identidade que a grávida atribui ao bebé. a partir da aplicação. Os trabalhos realizados com a *Entrevista-R* (Stern et al., 1989) corroboram estes resultados.

Evolução das representações maternas acerca do bebé

A mulher, no início da gravidez, não possui muita informação acerca do bebé. Assim sendo, ela vai preencher esta lacuna com fantasias, representações e memórias da sua própria infância que vão ser projectadas no bebé desconhecido. Para Sousa (2004), o bebé fantasmático seria a representação da história pessoal de filiação com os pais, ou seja, a criança inscrita na vida mental inconsciente e infantil de cada um dos pais. A representação que a grávida tem do seu bebé não é coerente e concreta, mas resulta da combinação de desejos e medos, do passado e do presente, integrados com acontecimentos concretos que ocorrem durante a gravidez.

Lis e Zennaro (1997, cit. in Leonardo, 2007) concluíram, a partir de estudos sobre a aplicação da *The Clinical Interview for Parents during Pregnancy*, que durante a gestação, era mais fácil os futuros pais representarem as características físicas do bebé ao invés dos seus traços psicológicos, sendo que neste campo, os adjectivos mais utilizados para caracterizar a personalidade do bebé eram “activo” e “dependente”.

Para Stern-Bruschweiler (1999) as grávidas parecem construir dois tipos de categorias de representação acerca do bebé: por um lado, o *bebé desejado*, menino ou menina, bonito, forte, atlético, com energia, inteligente, com personalidade fácil, que irá cumprir os objectivos que a mãe não realizou e, por outro, o *bebé temido*, malformado, fraco, trissómico, feio, problemático, que será violento, alcoólico ou criminoso.

A riqueza, a elaboração e a especificidade das representações mentais maternas acerca do bebé aumentam durante os primeiros meses de gravidez, notando-se uma grande evolução por volta da 17ª semana de gestação (4º mês), já depois de terem sido feitas ecografias e a partir do momento em que sentem os movimentos fetais. Esta actividade continua a evoluir até atingir o ponto máximo por volta das 28 semanas de gestação (7º mês). Com a entrada no terceiro trimestre de gravidez, as representações perdem riqueza e especificidade o que alguns autores explicam como sendo uma tentativa de prevenir a mãe contra possíveis desilusões aquando do confronto do bebé

imaginário com o bebé real no momento do parto (Ammaniti et al., 1992; Fava-Viziello, Antonioli, Cocci, & Invernizzi, 1993).

Após o nascimento, a mãe reconstrói as representações mentais agora baseadas no bebé real (Pajulo et al., 2001). De acordo com Fava-Viziello e col., as alterações que se verificam são principalmente ao nível dos descritores relacionais e afectivos. As representações vão sendo mais fluidas ao nível dos aspectos interaccionais, i.é, as interacções que a mãe estabelece com o seu bebé e a prestação de cuidados desempenha um papel fundamental quer na construção quer na transformação das representações maternas: sobre o bebé e sobre si, enquanto mãe.

Evolução das representações mentais maternas acerca de si própria como mãe

A grávida constrói uma representação de si própria como mãe a partir de duas imagens: de si própria como mulher e da avó materna como mãe. Para esta construção, podem contribuir as imagens que a mulher tiver sobre outras figuras cuidadoras que ela admirou ou desprezou (Leonardo, 2007). Referimos novamente a noção de Fraiberg de *ghosts in the nursery*. As experiências fantasmáticas que ela viveu com a sua mãe vão “assombrar” a relação com o seu bebé, num sentido patológico ou saudável.

Na transição da gravidez para a maternidade, a mulher vai criando um espaço mental para elaborar uma imagem de si como mãe. Alguns autores sugerem que a gravidez é uma experiência que permite à mulher fazer uma separação-indivuação da sua mãe, adquirindo uma posição adulta e independente dela (Ammaniti et al., 1992; Fava-Viziell et al., 1993).

Assim e quase como num poema, Stern (1991) referiu-se ao mundo mental, imaginário e subjectivo das representações da seguinte forma:

Existe o bebé real nos braços da mãe e existe o bebé imaginado na sua mente. Também existe a mãe real, segurando o bebé e existe a sua ideia imaginada de mãe nesse momento. No final,

existe a acção real de segurar o bebé e existe a acção imaginada desse acto de segurar em particular.

☞ A VINCULAÇÃO ☜

«Tudo é relacional»

Coimbra de Matos, Entre memória emocional e memória semântica: mito pessoal do bebê, 2006 (in Rosa, J. e Sousa, S., *Cadernos do Bebê*, 2006)

«Baby and mother together can create an angel»

S. Seligman, cit. por M. Papousek (10h World Congress of World Association for Infant Mental Health, 2006)

Freud descreveu a relação mãe-criança como sendo única e sem paralelo, estabelecida para toda a vida, como protótipo de todas as futuras relações amorosas. Durante séculos, os pais reconheceram que desempenham um papel fundamental na vida das crianças e porque elas são tão vulneráveis e dependentes, filósofos, técnicos e, mais tarde, psicólogos, têm-se preocupado com a qualidade do cuidado parental que propicia uma base segura para um desenvolvimento psicológico saudável.

Coimbra de Matos (2006) diz-nos que não conhecemos a priori pessoas mas relações interpessoais. Só depois da análise e síntese distinguimos seres abstractamente isolados. Na história da psicanálise foi Michael Balint, nos anos 30, o primeiro a chamar a atenção para tal facto. Referiu que Freud procurou estudar a psicologia de uma pessoa, mas só existe a psicologia de duas ou mais pessoas. Ronald Fairbairn, nos anos 40, sublinhou a unidade da estrutura dinâmica self-objecto e no lugar da pulsão e da defesa colocou a relação do sujeito com o objecto, com especial ênfase no objecto e da relação que ele trava com o sujeito na génese da saúde e doença mentais (Coimbra de Matos, 2006).

Bowlby foi dos primeiros autores a reconhecer que a criança nasce predisposta a participar na interacção social. A necessidade de estabelecer vínculos emocionais é uma componente básica da existência humana, presente ao longo de toda a vida. A primeira relação fundamental que estabelecemos com o mundo ocorre através do

desenvolvimento de um vínculo emocional com os cuidadores, em especial nos primeiros tempos de vida (Soares, 1996).

PERSPECTIVA HISTÓRICA

É depois da Segunda Guerra Mundial que as questões que remetem para a perda e para a separação, na criança pequena, e para os seus efeitos sobre o desenvolvimento, assumem maior relevo (Guedeney, A., 2004). A guerra não poupou as populações civis, tendo como alvo, também, as mulheres e as crianças. Neste período, observou-se uma preocupação crescente face aos efeitos da separação precoce, que culminou no estudo e desenvolvimento da teoria da vinculação.

A questão do carácter primário da vinculação tinha já sido levantada por diversos autores, tais como H. Herman que defendia uma necessidade primária de agarrar, utilizando dados etológicos na compreensão do desenvolvimento afectivo e I. Suttie, psiquiatra escocês que evocou o carácter primário da vinculação mãe-criança, apesar da pouca aceitação. Pelo contrário, o psicanalista inglês Fairbairn foi mais bem sucedido, tornando-se o primeiro a propor o abandono da teoria das pulsões influenciando, igualmente, Bowlby (Guedeney, A., 2004).

Houve, assim, um grupo de psicanalistas ingleses que defendeu opiniões que vão ao encontro da teoria da vinculação, a maioria deles pertencentes ao Grupo dos Independentes, como Balint, autor do conceito de *amor primário*.

Anna Freud e Dorothy Burlingham, ainda em Inglaterra, descreveram as graves consequências da separação prolongada em crianças muito pequenas; Anna Freud falou de uma necessidade primária de vinculação e da importância de a respeitar.

Em paralelo, nos EUA, cresce o interesse pelos efeitos da institucionalização, i.é, pelas consequências da educação de crianças pequenas que estão separadas dos pais e vivem em grandes grupos residenciais. David Levy, Laretta Bender, Sally Provence, René Spitz são alguns dos autores que descreveram os efeitos desta situação e

estudaram os efeitos no desenvolvimento das crianças. Mais recentemente, os estudos de Zeanah e col. (2000, 2006) demonstram igualmente os efeitos da privação de relações e a da institucionalização em crianças: as crianças institucionalizadas exibiam maiores níveis de retirada e inibição, indiscriminação e desinibição sociais, falha na organização da vinculação ao cuidador e padrões de vinculação perturbados ou não desenvolvidos.

No entanto, é J. Bowlby quem vai desenvolver a Teoria da Vinculação, defendendo que o sistema de comportamentos de vinculação se vai construindo ao longo do primeiro ano de vida e é caracterizado pelo desenvolvimento de relações preferenciais entre a criança e o seu cuidador de referência (Bowlby, 1969). Os comportamentos de vinculação permitem à criança atingir um nível de segurança, através da presença de níveis óptimos de proximidade entre ela e a sua figura de referência, assim como a natureza e o tipo de vinculação que a criança estabelece com esta figura tem influencia no tipo de concepção que a criança tem de si própria e do mundo que a rodeia. Para Bowlby, a criança que não tinha uma vinculação precoce estável (segura) com a mãe, estaria predisposta a mostrar sinais de *privação parcial* - uma necessidade excessiva de amor ou de vingança, culpa e depressão - ou *privação completa* - indiferença, passividade, atraso no desenvolvimento e, mais tarde no desenvolvimento, sinais de superficialidade, escassez de sentimentos verdadeiros, falta de concentração, falsidade e roubo compulsivo (Bowlby, 1951, ver Fonagy, 2001). Mais tarde, colocou estas interações numa estrutura de reacções à separação: **PROTESTO - DESESPERO - DESAPEGO**.

Bowlby enfatizava a importância que a vinculação tinha na sobrevivência pelo aumento da segurança através da proximidade ao cuidador, adicional à alimentação, à aprendizagem acerca do ambiente, à interacção social, assim como protecção contra os predadores.

Os primeiros escritos de Bowlby incidiram em temáticas clínicas sobre os efeitos da privação de cuidados maternos na disrupção da vinculação, relevantes para a compreensão do desenvolvimento de psicopatologia e que evidenciaram a necessidade

de um novo enquadramento conceptual para as questões que a psicanálise parecia não poder responder.

Na década de 1970, na sequência das contribuições de Bowlby, uma nova fase começa a tomar corpo com os estudos de Mary Ainsworth e cols. Estes estudos apoiavam-se na observação de bebés e das suas mães em contextos naturalista e laboratorial. Possibilitou o avanço experimental e a construção de procedimentos para a recolha e tratamento dos dados clínicos de Bowlby. Além disso, as pesquisas de Ainsworth no Uganda (1963, 1967) e em Baltimore (1977) vieram a constituir as raízes do interesse da investigação posterior pela abordagem transcultural, pela observação em contexto natural e pelo método longitudinal (Soares, 2007). Ainsworth e cols. propuseram uma situação padronizada em sete episódios de separação e junção, designada por Situação Estranha. Este procedimento permitiu a descrição de três tipos de reacção por parte da criança à situação, tendo os autores posteriormente observado a relação entre os três tipos de vinculação e o estilo de *maternage* correspondente (Guedeney, A., 2004).

Inge Bretherton, Everett Waters, Alan Sroufe são alguns dos discípulos ou continuadores de Ainsworth e os responsáveis pelo estudo da vinculação no Minnesota; este estudo longitudinal mostra as correlações da vinculação segura com as relações com os pares e com a capacidade de ajustamento às exigências do meio escolar.

Na sequência destes estudos centrados nas crianças, a partir dos meados da década de 80, começa a surgir uma nova etapa do estudo da vinculação, alargando-se o interesse para os adultos e movendo-o do domínio comportamental para o domínio representacional, através da reconceptualização da vinculação em termos de modelos internos dinâmicos (Main, Kaplan & Cassidy, 1985, in Soares, 2007) e da sua avaliação em torno da organização discursiva e das narrativas. Assim, George, Main e Kaplan elaboraram uma entrevista biográfica e de tipo clínico designada por *Adult Attachment Interview* – AAI – que vai abrir novas perspectivas para a avaliação da vinculação ao longo da vida. É a análise do discurso, mais do que o conteúdo, que

permite classificar os relatos sobre as experiências de vinculação em «autónomos» ou «inseguros», ou mais tarde, como na Situação Estranha, em representações ditas «desorganizadas» (Guedeney, A., 2004). Esta formulação permite a exploração empírica da transmissão intergeracional da vinculação, que Bowlby (1979, in Soares, 2007) tinha já sublinhado ao considerar que a qualidade da vinculação é transmitida ao longo das gerações, não pelos genes, mas pela microcultura familiar.

A TEORIA DA VINCULAÇÃO

De certo modo, tanto a Teoria da Vinculação como a pesquisa proporcionaram aos investigadores inúmeras oportunidades para, empiricamente, avaliarem pontos de vista teóricos sobre a importância do cuidado parental no desenvolvimento psicológico da criança.

Vinculação designa uma ligação entre duas pessoas, ou entre uma pessoa, um animal ou uma coisa. Esta ligação, uma vez formada, é por natureza duradoura. Duas pessoas ligam-se, i.é, fixam-se uma à outra, por vezes até fazerem uma só. Isso induziu a conotação positiva da palavra, tornando-se a vinculação sinónimo de ligação afectiva. A vinculação não é relativa às exigências de uma situação, como é a dependência. Esta implica uma relação de subordinação: o ser humano no início da vida está dependente da sua mãe sem estar vinculado a ela; pode vincular-se a outra pessoa para satisfazer necessidades de protecção, p.e., sem ser dependente dessa pessoa (Bourguignon, 2004).

Dois autores desempenharam um papel importante no desenvolvimento dos estudos sobre a vinculação da criança à mãe e sobre as interações – René Spitz e John Bowlby. De formação psicanalítica, modificaram o seu olhar sobre a criança a partir das observações e pesquisas experimentais de etólogos, como Konrad Lorenz.

A Teoria da Vinculação corresponde à forma como Bowlby conceptualizou a propensão dos seres humanos para estabelecerem laços emocionais fortes preferenciais em relação a outros. Surge como o conceito chave da segunda metade do século XX, na psicopatologia e na psicologia. Nasceu na violência das separações e das carências

precoces, no cruzamento dos contributos da psicanálise, da etologia, das ciências cognitivas, da informática e da cibernética com os contributos da observação, da reconstrução e da narração.

Elaborada a partir de 1958, a teoria da vinculação visa a compreensão do fenómeno pelo qual o bebé e a mãe (ou cuidador) estabelecem entre si laços selectivos e privilegiados. Segundo Bowlby, a vinculação é um sistema primário específico, i.é, está presente a partir do nascimento com características próprias da espécie. A ideia fundamental da teoria consiste em considerar que devido à imaturidade à nascença, as crianças humanas ó podem sobreviver se houver um adulto que forneça protecção e cuidados.

A Vinculação pode ser definida como um laço emocional duradouro que une uma pessoa (ou animal) a outra/o. A vinculação é geralmente manifestada nos esforços de procura de proximidade e contacto com a figura de vinculação, especialmente quando os indivíduos se encontram sob stress. Trata-se de manifestações inatas, presentes na altura do nascimento tais como o choro, o sorriso, a sucção, ou o apego. Assim, o choro do recém-nascido tem mais probabilidade de levar a mãe a aproximar-se e a pegar-lhe ao colo. A aproximação criada proporciona um comportamento social e constitui uma recompensa. Permite ao recém-nascido identificar de modo selectivo a própria mãe, o que implica a existência, desde o nascimento, de capacidades perceptivas que lhe permitam essa identificação. Em resposta aos comportamentos de vinculação do bebé, a mãe torna-se o alvo preferido (Montagner, 1993). À medida que o bebé identifica com maior precisão a mãe, manifesta medo ou ansiedade crescentes perante estranhos. Segundo Bowlby (1973), é o resultado de uma dupla maturação, por um lado o aumento das capacidades perceptivas do bebé, que lhe permite descobrir o carácter novo ou estranho de um objecto ou pessoa e, por outro lado, o aumento do medo, com a idade, em relação a pessoas estranhas. As manifestações de medo ou ansiedade têm maior probabilidade de causar, na mãe, a procura da proximidade ou do contacto com o bebé, sendo ela quem fica associada à redução deste mal-estar (Montagner, 1993).

Na base da teoria está a perspectiva evolucionista que promove a protecção e o cuidado dos mais novos o que contribui para a sobrevivência da espécie (Thompson, 2002). Aplicada ao comportamento humano, a vinculação é igualmente vista como um catalisador psicológico para o surgimento, nos primeiros anos possíveis dificuldades psicossociais se a vinculação for desorganizada ou disfuncional. Como consequência, a Teoria da Vinculação reúne interesses da biologia evolutiva, da psicologia do desenvolvimento e da clínica, centrando as suas preocupações na compreensão do estabelecimento precoce do apego entre os pais e a sua descendência.

A Teoria da Vinculação tem por base a ênfase psicanalítica no significado permanente da relação mãe-bebé. Estudos subsequentes (Harlow, 1958) mostraram que estes laços afectivos não dependem necessariamente da provisão de alimento, calor ou de outras necessidades físicas.

Bowlby (1969, 1973) foi buscar à teoria evolutiva e à teoria do controle de sistemas (da engenharia) algumas considerações para as suas ideias. A vinculação mãe-criança desenvolve-se não apenas pela satisfação das necessidades físicas mas pelos padrões de comportamento típicos da espécie que envolvem a promoção da sobrevivência infantil. Para Bowlby, tratava-se de um comportamento instintivo, reforçado pela necessidade de proximidade e segurança e que originava protesto aquando da separação. Bowlby define assim a vinculação como «o produto da actividade de um certo número de sistemas comportamentais que têm por resultado previsível a proximidade da criança em relação à mãe»

Propôs que as crianças estariam predispostas desde o nascimento para responder socialmente a outras pessoas, como parte deste sistema motivacional de sobrevivência. Finalmente, desenvolveu uma perspectiva do desenvolvimento para a sua análise através de *insights* da psicologia do desenvolvimento, especialmente da teoria cognitiva de Piaget, para explicar o crescimento da discriminação e do investimento emocional nos pais, o aumento da sofisticação do repertório de comportamentos de vinculação e o desenvolvimento da compreensão das relações com os pais.

Os sistemas de comportamentos, com a passagem do mais simples ao complexo, desenvolvem-se na interacção com a mãe e têm o seu desenvolvimento máximo no decurso do segundo ano. Estes sistemas são menos facilmente activados e mais variáveis depois dos três anos. Uma vez organizada, uma sequência de comportamentos tende a persistir mesmo que se tenha desenvolvido segundo linhas não funcionais e mesmo na ausência de estímulos exteriores e/ou das condições anteriores de que dependia à partida.

O comportamento de vinculação desenvolve-se lentamente. A criança procura manter a proximidade com a mãe por meio de sorrisos, apelos, seguindo-a ou indo ao seu encontro. Manifesta alegria quando ela regressa e serve-se dela como base de exploração. Mostra-se receosa perante estranhos e afasta-se deles, o que mostra que desenvolveu a capacidade cognitiva de conservar a mãe no espírito quando ela não está presente. Este medo é diferente da angústia de separação, pois surge mesmo na presença da mãe. Depois desta idade, a criança formou uma representação mental da mãe que se torna independente e estável no espaço e no tempo e adquire uma compreensão intuitiva das motivações e dos sentimentos maternos. A vinculação é inibida pelo bem-estar e pelo prazer e é activado pela fome, pelo cansaço, pelo desgosto, pelo medo e pela ausência da mãe.

Ao longo do primeiro ano de vida, a criança vai estabelecer uma relação privilegiada com a figura que lhe proporciona cuidados básicos assegurando, desse modo, a sua sobrevivência. Bowlby (1990) considerava que os bebés tinham mais que uma figura de vinculação. Contudo, o número potencial de figuras de vinculação é limitado uma vez que, apesar do leque alargado de pessoas com quem o bebé estabelece outro tipo de relações, há um grupo restrito de figuras que assegura regularmente os cuidados ao bebé. Bowlby defendia, igualmente, que existia uma forte tendência para os bebés preferirem uma determinada figura de vinculação para obterem conforto e segurança, aspecto que foi designado por “monotropia” e que implicava uma hierarquia de figuras de vinculação.

Por volta dos três anos, a criança saudável e que não está ansiosa, suporta melhor a partida da mãe e começa a sentir-se em segurança com figuras familiares auxiliares. Mas é preciso que saiba onde está a mãe quando voltará a vê-la. Pelos 4-5 anos, aceita partir com uma pessoa conhecida da mãe, o que era impossível antes. Aos 5-6 anos, anda de mão dada com os pais a passear e aproxima-se deles em caso de dificuldade. A vinculação persiste durante todo o período da latência e diminui na adolescência, com uma grande variabilidade individual. A ligação com os pais persiste muitas vezes na idade adulta, mas pode também transferir-se para o cônjuge, os amigos e, no fim da vida, para os mais jovens. A vinculação reforça-se em caso de doença, tristeza ou perigo - não é uma regressão, mas antes uma reacção vital (Bourguignon, 2004).

No homem, a vinculação é comparável ao fenómeno do *imprinting* nos animais, mas as respostas sociais do bebé humano são suscitadas por uma gama de estímulos que se vão restringindo, sendo algumas mais eficazes do que outras. Antes dos 6 meses não parece desenvolver-se nenhuma fase, sendo o período sensível para a vinculação entre os três e os doze meses, com um máximo entre os 4-6 meses. A vinculação é tanto mais forte quanto mais intensa for a experiência da interacção social com uma pessoa. Deste modo, o comportamento da mãe afecta o comportamento de vinculação. Por volta dos 8-9 meses, o bebé sente medo perante uma figura estranha. Depois dos doze meses de idade a vinculação estabelece-se dificilmente. E se há separação antes da instalação da vinculação, esta desenvolve-se quando a criança regressa à família (Bourguignon, 2004).

O bebé nasce predisposto para brincar e para suscitar atenção e afecto por parte dos seus próximos, determinando neles uma intervenção de carácter lúdico. Há algumas décadas atrás, o recém-nascido era considerado como um ser incompetente, desorganizado, caótico e passivo, que alguns consideravam poder ser totalmente moldado pelo ambiente. Esta visão foi profundamente alterada pelos estudos sobre as suas competências precoces, de que os trabalhos de Tom Bower (1977/1983) e em Portugal os de Gomes Pedro (1985), fornecem um resumo exaustivo. Acredita-se agora que "o recém-nascido é, de facto, uma criatura competente. Tem um sistema de

percepção a funcionar, algumas capacidades motoras e um repertório de comportamentos sociais verdadeiramente espantoso... Além disso, um recém-nascido pode aprender com muita eficácia. Imediatamente após o parto, todas estas capacidades são utilizadas..." (Bower, cit. p. 27). Murray (1988) e Trevarthen (1990) descrevem o processo interactivo chamando a atenção para uma das características principais do recém-nascido: a sua sensibilidade e preferência precoce pelas pessoas: "As qualidades e competências do recém-nascido - atracção pelos humanos, pela expressão das suas qualidades pessoais, a rápida preferência por aqueles que tomam conta deles - indicam uma adaptação ao envolvimento humano desde o nascimento. De igual forma, a capacidade do recém-nascido para procurar activamente e depois regular o que lhe vem do ambiente, significa que para além da contribuição feita pela própria motivação da mãe, que a põe numa relação interpessoal com o seu bebé, o próprio recém-nascido tem um papel activo no contacto e experiência que provoca com as outras pessoas" (Murray, 1988, p. 168).

A vinculação emocional aos cuidadores familiares torna-se visível entre os 6 e os 12 meses de idade à medida que a criança vai construindo expectativas para o comportamento das outras pessoas e se vai tornando social e comportamentalmente mais competente (Thompson, 1998). Antes dos 12 meses, a criança mostra a sua preferência pelo adulto com quem estabeleceu a relação de vinculação. Estas figuras de vinculação incluem a mãe, o pai, mas também os irmãos, os avós e outras pessoas que assumem um papel frequente nos cuidados à criança. A teoria de Bowlby é consistente com investigações que mostram que, virtualmente, todas as crianças desenvolvem comportamentos de vinculação para com os seus cuidadores. Este ímpeto inato está condicionado em algumas crianças que foram criadas em condições de privação extrema ou abuso, mas rapidamente mostram o desenvolvimento de laços para com o adulto que cuidar dela, apesar da qualidade desorganizada da vinculação (Chisholm, 1998).

Igualmente importantes são as diferenças individuais para a percepção que a criança tem dos pais como «base segura» e, como clínico, Bowlby preocupou-se com as consequências a longo prazo das variações na qualidade da vinculação criança-pais.

Juntamente com Mary Ainsworth, teorizou que a qualidade destas relações de vinculação variavam numa dimensão de segurança e as crianças desenvolviam segurança nos seus cuidadores baseadas nas suas experiências anteriores de cuidado sensitivo, eficaz e responsivo. Deste modo, a vinculação segura resultante é adaptativa uma vez que deriva da confiança que a criança tem em que os seus sinais serão respondidos de forma adequada e pronta pelos adultos. Se a criança experienciar este cuidado apenas de forma esporádica e inconsistente, ou se os cuidados forem insensíveis ou inexistentes, ela desenvolverá uma vinculação insegura. No entanto, importa salientar que uma vinculação insegura não é sinónimo de ausência de vinculação ao cuidador.

Na perspectiva de Brazelton, a expressão individual do desenvolvimento de cada bebé é conferida pela interface dinâmica entre os sistemas interiores e exteriores do bebé por um lado e, por outro, pela força natural que é conferida pela potencialidade de um genoma determinante, entre outras expressões, de um sistema nervoso central que proporciona tudo o que conhecemos em termos de etapas do desenvolvimento humano, programado para um sentido de coerência (Gomes-Pedro, 2006).

A mãe oferece-se como objecto afectivo e apresenta-se como objecto epistémico. Apresenta o mundo ao bebé e o bebé vai aprendendo com ela, nela e dela: lendo no seu rosto emoções, significados da experiência vivida e respostas às suas perguntas. É a referência social de que necessita e que o vai integrando na cultura, na linguagem e na comunicação, bem como nos limites do possível, mas também, pelo encorajamento, o incita a tentativas e ensaios (Coimbra de Matos, 2006).

VINCULAÇÃO E PSICANÁLISE

A Teoria Psicanalítica e a Teoria da Vinculação nasceram separadas por quase um século. Quase sempre existiu entre elas ataques e críticas, indiferença e hostilidade apesar da teoria da vinculação ter surgido da teoria psicanalítica - a formação inicial de Bowlby foi de psicanalista. Para Bowlby, as relações entre criança e família eram

fundamentais e ele não compreendia porque se deixavam de lado. Um dos seus primeiros trabalhos permitiu-lhe pôr em evidência o papel das separações precoces prolongadas no surgimento das perturbações do comportamento e do afecto.

As concepções de Bowlby surgiram das observações de crianças separadas das suas mães, tendo a maioria do trabalho empírico focado as diferenças individuais dos padrões de vinculação na infância, medidos através de observações de respostas a ameaças à vinculação, ou seja, separação dos pais.

A principal crítica que Bowlby faz à psicanálise dirige-se à teoria do apoio. O vínculo mãe-filho não é central na teoria de Freud e este fala pouco da relação mãe-filho. A concepção de Bowlby do desenvolvimento e da psicopatologia é baseada na separação e na necessidade primária de vinculação, da mesma forma que Freud propõe uma visão baseada no modelo de histeria e na sedução; para Bowlby, o seio não é a mãe, o oral não é o primário e a relação com a mãe não é de tipo anaclítico. Outro aspecto importante da contribuição de Bowlby é a descrição do luto na criança e as condições nas quais a criança lhe pode sobreviver psiquicamente: a criança pode ultrapassar a perda de um dos pais se determinadas condições de segurança relacional e de verdade forem cumpridas (Guedeney, 2004).

O ponto essencial de divergência com Freud diz respeito à teoria das pulsões (que o próprio Freud abandonará mais tarde propondo em seu lugar um conjunto de sistemas inatos de comportamentos que visam a relação e são corrigidos quanto ao objectivo pela resposta do meio). Consoante as diversas fases da teoria de Freud, assim os pontos de convergência e de oposição com a teoria da vinculação diferem (Fonagy, 1999, in Cassidy & Shaver, 1999): a convergência situa-se em torno da importância das relações precoces, não exclusivamente alimentares, para o desenvolvimento precoce, na concepção da ansiedade ligada ao medo da separação. As oposições dizem respeito ao lugar do Édipo, ao papel do Ego, da compulsão à repetição e à concepção do desenvolvimento (Guedeney, 2004).

Com Anna Freud, os pontos em comum são mais significativos, nomeadamente, no reconhecimento do peso da separação na clínica da criança pequena. A obra de Margaret Mahler é a que mais se aproxima da de Bowlby, com a atenção posta nos comportamentos efectivamente observados e no desenvolvimento; a noção de base de segurança está quase explicitamente presente em Mahler. É com os teóricos da relação de objecto, apesar das relações conflituosas com o grupo kleiniano, que a compatibilidade da teoria da vinculação é mais significativa (Holmes, 1993, in Guedeney, 2004). Os pontos de convergência dizem respeito às relações entre a segurança da vinculação e a capacidade de integração na fase depressiva e à perspectiva que exclui a ideia de autismo inicial ou de fusão com a mãe.

A Teoria das Relações de Objecto partilha a hipótese que a principal motivação emocional na vida do ser humano é o desejo de formar e manter relações com os outros, pela protecção e satisfação providenciadas pelas relações significativas duradoras.

De igual modo, a teoria de Bowlby é comparável aos termos de Kohut nos EUA – *noção de empatia*, de *auto-estima* e do seu desenvolvimento. O que é descrito em termos de vinculação por Bowlby é-o em termos de *amor primário* em Balint, em termos de *procura de objecto* em Fairbairn e de *capacidade para a relação* em Winnicott. Os conceitos de *maternagem sensível*, de *Holding* e de *Handling*, a importância atribuída à experiência precoce na psicopatologia do desenvolvimento são coerentes com a teoria da vinculação. Salientam-se, ainda, Daniel Stern e a *constelação materna* ou as *representações de interacção generalizadas*, Selma Fraiberg e a insistência na *segurança* e o seu impacto no desenvolvimento, Peter Fonagy e o conceito de *mentalização* e de *auto-reflexão* e ainda Bion e a *capacidade de rêverie materna*. Jeremy Holmes desenvolve o *modelo psicoterapêutico da vinculação* e Daniel Widlöcher ousou pôr em causa a necessidade do modelo da pulsão, apoiando-se em conceitos cognitivistas (Guedeney, 2004).

CONCEITOS CHAVE DA TEORIA DA VINCULAÇÃO

Conceito de ambiente de adaptabilidade evolucionista

O sistema de vinculação tem uma vantagem selectiva: a proximidade das figuras adultas protectoras que ela permite manter e que são úteis na luta contra os perigos do meio ambiente (Guedeney, 2004).

Noção de proximidade

Trata-se de uma noção espacial. O sistema de vinculação define-se como aquilo que mantém a proximidade e o seu corolário interno, o sentimento de segurança. Tudo o que favorece a proximidade, dando uma sensação de segurança, pertence ao comportamento de vinculação (Guedeney, 2004).

Comportamento de vinculação

O comportamento de vinculação refere-se a dados observáveis. Os comportamentos do bebé que estão destinados a favorecer a proximidade são o comportamento de sorriso e de vocalização, são comportamentos que informam a mãe de que o bebé quer interagir. Já o choro é um comportamento de natureza aversiva, que leva a mãe a aproximar-se da criança e a efectuar actos que visam pôr fim ao choro. Mais tarde, juntam-se os comportamentos de se agarrar e gatinhar, que são comportamentos activos da criança e lhe permitem aproximar-se ou seguir a figura de vinculação. Qualquer comportamento que permita à pessoa ficar perto ou manter a proximidade das figuras preferenciais e privilegiadas pode ser considerado como um comportamento de vinculação (Guedeney, 2004).

Figura de vinculação

Ultrapassa largamente a figura da mãe. Uma figura de vinculação é uma figura em direcção à qual a criança irá dirigir o seu comportamento de vinculação. Qualquer

pessoa que se envolva numa interacção social viva e durável com o bebé e responda facilmente aos seus sinais e às suas aproximações pode tornar-se uma figura de vinculação. No entanto, porque a criança tem tendência a vincular-se a uma figura em especial, num grupo de adultos estável, uma das figuras irá tornar-se a figura de vinculação privilegiada (Guedeney, 2004).

Relação de vinculação

A relação de vinculação constrói-se progressivamente e o esquema geneticamente programado é modelado pelo meio social. É, portanto, mais complexo que o sistema de *imprinting* dos etologistas. A criança dirige-se de forma preferencial a figuras discriminadas em busca de sustento, de conforto, de apoio e de protecção ao mesmo tempo que surge a angústia perante o estranho e o protesto em caso de separação, indícios de uma vinculação preferencial (Guedeney, 2004). Ainsworth definiu quatro características que distinguem as relações de vinculação das outras relações sociais: a procura de proximidade, a noção de base de segurança, a noção de comportamento de refúgio e, finalmente, as reacções marcadas perante a separação (involuntária).

Sistema de vinculação

Compreende um conjunto de comportamentos de vinculação e é descrito como o conjunto de quatro sistemas motivacionais importantes.

Sistema de Vinculação Propriamente Dito

O sistema de vinculação propriamente dito tem um objectivo externo: estabelecer a proximidade física com a figura de vinculação, em função do contexto. A criança controla o seu meio ambiente imediato, interpreta os indícios e, em caso de aflição, procura a proximidade com a figura de vinculação. É um sistema de comportamentos característicos da espécie, que conduz a certos resultados previsíveis e em particular ao conceito de motivação intrínseca: as crianças vincular-se-ão aos pais

quer estes cumpram as suas tarefas quer não. O sistema de vinculação é um sistema permanente e estável, que persiste ao longo do desenvolvimento da criança, no seio de um ambiente mais ou menos fixo (Sroufe e Waters, 1977).

Os elementos activadores do sistema são todas as condições indicadoras de perigo ou geradoras de stress. Podem ser de dois tipos: os factores internos à criança, p.e., a fadiga, a dor e os factores externos, ligados ao ambiente, p.e., qualquer estímulo assustador, como a presença de estranhos, a solidão, ou a ausência da figura de vinculação. O elemento que define o fim da activação do sistema é a proximidade com a figura de vinculação.

O desenvolvimento do sistema de vinculação é definido classicamente em três períodos:

- Dos 0 aos 6 meses trata-se de pôr em acção os processos de discriminação, com um período particularmente sensível entre os 4 e os 6 meses;
- Dos 6 meses aos 3 anos, é o período em que entram em acção os esquemas de vinculação baseados em sistemas de retrocontrolo ligados ao objectivo principal que é o de se manter bastante próximo da figura de vinculação. A criança percebe as relações de causa-efeito. O sistema de vinculação está totalmente operacional entre os 7 e os 9 meses;
- Após os 3 anos assiste-se à formação de uma relação recíproca: a criança desenvolve uma vontade própria e uma compreensão das intenções do outro. O desenvolvimento das suas capacidades de pensar em função do tempo e do espaço aumenta as suas capacidades cognitivas e permite-lhe suportar o afastamento da figura de vinculação.

Sistema Exploratório

O sistema exploratório está intimamente ligado ao sistema de vinculação propriamente dito. Está ligado à curiosidade e ao domínio. Estes dois sistemas são activados e desactivados por sinais antagonistas.

Sistema Afiliativo

O sistema afiliativo ou sistema de sociabilidade é descrito como pertencente ao sistema de vinculação porque Bowlby postula que ele está ligado a uma tendência biologicamente programada e que esta tendência contribui para a sobrevivência do indivíduo. Representa a motivação da criança para se envolver socialmente com os outros, evidente desde o nascimento e que se desenvolve consideravelmente a partir dos 2 meses.

Sistema Medo-Angústia

Representa a capacidade de vigilância e de controle do ajustamento a qualquer indício que assinala a presença de coisas assustadoras, quer sejam sociais ou não e a resposta a estas indicações.

Mais recente, o *Sistema de Caregiving*, pouco estudado por Bowlby, foi associado ao sistema geral de vinculação. Bowlby (2000) define-o como a vertente parental da vinculação. Trata-se da capacidade de prestar cuidados e se ocupar de alguém mais novo. É a expressão de uma tendência biológica, a necessidade premente de cuidar do filho, modificada pelas experiências sociais.

Laço de vinculação

Refere-se às ligações emocionais entre as pessoas quando se relacionam intimamente com os outros. O que diferencia o laço de vinculação da ligação, ou *bond*, é a direcção do processo: o primeiro dirige-se do mais fraco para aquele que o protege, enquanto o segundo é o sentimento que aquele que presta os cuidados tem, de estar ligado à criança de que se ocupa. Deste modo, faz parte do sistema de *caregiving*.

Da colaboração com Ainsworth, surgiram outros conceitos, tais como **Emoção**, **Base de Segurança**, **Esquema de Vinculação**, **Capacidade para Responder**, **Parceria**

Corrigida quanto ao Objectivo, Angústia, Cólera, Tristeza e Conceito de Redireccionamento (Guedeney, 2004):

Emoção - Só com a contribuição de Ainsworth, Bowlby compreendeu o lugar primordial da emoção na organização e expressão da vinculação. As emoções positivas mais específicas da teoria da vinculação são o sentimento de segurança (*safety*), a noção de bem-estar e de conforto que dele decorrem;

Base de Segurança - No contexto da teoria da vinculação, a noção de base de segurança significa a confiança na ideia de que uma figura de apoio, protectora, estará acessível e disponível e isto seja qual for a idade do indivíduo. A proximidade física torna-se, progressivamente, um conceito mentalizado e emocional e associa-se ao de acessibilidade. Este conceito é complementar ao *porto seguro* descrito por Bretherton. Se a criança construiu uma base de segurança pode, então, confiante na disponibilidade da figura de vinculação, explorar o mundo que a rodeia;

Esquema de Vinculação - Constitui um modelo operacional do meio e do organismo construído e elaborado pela criança;

Capacidade para Responder - A capacidade de resposta (*responsiveness*) por parte da figura de vinculação significa a possibilidade de resposta, ao mesmo tempo emocional e adaptada, às necessidades da criança. É bastante mais dinâmica que a simples sensibilidade e inclui a ideia de reciprocidade activamente adaptada aos sinais do bebé. As noções desenvolvimentistas de contingência, harmonização e mentalização são as suas diferentes expressões;

Parceria corrigida quanto ao objectivo - Significa que a criança pode modificar o seu comportamento em função do resultado pretendido, a partir do segundo semestre de vida. Este mecanismo está na base da organização dos modelos operantes internos. A parceria corrigida quanto ao objectivo é o conceito-chave para a compreensão do papel da capacidade de negociação de conflitos como indicador da qualidade da vinculação;

Angústia - A angústia tem precedência sobre todas as outras actividades quando o acesso à figura de vinculação é ameaçado. Activa o sistema de vinculação e leva ao aparecimento de comportamentos de vinculação que, normalmente, servem para restabelecer esta proximidade;

Cólera - Desempenha, igualmente, um papel importante na resposta a uma ruptura do laço de vinculação. Bowlby sugere que, quando se dá uma separação temporal, a cólera pode servir para motivar a criança a ultrapassar os obstáculos à aproximação com a figura de vinculação;

Tristeza - A tristeza acompanha a percepção de que a figura de vinculação não está disponível e que os esforços para tentar restabelecer esta acessibilidade fracassaram;

Conceito de Redireccionamento - Este conceito é utilizado em particular nas reacções à separação ou às ameaças fortes à disponibilidade da figura de vinculação. No homem, o redireccionamento define a reorientação da cólera da criança para uma figura, um objecto ou uma situação da qual não teme represálias sobre o seu laço de vinculação.

OS MODELOS OPERANTES INTERNOS

O recém-nascido é incapaz de construir estruturas simbólicas a partir das interacções em que participa, mas é capaz de interiorizar sequências de acontecimentos, através da memória processual, adaptando o seu comportamento à luz das experiências passadas (Bowlby, cit. por Miljkovitch, in Guedeney e Guedeney, 2004). Como não é capaz de representar coisas das quais não tem percepção imediata, o bebé só responde a parâmetros presentes na realidade envolvente. A partir do momento que adquire a capacidade de fazer representações dos objectos do meio, é capaz de interiorizar as interacções em que participa, independentemente do que acontece no presente. É pelas trocas com os familiares que vai construindo modelos de relação que o ajudam a compreender e interpretar os comportamentos dos que lhe são próximos, assim como antecipar a reacção dos outros. A interacção e comunicação

com as figuras de vinculação durante os primeiros anos de vida tornam-se padrões de vinculação e comunicação os quais organizam as percepções, sentimentos e comportamentos da criança, principalmente em situações de stress (Grossmann, Grossmann, & Kindler, 2006).

Bowlby adoptou o conceito de modelo operante interno - MOI - (*Internal Working Model*) para designar estes modelos mentais que a criança constrói. Estes operam na vida da criança, orientando-a na sua maneira de perceber e de se comportar nas suas relações interpessoais, concomitantemente com a formação de um modelo de si e um modelo do outro. Estes modelos estariam em acção na altura em que a criança adquiria a capacidade de permanência do objecto, tal como Piaget conceptualizou, ou seja, a partir dos 5 meses. Bowlby também salientou que uma criança que beneficia de cuidados satisfatórios avança mais depressa nestas capacidades de representação do que uma criança cuja mãe é menos atenta. Bowlby (1990) acrescenta ainda que este MOI permite à criança antecipar as reacções do outro influenciando, desta forma, os seus comportamentos na relação com as figuras de vinculação ⁵.

Os esquemas de representação dos pais e de si em interacção constroem-se nos primeiros anos de vida, apoiando-se provavelmente no modo como a criança sente os pais e na representação de si própria construída a partir das imagens que estes têm dela, perceptíveis pelo modo como falam dela e como a tratam, como reiteram os estudos de Bretherton e Munholland (1999). Os MOI trabalham progressivamente a consciência de si da criança em relação com outrem, as suas representações, os seus comportamentos incorporam-se na criança e acabam por ser identificados como naturais. Estes esquemas de vinculação, uma vez instalados, tendem a persistir uma vez que a criança continua a ser tratada da mesma forma e porque o tema tende ele próprio a perpetuar-se. Um esquema de vinculação é próprio de uma relação e estabelece-se de modo diferente com o pai e com a mãe. Um tratamento diferente pode também modificá-lo, pelo menos nos primeiros anos (Bourguignon, 2004). Os

⁵ Crittenden (1990) descreveu o que chamou de Propriedades dos Modelos de Representação Internos: Foco, Memória de sistemas, Conteúdo, Função Cognitiva, Meta-Estrutura, Qualidade da vinculação, Estratégias de comportamento e Atitudes para com a vinculação (Crittenden, P. (1990). *Internal Representational Models of Attachment Relationships*. *Infant Mental Health Journal*, 11, 3, 259-277).

modelos de interação são transmitidos, mais ou menos fielmente, de uma geração para outra (Bowlby, 1973, in Biringen et al., 2000).

Entre as condições que diminuem a intensidade das reacções de crianças separadas das suas mães, a presença de uma pessoa conhecida e/ou de objectos familiares e os cuidados maternos de uma mãe substituta parecem ser aquelas que têm maior impacto. Quando estas duas condições se conjugam, a perturbação é mínima, p.e., quando a criança fica em casa, entregue aos cuidados dos avós (Bowlby, 2000).

O modelo individual que a criança organiza de si própria corresponde a uma imagem de si como sendo mais ou menos merecedora de ser amada, ao passo que o modelo do outro tem a ver com a sua percepção das pessoas como estando mais ou menos atentas e sensíveis às suas necessidades (Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990). Por outro lado, estes modelos constituem-se como guias para a interpretação das experiências e para a orientação dos comportamentos de vinculação e influenciam o modo como o indivíduo compreende as experiências e como se comporta em situações relevantes para a vinculação (Soares, 1996). O comportamento da criança corresponde qualitativamente ao modelo interno de relação materno e combina com o comportamento da mãe; o modelo interno de relação materno afecta, selectiva e qualitativamente, a sua capacidade de resposta e sensibilidade para com os filhos (Crowell & Feldman, 1988).

Para Bowlby (1990), ainda que o recém-nascido esteja impossibilitado de construir estruturas simbólicas a partir das interacções nas quais participa, ele é capaz de interiorizar sequências de acontecimentos – devido à memória processual – podendo, deste modo, adaptar o seu comportamento em função das experiências. No entanto, uma vez que o bebé é incapaz de representar as coisas das quais não tem percepção imediata, ele só responde ao que está presente na sua realidade próxima.

Neste constructo, o par mãe-filho é reconhecido como uma unidade dinâmica, activa e mutuamente participada, em que cada elemento da díade se adapta e potencia em função do outro, de modo a garantir, de forma continuada, as motivações

necessárias e suficientes para poder prosseguir através de interações satisfatórias e revitalizantes dos sistemas internos de cada um (Gomes-Pedro, 2005).

Na mesma linha dos trabalhos de Bowlby sobre os modelos representacionais, muitas investigações têm revelado a importância da análise parental das experiências na família de origem para as relações pais-criança na geração seguinte. Deste modo, não é a experiência individual actual na família de origem que determina a capacidade parental, mas a qualidade do pensamento acerca das experiências na família de origem.

De acordo com Erickson (1950), o propósito fundamental dos dois primeiros anos de vida é a construção de uma atitude para com o mundo, atitude esta que provém de uma mãe (ou prestador de cuidados) consistente e identificada como fonte de amor. Desenvolveu, assim, o conceito de confiança básica, *basic trust*, referindo que a construção da confiança básica nos primeiros anos de vida iria influenciar a confiança ao longo da vida. Aqui, tal como é realçado por Gomes-Pedro (2005), a premissa principal seria a de que se se construir cedo uma atitude de confiança básica, esta organização inicial viabilizará a construção de um auto-conceito de confiança ao longo da vida ficando, deste modo, determinada a protecção ou resistência a todos os desafios e/ou desajustes de natureza psicológica. A confiança básica de Erickson poderá ser entendida como algo semelhante ao modelo operante interno proposto por Bowlby.

Uma criança manifesta angústia sempre que se separa, sem desejar, de uma figura materna/cuidadora com quem já estabeleceu uma relação de apego. Se esta criança for colocada num ambiente estranho, rodeada de pessoas desconhecidas, a angústia tende a aumentar. O comportamento da criança desenvolve-se numa sequência típica. Inicialmente, ela protesta vigorosamente e tenta por todos os meios ao seu alcance recuperar a mãe. Depois entra numa fase de desespero, preocupando-se com a mãe e mantendo-se atenta à espera que esta regressse. Por fim, a criança parece perder o interesse pela mãe, tornando-se emocionalmente desapegada. No entanto, este desapego não se prolonga indefinidamente, contando que o período de separação

também não se prolongue em demasia. Assim que retomar o contacto com a mãe, o apego volta a manifestar-se (Bowlby, 2000).

Como sublinham Bretherton e Munholland (1999), os enviesamentos que uma pessoa pode ter na sua percepção dos outros têm um significado em função dos acontecimentos que ela viveu no passado, permitindo-nos compreender porque pode uma pessoa ser levada a reproduzir modelos de interacção nefastos. De igual modo, a forma como cada criança reage a situações de stress decorrerá, de algum modo, da leitura dos seus modelos internos e dos seus processos de vinculação e, assim, poderá ser um preditor dos seus comportamentos nas relações posteriores.

Bowlby (1960) relacionou cada uma das três fases de reacção da criança à separação com um tema nuclear da teoria psicanalítica. Assim, a fase de protesto coloca o problema da angústia de separação, o desespero coloca a questão do desgosto e do luto e o desapego relaciona-se com a defesa. Formulou, então, a tese de que os três tipos de reacção são fases de um único processo e só chegam a ter uma verdadeira compreensão significativa quando encaradas neste ponto de vista.

Para além das observações naturalistas, têm sido realizadas investigações para estudarem o comportamento das crianças quando separadas da mãe. As variáveis são controladas e a observação pormenorizada e sistemática torna-se relativamente simples. Torna-se igualmente viável comparar o comportamento da criança na presença e ausência da mãe, mantendo inalteradas as restantes condições.

Arsenian, citado por Bowlby (2000), foi o primeiro a realizar investigações desta natureza a que se têm seguido outros investigadores (p.e., Ainsworth e Bell, 1970; Cox e Campbell, 1968).

O padrão de comportamento de uma criança repousa em grande parte sobre os cuidados que recebe, em particular, no seio da sua família. A cada estilo de vinculação está associado um conjunto de atitudes da figura de vinculação (geralmente a mãe) e as interacções que se estabelecem persistem para lá da primeira infância.

AS ATITUDES DAS FIGURAS DE VINCULAÇÃO

O Padrão Seguro

Stern (1985) refere que o modo como uma criança exprime as suas emoções está estreitamente ligado à escuta que a mãe faz das suas necessidades e sentimentos. De um modo geral, as mães das crianças seguras respondem aos desejos das crianças de modo satisfatório e adaptam as suas atitudes aos comportamentos gerais através do seu sistema de vinculação. Estas atitudes maternas permitem ao bebé expressar espontaneamente as suas emoções, quaisquer que elas sejam. Ainsworth (1978) citada por Miljkovitch (2001) constatou que em casa, durante os nove primeiros meses de vida, as mães dos bebés seguros eram mais afectuosas que as outras mães. Aos doze meses, os seus bebés apresentavam menos necessidade de ter um contacto com a mãe e choravam menos que os outros bebés. Ainsworth concluiu que era devido à constância e qualidade das respostas maternas que as crianças adquiriam uma confiança na sua própria capacidade de controlar o que lhes acontecia.

O Padrão Evitante

A partir do momento em que um bebé está na presença de um cuidador que parece não ter em consideração o seu estado emocional, ele retrai-se sobre si mesmo e não parece poder partilhar os seus sentimentos no seio de uma relação interpessoal. Esta impossibilidade de expressar as emoções leva o bebé a colocá-las de lado e não as ter em consideração. Da mesma forma, ele pode adoptar uma atitude de evitamento com respeito às pessoas próximas (Main e Weston, 1982, in Miljkovitch, 2001) ao impedir que os sentimentos se manifestem.

As mães dos bebés evitantes parecem ter dificuldade em retirar prazer e a encontrar uma harmonia na sua relação com o seu bebé. Main e Stradtman (1981, in Miljkovitch, 2001) observaram uma tendência à rejeição e a manifestar aversão pelo contacto físico. São menos afectuosas e, geralmente, acompanham as suas ordens com gestos bruscos (Main, 1977, in Miljkovitch, 2001). Segundo a mesma autora, existe

nestas mães uma ausência de expressão emocional que constituiria um meio de controlar uma raiva importante.

Uma vez que esta raiva não pode ser expressa abertamente, ela expressa-se de modo insidioso através do olhar, o tom de voz ou dos gestos da mãe. Assim, a criança reagiria à rejeição implícita da mãe, rejeição esta que ela se esforçaria por conter. Com o objectivo de se defender destes sentimentos hostis e de não se sentir frustrado, a criança prefere inibir as suas pulsões de vinculação, mesmo que isto implique renunciar ao conjunto dos seus afectos, incluindo os positivos.

Ainsworth (1969, in Miljkovitch, 2001) e Belsky (1984) constataram que estas mães podiam comportar-se, igualmente, como intrusos face à criança, nem sempre tendo em consideração o seu estado emocional.

Bartholomew (1990, in Miljkovitch, 2001) distinguiu dois tipos de crianças evitantes: aquelas que se tornam tímidas e receosas, conscientes dos seus sentimentos e das suas emoções mas que são impedidas de os manifestar pelo medo do que poderá originar e, as crianças que se tornam desligadas e isoladas, que não reconhecem o que necessitam dos outros. Na origem destes dois comportamentos, a autora descreveu dois tipos de parentalidade: as crianças tímidas teriam pais que exprimiriam abertamente à sua frente os seus afectos negativos enquanto que, pelo contrário, as crianças desligadas teriam pais que controlariam os seus afectos, não expressavam os seus afectos negativos, preferindo permanecer frios, pouco disponíveis ou indiferentes aos seus desejos de vinculação. Este tipo de conduta favoreceria a adopção de uma negação dos afectos por parte da criança.

Muitas vezes as crianças do padrão evitante são encorajadas a valorizar os domínios não sociais, como p.e. o desempenho escolar ou as realizações desportivas, em detrimento dos domínios mais afectivos que não são considerados como importantes.

O Padrão Ambivalente

Devido a problemas pessoais não resolvidos, alguns pais não possuem a capacidade de colocar de lado as suas próprias necessidades em benefício das necessidades da sua criança. Stern (1985), fala de «voo emocional» uma vez que a mãe, em vez de ajudar o seu bebé a descobrir o que ele está a sentir, determina o modo como ele se deve sentir. Algumas figuras de vinculação tendem a culpabilizar o bebé para que ele se comporte do modo como eles desejam. Malgrado o sentimento de nunca poder satisfazer os pais ou de ser *indigno*, a criança tenta agradá-los desesperadamente, mesmo que não vá ao encontro dos seus próprios desejos (Main & Goldwyn, 1994, in Miljkovitch, 2001).

De igual modo, a figura de vinculação é, muitas vezes, inconstante: por vezes, ela não está disponível para responder às necessidades da criança, noutros momentos, é exageradamente intrusiva e afectuosa. A criança desenvolve, assim, um sentimento de ansiedade e experiência a raiva uma vez que os seus desejos não são tidos em consideração. Estas mães não ajustam os seus comportamentos aos da sua criança apesar de que, quando são chamadas a atenção, o façam de modo adequado (Haft & Slade, 1989, in Miljkovitch, 2001).

Contrariamente aos pais das crianças evitantes que se comportam de modo a manter uma certa distância relacional, os pais das crianças ambivalentes recorrem a estratégias que mobilizam a sua atenção e as mantêm numa relação de dependência. Nesta situação, de procura de aprovação, a criança é obrigada a hiperactivar o seu sistema de vinculação.

O Padrão Desorganizado-Desorientado

De acordo com Eichberg, 1987, in Miljkovitch, 2001), mais de três quartos das mães de crianças desorganizadas apresentam elas próprias sinais de desorganização, a maioria das vezes relacionada com lutos ou traumatismos não resolvidos; outras, sofrem de depressão (Crittenden, 1985). Geralmente, estas mães têm um

comportamento assustado para com a sua criança, quer por que as maltratem, quer porque foram, elas próprias, vítimas de abuso. Assim, o seu comportamento não está relacionado com a relação com a criança, mas tem recordações que lhe são próprias. A angústia sentida por estas mães é transmitida à criança assim que estão em contacto. A criança encontra-se num dilema: se por um lado ela vê nos pais uma fonte de conforto e protecção por outro, são igualmente uma fonte de medo. Para ela, a relação é centrada sobre o tema do medo sentido pelos pais ou do medo dos pais. Uma vez que é incapaz de identificar a causa do medo dos pais, desenvolve então os seus próprios medos inexplicáveis.

CUIDADOS PARENTAIS E VINCULAÇÃO

Bowlby (2000) considerou o *caregiving* - conjunto dos comportamentos parentais que compreendem tanto os cuidados físicos como afectivos prestados à criança - numa perspectiva biológica, programado como o comportamento de vinculação. Existe, deste modo, uma tendência para cuidar e proteger as crianças, sustentada por mecanismos biológicos, mas com diferenças individuais, ligadas à aprendizagem e à história. Cassidy (1999) propõe que se utilize a expressão *caregiving system* para descrever os comportamentos parentais que visam promover a proximidade e o reconforto quando percebem que a criança se sente em perigo, p.e., aproximar-se, chamar, abraçar, segurar, seguir, consolar, embalar.

De acordo com George e Solomon (1999), um sistema é constituído por comportamentos coordenados que têm objectivos específicos e uma função adaptativa: o sistema de *caregiving* é recíproco do sistema de vinculação e a sua função adaptativa é a protecção das crianças. Os sinais externos e internos associados às situações que o progenitor percebe como perigosos ou *stressantes* para a criança activam o sistema de *caregiving*, tal como no sistema de vinculação, sendo desactivado quando a proximidade física ou psicológica é conseguida e o bebé reconfortado. O sistema de *caregiving* está associado e é regulado pelas emoções.

Ainsworth (ver Rabouam e Moralès-Huet, in Guedeney & Guedeney, 2002) descreveu quatro escalas que permitiam avaliar a maneira de ser da mãe com o bebé: a sensibilidade materna aos sinais do bebé, a aceitação dos comportamentos do bebé, a cooperação com os ritmos do bebé e a disponibilidade emocional.

Duas dimensões do *caregiving* foram estudadas e correlacionadas com a qualidade da vinculação dos filhos aos seus pais. A *sensibilidade (sensitivity)*, definida por Ainsworth como a capacidade de perceber e interpretar correctamente os sinais emitidos pela criança, assim como de lhe responder rapidamente e de maneira adequada e a *função reflexiva*, descrita por Fonagy, como entrando em jogo na transmissão da vinculação através dos cuidados prestados à criança; a função reflexiva é uma função mental que organiza a sua própria experiência e a dos outros em termos de estados mentais (Rabouam, & Moralès-Huet, in Guedeney & Guedeney, 2002).

Teóricos e investigadores da vinculação consideraram o *caregiving* como o resultado das experiências precoces de vinculação dos pais, daí o modelo do *caregiving* com base na assimilação em que novas experiências são integradas em novos esquemas (George e Solomon, 1996): uma mãe integra as suas experiências com o filho nos seus esquemas mentais de vinculação. Daqui decorre a correspondência entre os modelos de representação da vinculação das mães e a qualidade da vinculação dos filhos a elas, sobretudo nas mães consideradas seguras. O mecanismo que se transmite seria o da sensibilidade materna (Rabouam, & Moralès-Huet, in Guedeney & Guedeney, 2002).

AVALIAÇÃO DA VINCULAÇÃO NO BEBÉ E NA CRIANÇA

A avaliação da vinculação remete principalmente para a avaliação da segurança dos comportamentos de vinculação, sendo que a segurança da vinculação não pode ser directamente observada mas apenas inferida daquilo que se pode observar (Solomon & George, 1999).

A avaliação da qualidade da vinculação no bebé passa por tomar em consideração os comportamentos interactivos através de dois procedimentos: a **Situação Estranha**, de Ainsworth e o **Q-Sort** de Waters e Deane.

A Situação Estranha, de Mary Ainsworth

Foi para avaliar a solidez da vinculação entre a criança e a mãe (ou cuidador) que Mary Ainsworth e colaboradores (1969, 1971, 1973, 1974, 1979), fortemente influenciados pela teoria de Bowlby, propuseram e desenvolveram uma situação experimental denominada *Strange Situation* – situação nova, desconhecida ou estranha. A pesquisa consiste em estudar como, no meio familiar, crianças, com menos de 1 ano de idade, podem modificar o seu comportamento quando a mãe ou o pai se ausenta durante um certo período de tempo e surge, ao mesmo tempo, uma pessoa que elas não conhecem e vice-versa. Segundo a teoria da vinculação só quando a vinculação com a mãe é de qualidade é que a criança é capaz de utilizá-la como degrau seguro para enfrentar o meio. O estudo de Ainsworth tinha como objectivo saber de que modo a criança se comportava num ambiente adequado, ligeiramente estranho, na presença da mãe e depois longe dela. Deste modo, Ainsworth preparou uma sala com três cadeiras, deixando um espaço vazio no meio. Uma das cadeiras, num extremo da sala, era destinada à mãe, a segunda cadeira, no mesmo extremo, era reservada a uma pessoa estranha e a terceira cadeira, extremo oposto, abrigava alguns brinquedos.

A situação foi estruturada com o intuito de tornar o ambiente suficientemente novo, de forma a despertar a curiosidade da criança mas sem torná-lo estranho ao ponto de provocar medo. A entrada da pessoa estranha (do sexo feminino) seria controlada de modo a que algum receio por ela provocado fosse atribuível à falta de familiaridade por parte da criança, mas não a qualquer comportamento abrupto ou alarmante.

Havia oito episódios experimentais, organizados dos menos perturbadores para os mais perturbadores. Para além disso, o conjunto destes episódios era similar, como um todo, a vários outros conjuntos que a criança, em princípio, viria a enfrentar na

sua vida. A mãe e a pessoa estranha foram antecipadamente advertidas, esclarecendo-se os papéis que lhes cabiam desempenhar.

Os episódios foram dispostos, sequencialmente, da seguinte forma:

- a) No episódio preliminar, a mãe, ao lado de um dos observadores, levava o filho para a sala. De seguida, o observador retirava-se;
- b) No episódio 2 (com duração de três minutos), a mãe colocava o filho entre as duas cadeiras, destinadas aos adultos, sentando-se no local que lhe havia sido reservado. A mãe não devia participar das brincadeiras do filho, a menos que ele exigisse a sua atenção e mesmo assim a sua participação devia restringir-se a um período curto;
- c) Ao iniciar-se o episódio 3 (com duração de três minutos), a pessoa estranha entrava na sala. Durante o primeiro minuto, ficava em silêncio, na sua cadeira. No segundo minuto, conversava com a mãe e no terceiro aproximava-se calmamente da criança, mostrando-lhe um brinquedo. Entretanto, a mãe permanecia sentada, em silêncio;
- d) O episódio 4 tinha início com a discreta saída da mãe, apesar de deixar a mala na cadeira que tinha ocupado. De a criança brincasse alegre, o estranho permanecia calado; se a criança ficasse inactiva, procuraria fazer com que se interessasse por um brinquedo; se a criança ficasse aflita, o estranho procuraria, na medida do possível, distraí-la ou confortá-la. Este episódio, tal como os anteriores, durava três minutos, mas era abreviada no caso da criança afligir-se em demasia e não poder ser confortada;
- e) O episódio 5 tinha início com a volta da mãe e a subsequente saída do estranho. Ao entrar na sala, a mãe parava à entrada da porta, verificando a reacção espontânea do filho ao seu retorno. Daí para a frente, a mãe podia agir como quisesse, confortando o filho, se necessário, deixá-lo brincar com os objectos ali deixados. Acalmada a criança, a mãe tornava a sair dizendo “adeus”;
- f) Durante o episódio 6 a criança permanecia sozinha na sala. Este episódio durava três minutos, salvo se a criança manifestasse aflição;
- g) Em seguida, o estranho regressava, assim como a mãe, equivalendo aos episódios 7 e 8.

Enquanto os episódios se sucediam, alguns observadores – numa sala contígua, com um vidro unilateral – anotavam os comportamentos da criança, da mãe da pessoa

estranha. Utilizando o registro desses observadores, foram obtidas duas medidas comportamentais para cada uma das crianças: a) a frequência com que diversos tipos de comportamento eram exibidos em cada episódio e b) a intensidade de certos comportamentos, exibidos em cada episódio.

Ainsworth analisou seis comportamentos da criança perante o parente que participa no estudo, geralmente a mãe: a procura da proximidade ou do contacto, a manutenção do contacto, o desvio, a resistência (manifestações de cólera ou de sujeição), a interacção à distância e os comportamentos de busca. De seguida, classificou as crianças em três categorias:

1. As crianças da **categoria A** caracterizam-se como «**inseguro-evitantes**» porque têm mais propensão para evitar ou ignorar a mãe (ou cuidador) do que para procurar a interacção, nomeadamente no momento em que a mãe regressa (distinguem-se três subcategorias segundo o grau de evitamento em relação à mãe pela criança);
2. As crianças da **categoria B** que, após um episódio de separação, acolhem a mãe (ou cuidador) procurando junto dela a proximidade ou o contacto, ou a interacção à distância (estes dois modos de comportamento permitem distinguir duas subcategorias, B1 e B2). Consideraram estas crianças como tendo estabelecido uma vinculação tranquilizadora com a mãe: grupo «**seguro**»;
3. As crianças da **categoria C** são denominadas «**inseguro-ambivalente/resistentes**» porque misturam comportamentos de busca da proximidade ou do contacto com comportamentos de cólera e de rejeição em relação à mãe (ou cuidador) em particular aquando do seu regresso, após o episódio da separação (distinguem-se duas subcategorias, conforme o grau da cólera ou da rejeição manifestadas pela criança).

Consideram-se as crianças das categorias A e C como vinculadas aos pais de forma não tranquilizante.

Ou seja, as diferenças de comportamento observadas na *strange situation*, caracterizada pela estranheza e pela novidade (ausência temporária da mãe - ou cuidador - e presença temporária de um desconhecido), são consideradas como o

resultado e o reflexo da qualidade da vinculação entre a criança e a mãe (ou cuidador). A qualidade da vinculação ligar-se-ia, igualmente, à capacidade de resposta dos pais às solicitações da criança, o que se traduziria nas capacidades de resposta da criança na presença, na partida e na chegada da mãe ou do cuidador e, em alternativa, da pessoa estranha.

Estes padrões comportamentais foram observados, inicialmente, em quatro amostras independentes de bebés com um ano de idade (Ainsworth et al., 1978, in Soares, 2007), verificados em outros estudos realizados em diferentes países ocidentais, asiáticos e africanos (van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988; van IJzendoorn & Sagi, 1999). Num estudo (van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988) verificou-se que a maioria dos bebés foram classificados como seguros, um quinto a um terço como inseguro-evitantes e uma pequena parte no grupo inseguro-ambivalente/resistente. Encontraram, igualmente, um padrão de diferenças interculturais: a classificação evitante surge como relativamente frequente nos países da Europa Ocidental e a classificação ambivalente-resistente como relativamente mais frequente em Israel e no Japão, situando-se a distribuição Americana entre estes dois pólos.

Segundo os investigadores que utilizam a *strange situation*, as diferenças observadas entre as crianças A, B e C permitiriam prever diferenças em diversos aspectos do seu desenvolvimento emocional e relacional. Num estudo de Matas e col. (1978), as crianças B empenham-se em jogos mais simbólicos do que as crianças A e C. São também mais entusiastas e mais desembaraçadas, manifestam menos comportamentos de frustração. Em relação à mãe, são menos negativas - choram e gemem menos, são menos agressivas.

Numa primeira fase, a maior parte da investigação sobre a vinculação precoce foi baseada em amostras de famílias de classe média e média-alta, consideradas de baixo risco. Posteriormente, os estudos com amostras consideradas de risco evidenciam percentagens mais elevadas de sujeitos nos grupos inseguros (van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992). Nas amostras de risco e clínicas foram identificados comportamentos bizarros e perturbados na situação estranha, não

classificáveis segundo o método original desenvolvido por Ainsworth e cols. Main e Solomon (1986, in Soares, 2007) identificaram um quarto grupo que veio a ser designado **grupo D – desorganizado/desorientado** – caracterizado pela simultaneidade ou sequência de comportamentos contraditórios, movimentos despropositados e assimétricos, estereotípias, posturas anómalas, sinais de apreensão em relação à figura parental, expressões de confusão, desorganização e desorientação.

Ainsworth teve o grande mérito de ter posto em funcionamento um método experimental que permite realçar e medir os comportamentos da criança que se vê confrontada com situações novas, que podem gerar inseguranças e angústia. Teve também o mérito de permitir uma verificação experimental das relações entre os comportamentos manifestados pela criança, ao longo do primeiro ano de vida e a qualidade dos primeiros elos que, enquanto bebé, estabelece com a mãe (ou cuidador). Os trabalhos de Ainsworth parecem constituir uma prova do que prevê a teoria da vinculação de Bowlby: a qualidade da vinculação entre o bebé e a mãe influenciaria de forma decisiva os outros sistemas relacionais da criança ao longo de todo o seu desenvolvimento.

Attachment Q-Sort, de Waters e Deane

Este questionário surgiu como método alternativo à situação estranha, numa perspectiva mais ecológica e mais próxima do ambiente natural. Em 1985, Waters e Deane (ver Rabouam, in Guedeney & Guedeney, 2002) propuseram utilizar, para avaliar a qualidade da relação de vinculação à mãe, um procedimento que garantisse alguma objectividade: a técnica do *Q-Sort*, que alia o questionário com a triagem das respostas em função da sua maior ou menor pertinência. Consiste em identificar as características mais salientes da relação pais-criança de entre um conjunto de itens propostos, permitindo avaliar a qualidade do comportamento de base de segurança na criança em casa.

O material (*Q-Set*) apresenta-se sob a forma de cartas cada uma com um item que temos de triar segundo a sua pertinência para caracterizar os comportamentos de

vinculação da criança observada. Pode-se utilizar este método com crianças dos 10 meses aos 3 anos (Rabouam, 2002, in Guedeney & Guedeney, 2002).

Medidas da Vinculação durante a Infância

Entre os três e os sete anos já é possível investigar as representações que a criança faz das suas experiências, graças ao jogo simbólico e à linguagem, mas a criança ainda está suficientemente dependente dos pais para que os procedimentos que põem em jogo separações e reencontros continuem adequados. Assim, nesta idade, são estes dois níveis de modelos internos que vão ser alvo de medida, quer através de procedimentos de observação de comportamentos de vinculação quer através de procedimentos de apreensão das representações da vinculação.

Medidas comportamentais da vinculação na criança

Main e Cassidy elaboraram uma situação de separação-encontro para crianças dos 5 aos 7 anos. Depois de uma separação de uma hora num laboratório, na presença de um estranho, observam-se as reacções das crianças durante os três a cinco minutos que seguem o regresso de cada um dos pais. Os pais não recebem nenhuma instrução antes de voltarem a juntar-se ao filho. O pai e mãe entram com três minutos de intervalo. No momento do encontro, o examinador está presente na sala mas não interage com os outros a não ser que seja solicitado para tal.

Medidas das representações da vinculação na criança

Testes com imagens

Antes da introdução da situação estranha, Klagsbrun e Bowlby (1976, ver Miljkovitch, in Guedeney & Guedeney, 2002) adaptaram a crianças dos 4 aos 7 anos um teste projectivo chamado Separation Anxiety Test (SAT), desenvolvido por Hansburg e originalmente aplicado a adolescentes. Na versão de Klagsbrun e Bowlby o teste comporta duas séries, para rapaz e para rapariga, de seis fotografias. Cada cartão

apresenta uma situação de separação. Mais tarde, em 1990. Slough e Greenberg (ver Miljkovitch, in Guedeney & Guedeney, 2002) apresentaram uma versão revista do SAT, com fotografias mais recentes das mesmas cenas apresentadas por Klagsbrun e Bowlby. Nesta versão, apenas existe uma série, tanto para rapaz como para rapariga.

Histórias para completar

Em 1990, Bretherton e Ridgeway (ver Miljkovitch, in Guedeney & Guedeney, 2002) introduziram as Histórias de Vinculação para Completar - *Attachment Story Completion Task*. Estas histórias foram concebidas para suscitar comportamentos de vinculação por parte das crianças, dos três aos sete anos. Apresenta-se o início de uma história com a ajuda de figuras e depois pede-se à criança para contar o que se passa a seguir.

Para as crianças dos três aos cinco anos, Oppenheim (1997, ver Miljkovitch, in Guedeney & Guedeney, 2002) desenvolveu outra entrevista - *Attachment Doll-Play Interview* - segundo o mesmo formato das histórias de completar. Depois da apresentação de seis princípios de histórias, pede-se à criança para imaginar sequências e as encenar.

Entrevista por uma Marioneta

Cassidy (1988), para medir o modelo interno de si, concebeu igualmente uma situação de entrevista na qual a criança, a quem se chama por um pseudónimo, tem de responder às questões de uma marioneta acerca de si. As respostas da criança são analisadas em função da sua capacidade de aceitar em si certas imperfeições e determinam a sua colocação na categoria «perfeito», «negativo» ou «aberto».

Autoquestionário

Para as crianças que se situam na terceira infância ou no início da adolescência, Kerns e col. (1996, ver Miljkovitch, in Guedeney & Guedeney, 2002) desenvolveram

um autoquestionário destinado a avaliar a segurança da vinculação. Este questionário avalia a segurança sentida numa relação específica.

PERTURBAÇÕES DA VINCULAÇÃO NA CRIANÇA PEQUENA

Carência de cuidados maternos – separação

Foi Chapin quem, desde 1906, chamou a atenção para a ligação entre o atraso de crescimento, a depressão e a higiene na criança (Guedeney, 2002). Spitz inspira-se nesta ideia e dedica-se a descrever os efeitos que a interrupção brusca da relação com a mãe tem na criança, através do estudo de crianças pequenas nascidas na prisão (Spitz, 1946). As suas descrições e o seu filme de 1947 vêm chocar o meio pediátrico ao trazer a público a realidade dos efeitos a que chamará «institucionalização». Mais tarde, L. Bender e S. Chess irão descrever os primeiros efeitos das carências relacionais precoces: estas crianças mostram afecto em relação seja a quem for, têm dificuldade nos cuidados de higiene e apresentam atraso no desenvolvimento, em especial na linguagem (Guedeney, 2002).

Na sequência da Segunda Guerra Mundial e devido à implicação da população civil, a separação precoce e duradoura irá ser reconhecida como um dos factores mais importantes da carência de cuidados maternos, graças a Bowlby e Robertson. Só a teoria da vinculação irá permitir ter em conta a necessidade vital do estabelecimento e desenvolvimento do vínculo na saúde mental da criança pequena. A partir dos anos 70, o quadro dos efeitos da carência relacional, quer intra quer extrafamiliar, é cada vez mais reconhecido, começando a surgir o termo «depressão do bebé».

Perturbações da Vinculação

Perante as ambiguidades existentes na classificação das perturbações da vinculação, Zeanah e Boris (2000) propuseram critérios alternativos para as perturbações da vinculação, baseados nos dados das investigações sobre o desenvolvimento e no comportamento da criança. Os autores propõem três grandes

tipos de perturbações da vinculação: as perturbações da «ausência de vinculação», semelhantes às descritas no DSM-IV e na ICD-10, as «distorções da base de segurança», nas quais a criança mantém uma relação de vinculação seriamente alterada com os pais e as perturbações surgidas da «ruptura da relação de vinculação». Zeanah e col. (1993, in Guedeney, 2002), sugerem que as perturbações da vinculação se tornam perturbações psíquicas para as crianças quando as emoções e os comportamentos manifestados no contexto da relação de vinculação são tão perturbados que indicam, ou aumentam consideravelmente, o risco de um desamparo permanente ou de uma desvantagem da criança.

Perturbações da «ausência de vinculação»

Na sequência do DSM-IV e da ICD-10, esta nova classificação mantém dois tipos de perturbações, nos quais não existe vinculação: a perturbação da vinculação com retraimento emocional (a criança é retraída e inibida, sem vinculação) e a perturbação com socialização indistinta (a criança procura conforto e interações sociais com estranhos, sem as reservas adequadas à idade). Em ambos os tipos, as crianças apresentam dificuldades na auto-regulação e na auto-protecção, na procura de conforto e segurança, na expressão do afecto, na cooperação e na exploração.

Perturbações da base de segurança

Neste tipo de perturbações, a criança apresenta uma vinculação preferencial a uma figura de vinculação e as perturbações são específicas de uma determinada relação. Zeanah e col. descrevem quatro categorias de perturbações da base de segurança:

1) Perturbações da vinculação com pôr em perigo

O pôr em perigo vai contra o objectivo da vinculação, que é a segurança e sobrevivência. As capacidades de mobilidade da criança aumentam consideravelmente ao longo do segundo ano de vida e ela tem de manter o equilíbrio entre a necessidade

de exploração e a necessidade de segurança com base na figura de vinculação. Neste tipo de perturbação, a criança afasta-se da figura de vinculação sem verificar a sua presença e proximidade. Envolve-se em situações perigosas, provocadoras, que podem ser acompanhadas de agressão contra si mesma ou contra o progenitor. O que caracteriza o comportamento é o facto de ser específico de uma relação.

2) Perturbações da vinculação com agarrar e exploração inibida

No outro extremo do espectro clínico, este tipo de perturbação da vinculação manifesta-se por uma inibição da exploração, específica de certas situações, quando a criança está na presença da sua figura de vinculação, numa situação não familiar, ou na presença de um adulto que não é familiar. O facto da inibição ser específica da relação, permite estabelecer a diferença com os aspectos temperamentais.

3) Perturbações da vinculação com vigilância e submissão excessivas

A criança está hipervigilante, com uma restrição emocional e uma submissão exagerada às exigências do progenitor. A criança, acima de tudo, parece temer desagradar aos pais. Esta categoria proposta por Zeanah é semelhante à descrição da vinculação desorganizada (tipo D) e está associada a uma relação marcada pelo abuso e o terror.

4) Perturbações da vinculação com inversão de papéis

Aqui, a criança suporta toda a carga emocional da relação, inadequada ao seu desenvolvimento. Este tipo de perturbações está associado a um controlo da criança sobre os pais de uma forma tanto punitiva como com solicitude excessiva. É difícil de ser reconhecido, muitas vezes difícil de distinguir de um modo de adaptação positiva. Neste tipo de perturbações repara-se na criança e ela é valorizada. A dificuldade clínica consiste em determinar até que ponto este tipo de relação pode comprometer o desenvolvimento da criança.

Rupturas do laço de vinculação

Aqui, a criança sofre a perda de uma figura de vinculação. Os critérios são semelhantes aos das crianças pequenas separadas bruscamente dos pais durante vários dias ou semanas e que desenvolvem a sequência do protesto – desespero – desapego. A perda de uma figura de vinculação, neste período de vida, representa uma mudança considerável, qualitativamente diferente de uma perda que aconteça noutra altura da vida. A perda pode surgir por morte do progenitor ou por mudança sucessiva de famílias de acolhimento.

À luz dos sistemas categoriais de diagnóstico (DSM-IV-TR, APA, 2002; ICD-10, WHO, 1992), o conceito de Perturbação da Vinculação pode ser resumido a uma categoria específica conhecida como **Perturbação Reactiva da Vinculação** (DSM-IV-TR, 2002). Segundo o DSM-IV-TR, a Perturbação Reactiva da Vinculação tem início antes dos 5 anos e caracteriza-se por relações sociais acentuadamente perturbadas na maior parte dos contextos que podem manifestar-se de forma predominantemente inibida ou desinibida. O *tipo inibido* pode definir-se como uma dificuldade persistente para iniciar e responder à maioria das interações sociais de modo adequado ao nível do desenvolvimento do sujeito, que se traduz por retracção e hipervigilância, com elevado constrangimento emocional e procura de proximidade do cuidador de forma bizarra ou ambivalente. Estas crianças não recorrem aos cuidadores em momentos mais exigentes, nem tão pouco se deixam confortar em momentos de perturbação.

O *tipo desinibido* caracteriza-se por vinculações difusas e sociabilidade indiscriminada, com acentuada incapacidade para estabelecer vínculos selectivos adequados, uma vez que a criança procura contacto e proximidade com qualquer cuidador disponível, de forma indiscriminada. Um dos critérios da Perturbação Reactiva da Vinculação exige a existência de uma história de cuidados patogénicos que se manifestam, pelo menos, numa das seguintes características: 1) negligência permanente das necessidades emocionais básicas da criança e relacionadas com o conforto, estimulação e afecto; 2) negligência permanente das necessidades físicas

básicas da criança; e 3) mudanças repetidas da pessoa que trata primariamente a criança, o que impede a formação de vínculos estáveis.

O ICD-10 (1992) conceptualiza as perturbações da vinculação de forma muito semelhante ao DSM-IV-TR, mas distingue duas perturbações da vinculação: a **Perturbação Reactiva da Vinculação**, que se assemelha ao tipo inibido do DSM-IV-TR e a **Perturbação Desinibida da Vinculação** que é equivalente ao tipo desinibido do DSM-IV-TR, à excepção de não contemplar, na história da criança, a existência de cuidados patogénicos.

A VINCULAÇÃO NA IDADE ADULTA

Na obra de Bowlby existem inúmeras referências à concepção da vinculação como um fenómeno inerente ao ciclo de vida, sendo actualmente um quadro conceptual importante para a compreensão e conceptualização do processo de desenvolvimento humano.

Na idade adulta existem acontecimentos específicos, dos quais se destacam o fim da escolaridade, o início da actividade profissional e a consequente autonomia financeira, viver e estabelecer-se em espaço próprio, o casamento e a parentalidade (Cavanhaug, 2005; Schaie & Willis, 2002, in Canavarro, 2007).

O estabelecimento de autonomia e de intimidade assumem-se como as tarefas nucleares do desenvolvimento do jovem adulto. A consolidação da identidade é um factor preponderante para assegurar a autonomia inerente à idade adulta e promove um sentido de diferenciação face aos pais e aos outros. Paralelamente ao processo de diferenciação do self, subsiste o imperativo da construção da intimidade, partilha e interdependência no contexto de relações íntimas, enquanto relações de amizade ou amor.

A formação de ligações afectivas no adulto implica atender ao repertório de desenvolvimento necessário ao seu estabelecimento e à questão da continuidade e da mudança na organização da representação da vinculação. Deste modo, a teoria da

vinculação apresenta a relação da criança com as suas figuras de vinculação como uma matriz a partir da qual vão ser construídos conhecimentos e expectativas acerca do *self*, de outros significativos e do mundo, que vão orientar o funcionamento interpessoal e influenciar o estabelecimento de outras relações íntimas (Soares, 2007).

A AVALIAÇÃO DA VINCULAÇÃO NO ADULTO

Na infância, a avaliação da vinculação centra-se na organização da vinculação ao nível comportamental; já na idade adulta, a complexidade do desenvolvimento exige que se vá para além desta observação de padrões de comportamento, sendo a linguagem o foco dos processos de avaliação. Assim, a mudança de foco, do domínio comportamental para o domínio representacional, abriu portas para o desenvolvimento de métodos de avaliação que espelham a complexidade da vinculação da idade adulta.

Instrumentos de avaliação surgidos da Situação Estranha

A Adult Attachment Interview (AAI)

Na década de 1980, Main, George e Kaplan (1984, in Soares, 2007), desenvolveram a *Adult Attachment Interview* (AAI) para a avaliação das diferenças individuais na representação da vinculação.

A AAI é uma entrevista semi-estruturada de tipo clínico, de natureza biográfica, dirigida à avaliação da segurança do modelo interno da vinculação ou a segurança do *self* relativamente à vinculação de modo global e não relativamente a uma relação específica, presente ou passada. As questões da AAI apelam à recordação de experiências passadas com as figuras de vinculação que, orientando a atenção, a memória, a cognição e as emoções do sujeito, se constituem como elementos activadores do sistema de vinculação, permitindo a avaliação do “estado actual da organização mental do sujeito em relação à vinculação” (Main et al., 1985, in Soares, 2007).

A AAI é o instrumento de referência para a avaliação da vinculação nos adultos; contudo, é uma técnica dispendiosa em termos de tempo (uma hora de entrevista mais quatro a cinco horas de cotação, por pessoa). Além disso, requer formação de duas semanas com Mary Main ou colaboradores, seguida da cotação de entrevistas durante pelo menos um ano e meio até se adquirir uma boa fidelidade com a cotação dos autores.

Variantes da AAI: o Q-Sort e a Função Reflexiva

O Q-Sort é um método alternativo para “pontuar” a transcrição da AAI (Kobak, 1993, ver Perdereau & Atger, in Guedeney & Guedeney, 2002). Utiliza duas dimensões: segurança-ansiedade e desactivação-hiperactivação, que avaliam as estratégias emocionais ligadas à regulação dos afectos e as representações da vinculação.

O terceiro método de análise da AAI foi desenvolvido por Fonagy e colaboradores (1991). Utiliza uma nova escala, a função reflexiva que avalia a capacidade de um adulto compreender as suas próprias intenções e motivações, assim como as dos outros.

Quer a técnica do Q-Sort, quer da função reflexiva necessitam de cotadores formados na utilização da AAI.

Instrumentos que avaliam as relações com os pais e com os pares

O *Attachment History Questionnaire* (Pottharst e Kessker, 1982, ver Perdereau & Atger, in Guedeney & Guedeney, 2002) comporta itens sociodemográficos sobre a história familiar, os modelos de interacção familiar, os métodos parentais de disciplina, ao amigos e os sistemas de apoio.

Modelo de Hazan e Shaver

Hazan e Shaver (1987, ver Perdereau & Atger, in Guedeney & Guedeney, 2002) conceptualizaram a vinculação na relação amorosa como continuidade da relação de vinculação da criança. Criaram um instrumento - o *Attachment Style Questionnaire* (ASQ) - com três parágrafos que descrevem de forma breve os comportamentos e os sentimentos relativos à forma de se perceber nas suas relações amorosas e interpessoais.

Modelo de Bartholomew

Bartholomew (ver Perdereau & Atger, in Guedeney & Guedeney, 2002) conceptualizou um modelo da vinculação no adulto considerando duas dimensões: o «modelo de si» e o «modelo dos outros». Cada uma destas dimensões pode ser positiva ou negativa e, combinando-as, chega-se a uma classificação em quatro categorias: seguro, inquieto, desapegado e receoso.

A este modelo corresponde um autoquestionário em quatro breves parágrafos - *Relationship Questionnaire* (RQ). Cada parágrafo descreve em poucas frases modalidades relacionais típicas que correspondem a cada categoria de vinculação. Bartholomew criou igualmente uma escala de 30 itens em cinco graus - *Relationship Styles Questionnaire*; estes itens provêm das frases que constituem as descrições do *Attachment Style Questionnaire* e do *Relationship Questionnaire*. Desenvolveu, ainda, duas heteroavaliações que utilizam o seu modelo de vinculação no adulto - a *Peer Attachment Interview* (PAI), que incide sobre a vinculação aos pares, e a *Family Attachment Interview* (FAI) que incide sobre a vinculação à família de origem.

Modelo de West e Sheldon-Keller

West e Sheldon-Keller (1988, ver Perdereau & Atger, in Guedeney & Guedeney, 2002) elaboraram dois autoquestionários - o *Reciprocal Attachment Questionnaire for Adults* e o *Avoidant Attachment Questionnaire for Adults*, que se inspiram

directamente nos termos utilizados por Bowlby para descrever os componentes do sistema de vinculação (p.e., procura de proximidade, protesto pela separação, medo de perder uma figura de vinculação, disponibilidade e utilização da figura de vinculação) e os padrões gerais de vinculação, com a ajuda de itens como «retraimento colérico» ou «prestar cuidados parentais de forma compulsiva». O RAQ mede a qualidade da vinculação para com a pessoa com quem o sujeito se considera mais vinculado; já o AQA foi criado para aqueles que afirmavam não ter qualquer figura de vinculação.

Instrumentos específicos para a adolescência

A avaliação neste período de mudança pode variar consoante as figuras de vinculação consideradas: os pais ou os pares.

Entrevistas que permitem estudar a narrativa

Ammaniti et al. (2000), adaptaram a AAI às crianças e adolescentes, designado a nova entrevista por Attachment Interview for Childhood and Adolescence.

Autoquestionários

O *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA) de Armsden e Greenber (1987, ver Perdereau & Atger, in Guedeney & Guedeney, 2002) comporta três vezes 25 itens sobre as relações que o sujeito mantém com a mãe, o pai e os amigos mais próximos. Neves, Soares e Machado (1993, in Soares, 2007) adaptaram e validaram este questionário para a população portuguesa. A *Escala de Vinculação do Adulto - EVA* - (Canavarro, 1996, in Soares, 2007) é a versão portuguesa da *Adult Attachment Scale* - AAS - (Collins & Read, 1990, in Soares, 2007).

O *Adolescence Relationship Questionnaire* (ARQ) de Sharfe (1999, ver Perdereau & Atger, in Guedeney & Guedeney, 2002) é a versão para adolescentes do RQ. O *Adolescent Relationship Scales Questionnaire* (ARSQ), do mesmo autor, comporta 17 itens

que descrevem os sentimentos que os sujeitos experimentam em relação a pessoas que lhe são próximas.

VINCULAÇÃO E PSICOPATOLOGIA

A influência da vinculação no desenvolvimento ao longo da vida tem sido compreendida à luz da noção dos modelos internos dinâmicos de vinculação, construídos a partir das experiências de vinculação. Deste modo, os indivíduos com histórias de relações de vinculação seguras constroem representações positivas do self e dos outros, enquanto os indivíduos com histórias de vida adversas, marcadas por vinculação insegura, tenderão a construir o self e o mundo como imprevisíveis, marcados pela desconfiança, pela desvalorização ou pela ambivalência. A qualidade das experiências de vinculação e a sua representação através de modelos internos dinâmicos vão afectar o desenvolvimento sócio-emocional influenciando, de modo significativo, a interpretação que o indivíduo vai fazendo do mundo, a forma como lida com os problemas interpessoais, os desafios relacionais no quotidiano e as estratégias comportamentais que caracterizam o seu funcionamento e que podem facilitar a sua adaptação ao meio.

Ao nível comportamental, a desorganização da vinculação pode manifestar-se em situações de stress, através de sequências ou simultaneidade de comportamentos contraditórios, de comportamentos bizarros, de posturas anómalas, de estereotípias, entre outros. Em jovens e adultos, a desorganização pode exprimir-se ao nível do discurso e nas narrativas sobre experiências de vinculação adversas ou de natureza traumática (p.e., experiências de perda ou abuso), através de lapsos na organização do discurso, na organização do pensamento e através de reacções comportamentais reveladoras de perturbação específica (Main & Goldwyn, 1998, cit. in Soares, 2007).

Psicopatologia na criança

Numa amostra de crianças de uma população de elevado risco social, observou-se que aquelas que mostravam relações precoces inseguras estavam mais predispostas

para a tristeza, relações pobres com os pares, sintomas de depressão e comportamentos agressivos até à pré-adolescência (Weinfeld et al., 1999, ver Fonagy, 2001). Follow-ups desta amostra mostram uma forte predição para a psicopatologia na adolescência. Perturbação de Ansiedade na adolescência está mais associada com uma vinculação ambivalente na infância (Warren et al., 1997, ver Fonagy, 2001).

Lyons-Ruth e col. seguiram uma amostra de 64 crianças de alto risco e concluíram que 71% das crianças hostis do pré-escolar tinham sido classificadas como desorganizadas aos 18 meses (Lyons-Ruth, 1995; Lyons-Ruth et al, 1989; ver Fonagy 2001). Mais de metade das crianças classificadas como desorganizadas na infância e que tinham mães com problemas psicossociais eram vistas como hostis no jardim infantil, comparadas com menos de 5% de crianças com nenhum destes factores de risco.

Estudos sugerem que uma vinculação desorganizada pode ser um factor de vulnerabilidade e predisposição para psicopatologia futura quando combinada com outros factores de risco (Shaw et al, 1997, 1995, ver Fonagy, 2001). A prevalência da vinculação desorganizada está fortemente associada com a presença de factores de risco familiares, tais como maus-tratos, perturbação depressiva major, perturbação bipolar, abuso de álcool e de outras substâncias.

Nas relações com os pares, alguns estudos sugerem que as crianças classificadas como desorganizadas são menos competentes na qualidade do jogo e na resolução de conflitos (Wartner et al., 1994, ver Fonagy, 2001).

Supõe-se que, como sequela de uma vinculação desorganizada nos primeiros anos de vida, estaria uma complexa forma de perturbações relacionais que incluiria agressões imprevisíveis e injustificáveis; contudo, será melhor entendido como um sentimento geral de incompetência interpessoal por parte da criança. Muito provavelmente, os processos de vinculação estão intimamente envolvidos no desenvolvimento de funções ou mecanismos psicológicos específicas que são a chave para a organização do comportamento adequado. Assim, dificuldades na vinculação

podem, especificamente, criar problemas na regulação dos afectos e nas competências sociais, as quais são conhecidas por serem disfuncionais em grupos com problemas de conduta (Fonagy, 2001). Estas dificuldades nos processos mentais estariam presentes desde os primeiros anos de vida e têm-se mostrado preditivos do desenvolvimento de perturbações do comportamento no pré-escolar (Weiss et al., 1992, ver Fonagy, 2001). A cognição social parece estar fortemente associada com o legado familiar, independentemente da linguagem e da idade (Cutting & Dunn, 1999, ver Fonagy, 2001).

Níveis elevados de afectos negativos, explosões de raiva, desatenção e fraca tolerância à frustração são preditivos, a longo prazo, de problemas nas relações com os pares e desempenhos sociais negativos. A regulação das emoções depende de uma compreensão da experiência interna a qual se desenvolve mais facilmente no contexto da relação diádica precoce (Gergely & Watson, 1996, ver Fonagy, 2001). Os afectos negativos parecem, assim, apontar para a ausência da capacidade de regular adequadamente as emoções negativas nas relações interpessoais.

Vinculação e psicopatologia no adulto

Existe um consenso geral de que uma vinculação segura pode servir como factor de protecção contra a psicopatologia e está associado com um largo espectro de características de personalidades saudáveis como sejam baixa ansiedade, menor hostilidade, maior resiliência do ego e maior capacidade para regular os afectos através dos relacionamentos interpessoais. A vinculação insegura parece ser um factor de risco e está associada com características como elevado grau de depressão, ansiedade, hostilidade, doenças psicossomáticas e menor resiliência do ego (ver Fonagy, 2001).

Tem sido sugerido que o tipo despreocupado podia estar associado com as personalidades anti-sociais, perturbações do comportamento alimentar, abuso de substâncias e dependência, enquanto que o tipo preocupado estaria ligado com perturbações caracterizadas pela interiorização dos sentimentos, tais como a depressão, ansiedade e personalidades borderline, apesar de não existirem estudos que suportem

esta associação directa (ver Fonagy, 2001). Eagle (1999, cit. por Fonagy, 2001) refere que enquanto os indivíduos do tipo preocupado experimentam mais perturbações psicológicas, os indivíduos do tipo evitante mostram maior incidência de sintomas somáticos e doença.

Num estudo com 3 grupos de indivíduos com agorafobia, com perturbação depressiva major e sem psicopatologia, avaliados com o **Attachment Style Questionnaire** (ASQ; Feeney, Noller, & Hanrahan, 1994, cit. in Soares, 2007), as dimensões da vinculação insegura associadas à necessidade de aprovação, preocupação com as relações e à percepção das relações como algo secundário, estavam associadas com a depressão, existindo um efeito mediador da auto-eficácia geral sobre a relação entre a necessidade de aprovação e a depressão. Associada ao comportamento agorafóbico apenas estava a dimensão de preocupação com as relações, com a mediação dos pensamentos catastróficos acerca das sensações corporais (Strodl & Noller, 2003, cit. in Soares, 2007).

CAPÍTULO 2

Metodología

☞ METODOLOGIA ☜

AMOSTRA

Por amostra, compreendemos uma sub-classe dos elementos de uma população. Neste caso, a população da qual a amostra é oriunda, refere-se aos sujeitos que frequentam consultas de Pediatria.

Seleção das amostras

Com o objectivo de se avaliar e compreender o impacto do Modelo Touchpoint na representação da parentalidade, no estilo de vinculação e na forma de interacção mãe-criança, foram constituídos dois grupos. A primeira amostra foi constituída por 28 crianças e respectivas mães que frequentam consultas de Pediatria sem o modelo TP. A segunda amostra foi constituída, igualmente, por 28 crianças e respectivas mães que frequentam consultas de Pediatria com o modelo TP⁶.

Como critério de inclusão num ou noutro grupo tomou-se apenas em consideração o facto do pediatra usar ou não na sua prática clínica o modelo TP, perguntando-se directamente ao clínico se usava ou não.

As amostras foram recolhidas, por conveniência, em dois contextos diferentes: a amostra relativa aos TP foi recolhida quase totalmente em contexto de clínica privada (1 na consulta de Saúde Infantil do Hospital de Santa Maria), enquanto a amostra relativa ao grupo sem TP foi recolhida quer em clínica privada (15), quer em contexto hospitalar (11 na consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia e 2 na consulta externa de Pediatria do Hospital de Dona Estefânia).

⁶ Referimos apenas as mães, apesar de em grande parte das consultas estarem presentes quer as mães quer os pais.

	Touchpoint	Sem Touchpoint
Clínica Privada	27	15
Consulta Saúde Infantil HSM	1	-
Consulta Desenvolvimento HDE	-	11
Consulta Externa Pediatria HDE	-	2
Total	28	28

Quadro nº 1: Proveniência dos elementos da amostra

Caracterização da amostra

O quadro seguinte faz a caracterização de cada uma das crianças do estudo, indicando a sua idade, se é ou não filho único, bem como a qual das amostras pertence (com ou sem TP):

Nº	Idade	Filho único		1º Filho	S/ TP	Nº	Idade	Filho único		1º Filho	C/ TP
		S	N								
1	3 anos		X	2º	X	29	3 anos	X			X
2	3 anos	X			X	30	2 meses	X			X
3	7 anos	X			X	31	2 anos	X			X
4	3 anos	X			X	32	18 meses	X			X
5	2 anos	X			X	33	2 anos	X			X
6	3 anos		X	2ª	X	34	16 meses	X			X
7	2 anos		X	2º	X	35	1 mês	X			X
8	5 anos		X	2º	X	36	11 meses	X			X
9	4 anos	X			X	37	15 meses		X	2º	X
10	13 meses		X	2º	X	38	5;6 anos	X			X
11	2;3 anos		X	2ª	X	39	6 anos		X	2ª	X
12	4 anos	X			X	40	5 anos	X			X
13	2;5 anos		X	2º	X	41	12 meses	X			X
14	12 meses	X			X	42	17 meses	X			X
15	26 dias	X			X	43	4 meses	X			X
16	3 meses		X	2ª	X	44	3 meses	X			X
17	3 meses		X	2º	X	45	2 meses	X			X

18	2 anos	X			X	46	14;6 meses		X	3º	X
19	8 meses		X	2º	X	47	16 meses	X			X
20	7 meses		X	3º	X	48	21 meses	X			X
21	4 anos		X	1º	X	49	8 meses	X			X
22	4;6 anos		X	2º	X	50	15 dias	X			X
23	5 anos		X	1ª	X	51	9 meses	X			X
24	6 meses		X	3º	X	52	10 dias	X			X
25	6 anos	X			X	53	3 meses	X			X
26	1 mês		X	2ª	X	54	10 dias	X			X
27	7 anos		X	1º	X	55	15 meses	X			X
28	12 meses	X			X	56	2 anos		X	3ª	X

Quadro nº 2: Caracterização da amostra

○ gráfico nº 1 mostra a distribuição e frequência das idades das crianças da amostra. As idades das crianças variaram entre os 10 dias e os 7 anos, com um predomínio de crianças com 2 anos de idade (14%), de crianças com 3 anos (9%) e de crianças com 3 meses, 4 e 5 anos (7% cada um).

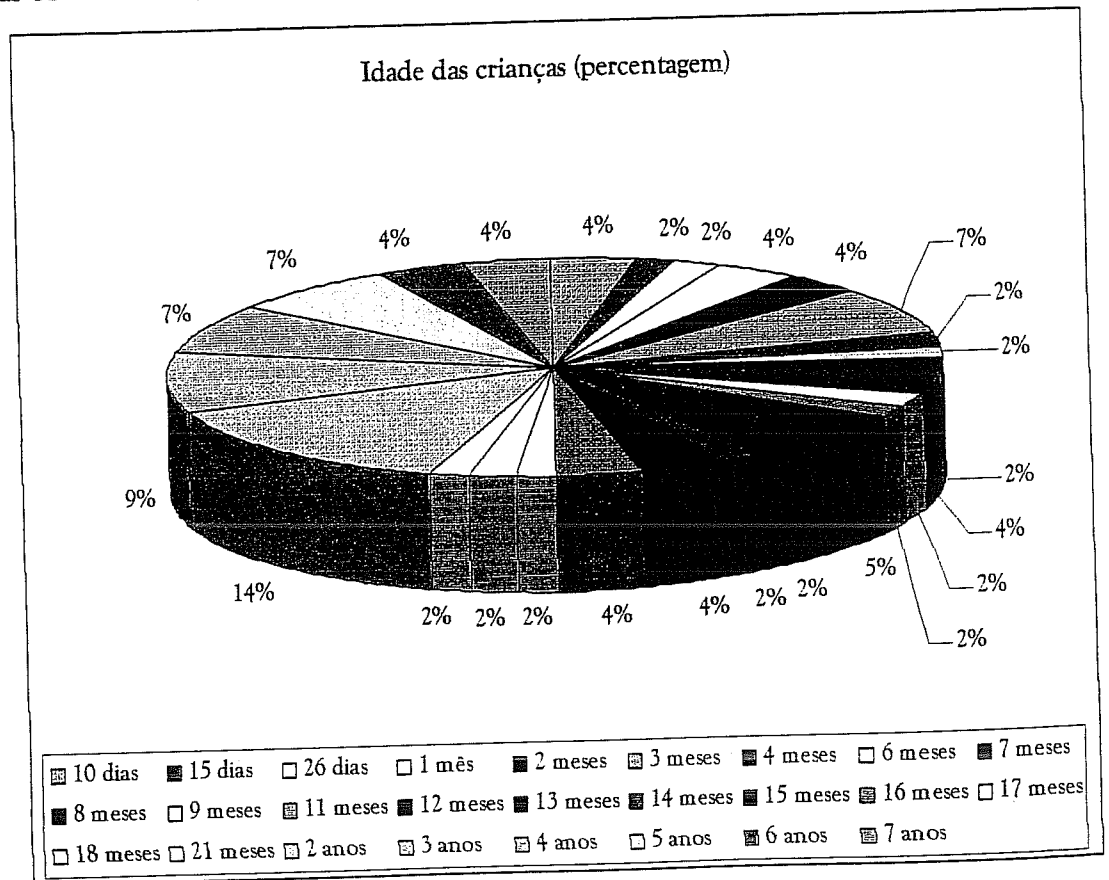


Gráfico nº 1: Idade das crianças da amostra

○ gráfico nº 2 mostra a frequência das idades no grupo sem TP. Neste grupo, as crianças tinham idades compreendidas entre os 26 dias e os 7 anos, com um predomínio de crianças com 2 anos de idade (5), seguido de crianças de 3 e 4 anos (4 cada um)

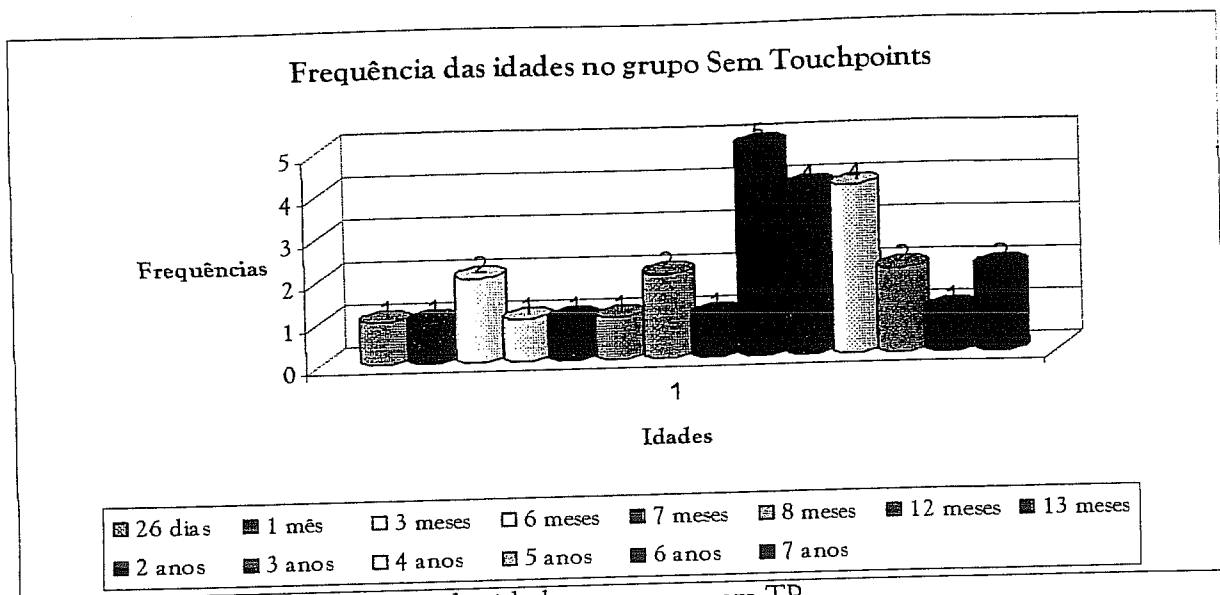


Gráfico nº 2: Frequência das idades no grupo sem TP

○ gráfico nº 3 mostra a frequência das idades no grupo com TP. Neste grupo, as crianças tinham idades compreendidas entre os 10 dias e os 6 anos, com um predomínio de crianças com 2 anos de idade (3), seguido de crianças com 10 dias, 2, 3, 15 e 16 meses e 5 anos (2 cada um). As idades deste grupo abrangiam um intervalo maior do que o grupo sem TP, sendo constituído por criança mais novas.

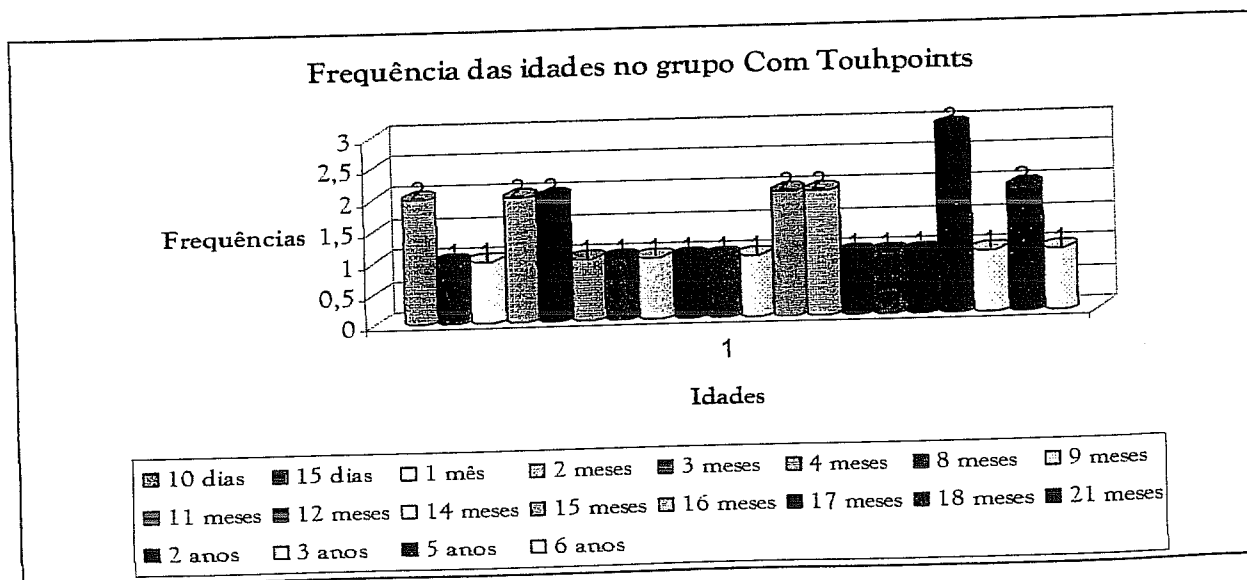


Gráfico nº 3: Frequência das idades no grupo com TP

Caracterizou-se a amostra em relação a aspectos como: ser ou não filho único (gráfico nº4), ser ou não primeiro filho (gráfico nº 5), crescimento e desenvolvimento (gráfico nº 6), sexo (gráfico nº 7) e grupo económico (gráfico nº 8).

Verifica-se um predomínio de filhos únicos (34) em relação às crianças que têm irmãos (22):

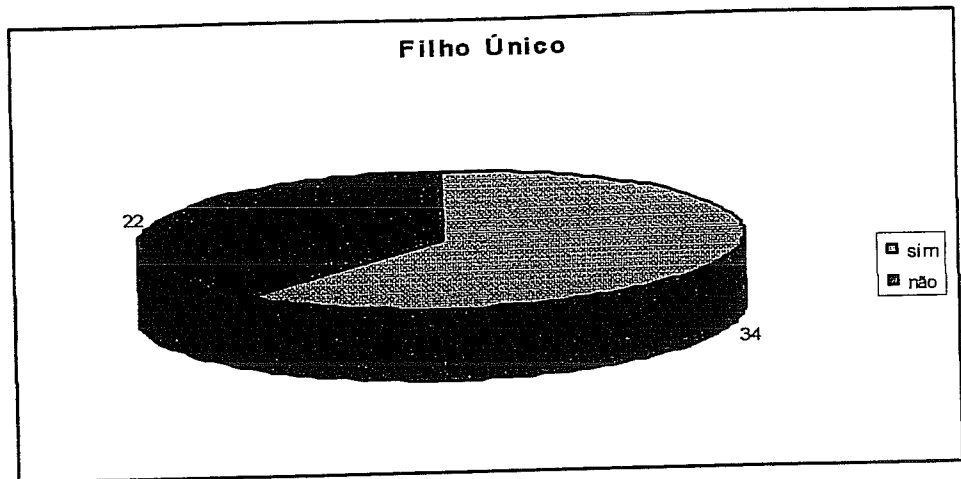


Gráfico nº 4: Frequência de filhos únicos

Sem ter em conta o facto de ser ou não filho único, o gráfico nº 3 mostra que 35 crianças eram o primeiro filho do casal; 20 eram o 2º ou 3º filho do casal. Da análise do quadro nº 1, constatou-se que, das crianças que tinham irmãos, 3 eram o primeiro filho, 14 eram o segundo filho e 4 eram o terceiro filho do casal:

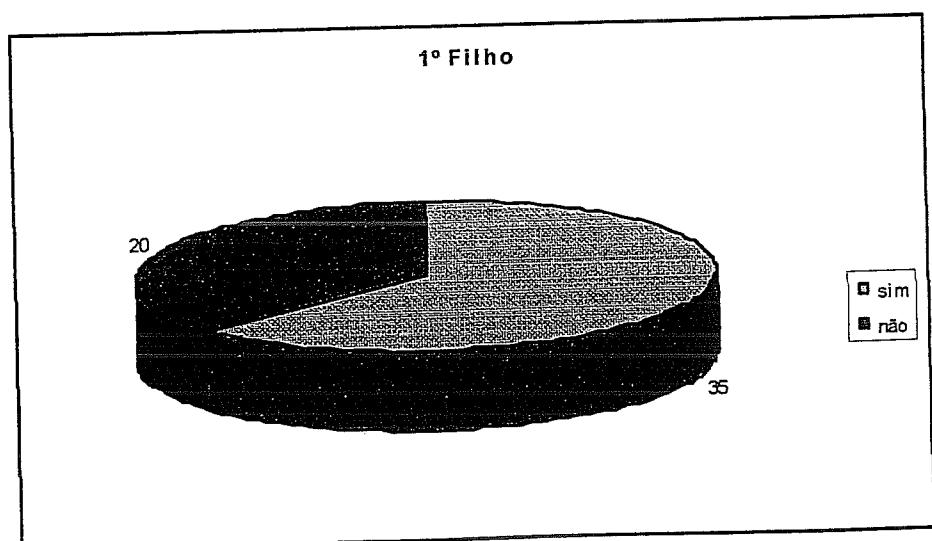


Gráfico nº 5: Frequência de primeiros filhos

O Crescimento e Desenvolvimento da amostra foi avaliado com base no desenvolvimento físico das crianças: as 9 crianças caracterizadas com um desenvolvimento anormal provêm da consulta de desenvolvimento do HDE, tendo todas elas problemas a este nível:

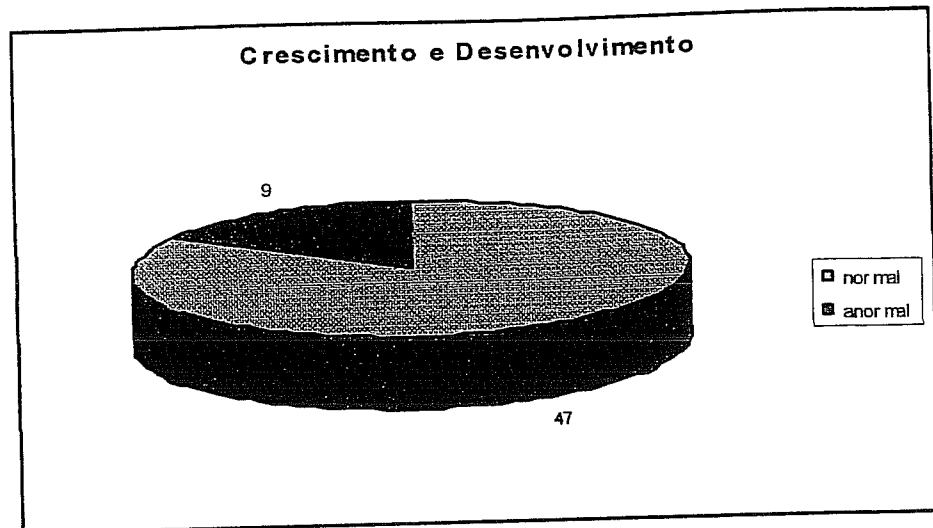


Gráfico n° 6: Crescimento e Desenvolvimento das crianças

Quanto ao sexo das crianças da amostra, a amostra foi constituída por 35 rapazes e 21 raparigas.

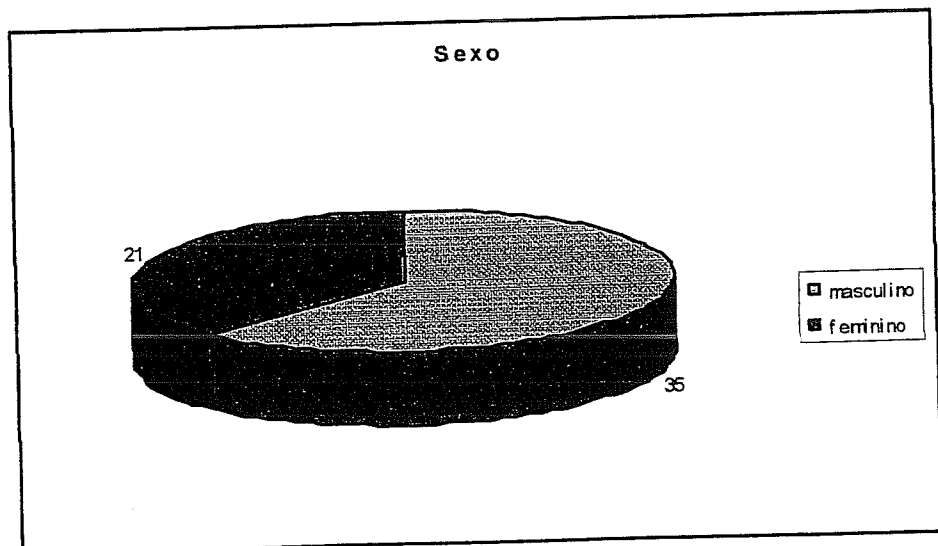


Gráfico n° 7: Distribuição dos sexos das crianças

Em relação ao grupo socioeconómico, verificou-se que a maior frequência se situava no nível médio-alto (24), seguido pelo nível médio (10), o que poderá estar

relacionado com o contexto em que a maioria da amostra foi recolhida (clínica privada):

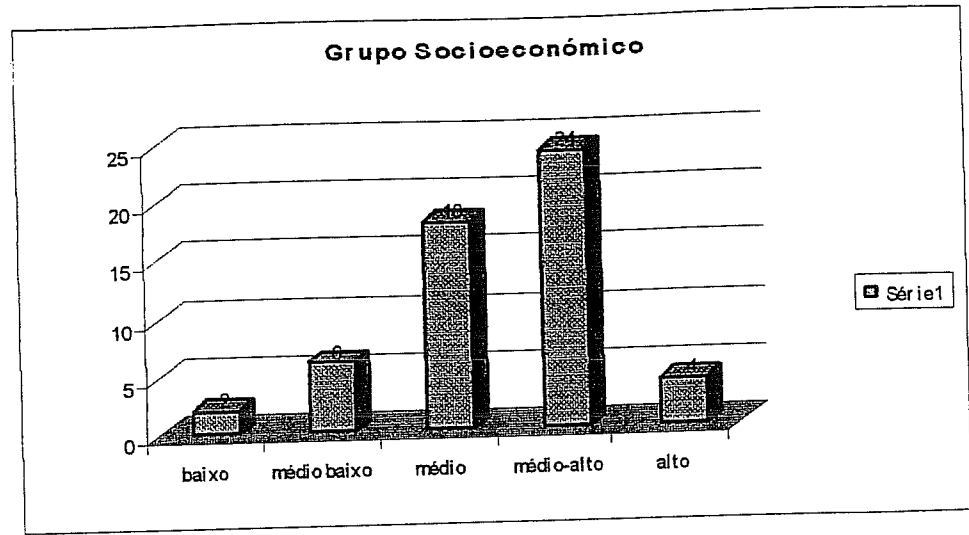


Gráfico nº 8: Caracterização do estatuto socioeconómico

INSTRUMENTOS

Tendo como objecto o estudo da relação entre Modelo TP, estilo de vinculação parental e relação pais-criança, procedeu-se à escolha dos instrumentos que permitissem alcançar tal objecto. A escolha recaiu em instrumentos privilegiados pela investigação clínica: a observação livre (da interacção pais-criança), apoiada na escala de observação **The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress (AIDS)** e as provas psicométricas, neste caso as escalas **What being the parent of a baby is like (WBPP)** e **Attachment style questionnaire (ASQ)**. Os questionários e a escala de observação foram traduzidos livremente para a língua portuguesa e aplicados directamente aos sujeitos da amostra.

Caracterização dos instrumentos

a) Questionários de avaliação, tipo Likert:

- *“What being the parent of a baby is like”* (WBPP, autor K.F.Pridham)

Variável mensurável: auto-percepção maternal dos aspectos qualitativos do que é ser pai.

Descrição do instrumento: O WBPB contém 25 itens tipo Likert nos quais é pedido às mães que indiquem a sua experiência associada com a parentalidade. Os itens são respondidos numa linha de números de 1 a 9, com início e final opostos especificados. Os pólos variam de acordo com o item e incluem séries desde “nada satisfeito” a “completamente satisfeito”, “muito difícil” a “extremamente fácil”, e “muito pouco” a “sempre”. Resultados mais elevados representam respostas mais favoráveis (no caso da sub-escala Mudanças na Vida, maiores mudanças). São identificadas três sub-escalas: avaliação da parentalidade (11 itens), centralidade da criança (8 itens), e modificação da vida relacionado com a parentalidade (6 itens). Os itens são cotados de modo que altos valores indicam um elevado nível de experiência a ser avaliado. Muitos itens podem ser respondidos tendo em conta a experiência subjectiva quer da mãe quer do pai; contudo alguns itens parecem mais direccionados para a experiência materna. A cotação das sub-escalas é obtida pela média de respostas dentro da sub-escala.

A cada sub-escala correspondem determinados itens:

- 1) Avaliação: 1, 5, 7, 8, 13, 14, 17, 18, 19, 20 e 23;
 - 2) Centralidade: 3, 4, 6, 12, 15, 16, 22 e 25;
 - 3) Mudanças na vida: 2, 9, 10, 11, 21 e 24,
- e existem itens cotados de forma inversa: 4, 16 e 22.

Propriedades Psicométricas: O Alpha de Cronbach relativo à administração das sub-escalas do questionário na 1ª semana, no 1º mês e aos 3 meses a seguir ao nascimento, a uma amostra de 100 mães saudáveis com parto de termo, foi 0.87 para a sub-escala avaliação, 0.80 para a sub-escala centralidade e 0.77 para a sub-escala mudança de vida. Correlações de reteste para a mesma amostra foram 0.72 para a

primeira semana, 0.61 entre o primeiro e o terceiro mês e 0.46 entre a primeira semana e terceiro mês.

- "*Attachment style questionnaire*" (ASQ, autores J.A. Feeney e P. Noller)

Variável mensurável: Constructo relevante para as relações de vinculação de adolescentes adultos (p.e., auto-estima, confiança, evitamento da proximidade/intimidade, auto-confiança compulsiva, super-dependência, ansiedade interpessoal, falta de confiança e necessidade de aprovação).

Descrição do instrumento: O ASQ é um questionário tipo likert de 40 itens que mede as múltiplas dimensões de vinculação em adolescentes e adultos. A vinculação tem sido concebida como uma grelha de dupla entrada de percepção positiva e negativa do self e percepção positiva e negativa dos outros. Uma perspectiva positiva do self e dos outros resulta em auto-estima, conforto com a proximidade, confiança e dependência saudável. Perspectivas negativas do self e dos outros resulta em características pessoais numa direcção doentia e contrária. Uma perspectiva positiva do self combinado com uma perspectiva negativa dos outros resulta em auto-confiança, ênfase na realização, falta de confiança e evitamento da intimidade. Uma perspectiva negativa do self em conjunto com uma perspectiva positiva dos outros resulta numa confiança alargada nos outros, necessidade de aprovação, e falta de crença global. Estas combinações são representadas por cinco dimensões identificadas através de um factor de análise da escala de 40 itens. Os factores são: confiança em si próprio e nos outros (8 itens), desconforto com a proximidade (10 itens), necessidade de aprovação (7 itens), preocupação com as relações (8 itens), e posicionamento das relações como secundárias às realizações (7 itens). Os itens são uma série de afirmações nas quais os sujeitos indicam a sua concordância relativa numa escala de 6 pontos (totalmente em desacordo a totalmente em acordo). Alguns itens são cotados de forma inversa e os totais da escala são formados usando medidas unitárias. Porque alguns factores representam constructos negativos, existe uma mistura de itens redigidos positiva e negativamente. É importante notar que este instrumento foi desenhado para

fornecer medidas de comportamentos de vinculação e não para categorizar os indivíduos em grupos de vinculação.

A cada sub-escala correspondem determinados itens:

- 1) Relações como secundárias: 6, 7, 8, 9, 10, 14 e 36;
 - 2) Necessidade de aprovação: 11, 12, 13, 15, 24, 27 e 35;
 - 3) Desconforto com a proximidade: 4, 5, 16, 17, 20, 21, 23, 25, 26 e 34;
 - 4) Preocupação com as relações: 18, 22, 28, 29, 30, 32, 39 e 40;
 - 5) Confiança em si e nos outros: 1, 2, 3, 19, 31, 33, 37 e 38,
- e existem itens cotados de forma inversa: 20, 21 e 33.

Propriedades Psicométricas: A fiabilidade tem sido avaliada com amostras de jovens universitários e adolescentes. O Alpha de Cronbach para as cinco sub-escalas e para as duas amostras foi, respectivamente, 0.80 e 0.73 (confiança em si e nos outros), 0.84 e 0.73 (desconforto com a proximidade), 0.79 e 0.67 (necessidade de aprovação), 0.76 e 0.73 (preocupação com as relações) e 0.76 e 0.70 (relações como secundárias). A fiabilidade no reteste para um período de mais de dez semanas com uma amostra de estudantes universitários foi 0.74, 0.74, 0.78, 0.72 e 0.67 para as sub-escalas, respectivamente. Os valores absolutos da correlação entre as cinco sub-escalas variaram entre os 0.16 e os 0.57. A validade tem sido estudada através de comparações com outros instrumentos de avaliação da vinculação, variáveis de personalidade e medidas do funcionamento familiar.

(b) Observação livre da interação Pais - Criança na consulta, apoiada numa escala de observação "The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress" (AIDS Scale, autores H. Massie e B. Campbell)

Descrição do instrumento: A Escala de indicadores de vinculação durante situações de stress (AIDS) é usada em crianças do nascimento até aos 18 meses para

detectar respostas aberrantes mãe-criança durante situações stressantes⁷. A escala quantifica o processo recíproco da vinculação mãe-criança enquanto a criança se encontra sob stress de uma observação física. A escala pode, igualmente, ser usada em outras situações que provoquem tensão na mãe e na criança. A AIDIS é usada durante o exame pediátrico assim como em outras situações onde ocorre um stress relativo para pais e bebés. Qualquer que seja o setting onde é usada, a escala deve servir todas ou algumas das seguintes funções:

- 1) Para registar a avaliação do clínico da adequação da responsividade da díade;
- 2) Para documentar a necessidade de cuidados de desenvolvimento ou psicológico para prevenir a cristalização de modos patológicos de interacção social;
- 3) Para documentar a eficácia dos esforços da intervenção precoce através do registo aproveitando os indicadores clínicos de vinculação quando usada longitudinalmente durante os primeiros 18 meses de vida com os pares mãe-bebé;
- 4) Para esclarecer, através do aumento da atenção clínica dos parâmetros da interacção mãe-criança centrais ao desenvolvimento psicológico.

A avaliação e codificação da escala são realizadas pelo enfoque no período de maior stress (os últimos 3 minutos do exame físico) e no período de declínio da tensão (os primeiros 3 minutos da fase de recuperação). Imediatamente após a observação do episódio de recuperação, circunda-se a descrição do comportamento que melhor qualifica as respostas maternas e da criança em cada modalidade de vinculação em ambas as situações: de stress e de recuperação.

Definições operacionais

Holding - a postura de reciprocidade mútua da criança e da mãe enquanto a criança é segurada nos braços da mãe;

Olhar - o contacto ocular dentro da díade e a manutenção deste contacto;

⁷ Apesar da amostra ser constituída por crianças com mais de 18 meses, esta é uma escala privilegiada para a observação de díades em situações de stress (como a observação pediátrica). Por outro lado, grande parte da amostra tinha uma idade inferior a 18 meses. Na observação da interacção de uma díade, independentemente da idade, é importante ter em atenção todo o contexto envolvente e vários aspectos específicos, muitos dos quais são analisados por esta escala.

Vocalização - a realização de sons vocais para o benefício do parceiro na diade mãe-criança. O choro da criança é considerado um sinal de ansiedade durante a situação stressante, o qual alerta os pais para a sua tensão;

Toque (a) - contacto pele-pele, iniciado quer pelos pais, quer pela criança, para brincar ou carinho, não para apoio físico;

Toque (b) - afastamento ou término do contacto pele-pele iniciado.

Nota: as categorias "Toque (a)" e "Toque (b)" não se referem ao contacto estabelecido com o objectivo de contenção (*holding*), abraçar, ou apoio corporal. Pelo contrário, referem-se à brincadeira, ao carinho, à comunicação ou a outro contacto que pode ser expresso, por exemplo, pelo toque nos dedos, mãos, pés...

Afecto - expressões faciais que sinalizam estados emocionais. Uma expressão duvidosa, ligeiramente ansiosa, alerta, atenta, ou branda é considerada típica dos indivíduos que se encontram sob stress e é considerada apropriada;

Proximidade - o estado de estar ao pé, perto ou ao lado de alguém. No contexto da escala, refere-se à manutenção do contacto físico ou visual com os pais e a manutenção, por parte dos pais, do contacto físico e acessibilidade à criança;

Raramente - o comportamento ocorre uma vez, não sendo visível muitas vezes durante o período de observação;

Ocasionalmente - o comportamento ocorre de tempos em tempos, durante o período de observação;

Frequentemente - o comportamento ocorre bastantes vezes mas não durante todo o tempo do período de observação;

Sempre - o comportamento ocorre constantemente durante o período de observação;

Nunca - o comportamento não ocorre durante o período de observação;

Comportamento não observado - esta categoria é reservada para aquelas ocasiões onde o observador não está apto a observar um comportamento específico devido a um largo espectro de obstrução ou impedimento na visão ou quando um comportamento não acontece, por exemplo se a mãe nunca segura o seu bebé.

Interpretação e cotação: O comportamento normal é, geralmente, cotado 3 e 4. Cotações mais baixas sugerem que a criança ou os pais podem estar a evitar o contacto

ou a não responder às manifestações de stress ou vinculação do outro. Scores de 5 devem levantar preocupação uma vez que pode existir uma vinculação sobre-ansiosa ou intensa ou uma reacção invulgarmente forte ao stress, quer pela mãe, quer pela criança, quer por ambos. Nas díades onde um dos membros cota 1 ou 2 e o outro 5, existe uma dessincronia na interacção que pode ter significado patológico. O modo mais apropriado para interpretar os scores é como guias descritivos da adequação da interacção da díade. A escala não está construída para produzir um único score "correcto".

Propriedades Estatísticas: A escala AIDS é um instrumento relativamente recente. A experiência clínica documenta a sua eficácia na identificação de possíveis dificuldades na interacção/relação mãe-criança, apesar de existirem ainda poucos dados estatísticos. A escala tem sido de grande utilidade ao mostrar que os padrões de interacção precoce, uma vez estabelecidos, persistem ao longo do tempo, mas ainda não é possível discutir todas as implicações destes comportamentos persistentes quando observados num maior número de casos. Quando existe um treino de aplicação da escala, verifica-se uma boa concordância entre observadores.

No decurso do estudo, sentiu-se a necessidade de acrescentar algumas informações que pareciam ser pertinentes. Deste modo, elaborou-se um questionário de preenchimento rápido de modo a poder aferir da caracterização que as mães tinham do desenvolvimento físico do seu filho, como lidavam com uma situação de doença, qual o seu comportamento habitual nesta situação e como caracterizavam o seu filho (ver anexo). Os resultados foram analisados apenas qualitativamente (caracterização dos dois grupos - com e sem TP).

PROCEDIMENTO

As amostras foram recolhidas entre os meses de Julho de 2006 e Agosto de 2007. Relativamente às consultas em meio hospital, foi previamente obtida autorização para a realização do estudo por parte da Direcção do Hospital de Dona Estefânia. Esta autorização teve ainda o parecer favorável da Directora da Unidade de

Desenvolvimento do HDE, unidade onde foi recolhida parte da amostra. Posteriormente, efectuou-se o contacto com alguns médicos, nomeadamente da unidade de desenvolvimento e da consulta externa do HDE, de modo a viabilizar a recolha da amostra nas suas consultas.

No que respeita às consultas em clínica privada, foi realizado o contacto directo com os médicos, um dos quais através de outro médico.

Os dados foram recolhidos em dois momentos: 1) a observação da interacção decorreu durante a consulta pediátrica, sempre com o consentimento e previa explicação aos pais, em conjunto com o Pediatra, do objectivo da observação; 2) num segundo momento, efectuou-se o preenchimento das escalas, pelas mães, fora da consulta, numa sala disponibilizada para o efeito e com condições de privacidade adequada (em ambos os contextos).

Procedimentos Estatísticos

Na análise dos resultados utilizou-se a estatística descritiva, calculando-se, em função do tipo de dados, as médias (variáveis contínuas) ou as frequências (variáveis nominais). Por outro lado, recorreu-se à estatística analítica para o estudo das diferenças entre os grupos, utilizando-se o Teste de Kruskal-Wallis, teste não paramétrico, uma vez que se tratava de amostras com distribuição não normal (para aferir da Normalidade utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov). Aferiu-se ainda a Homogeneidade das escalas, através da estatística de Levene - as variâncias populacionais são homogéneas nas duas amostras. Utilizou-se, ainda, o coeficiente de correlação de Pearson para o estudo da relação linear entre as variáveis. O Programa Estatístico utilizado foi o SPSS - Statistical Package for the Social Science -, versão 15.0.

Realizou-se o estudo da consistência interna das escalas utilizadas no estudo, utilizando-se o Alfa de Cronbach. O Alfa de Cronbach pode variar de 0 a 1, onde 1 demonstra presença de consistência interna de 100% e zero significa a ausência total de consistência entre os itens. A maioria dos autores pesquisados utiliza como limite

de aceitação o valor de 0,70 para o Alfa de Cronbach (Nunnally, 1978, Cameron, 1978, Hair et al., 1995), mas valores menores que 0,70 tem sido considerado aceitos se a pesquisa é de natureza exploratória (Hair et al, 1995). Embora um valor de alfa de 0,70 seja frequentemente considerado para uma consistente estabilidade interna, Nunnally (1978) considera permissível que os valores de alfa possam ser um pouco menores para questionários nunca aplicados em pesquisas exploratória e sugere o mínimo de 0,60. Os resultados obtidos no alfa de cronbach para os questionários encontram-se em anexo. Para todos os instrumentos utilizados foi obtido um valor de alfa inferior a 0.70.

PARTE III

RESULTADOS, DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

“Cada um de nós é portador de um mandato transgeracional: podemos dizer que a nossa «árvore da vida» mergulha as suas raízes na terra molhada pelo sangue que os ferimentos provocados pelos conflitos infantis dos nossos pais fizeram correr. Entretanto, essas raízes podem deixar a árvore da vida desabrochar quando elas não estão escondidas nas profundezas da terra e portanto inacessíveis”.

Lebovici, 1995 (Surmoi II, les développements post-freudiens. Monographies de la Revue Française de Psychanalyse. P.U.F.)

CAPÍTULO 1

Resultados

RESULTADOS

Apresentam-se, em seguida os resultados obtidos, decorrentes da aplicação dos instrumentos utilizados no estudo.

Caracterização das representações maternas

As representações maternas foram estudadas através da aplicação do Questionário “Como é ser pai de um bebé” que contempla três dimensões: avaliação, centralidade e mudanças na vida. Nos quadros nº 3, 4 e 5 apresentam-se as médias e desvios-padrão relativas aos itens que constituem o questionário. O quadro nº 3 corresponde aos itens da sub-escala “Avaliação”, o quadro nº 4 corresponde aos itens da sub-escala “Centralidade” e o quadro nº 5 corresponde aos itens da sub-escala “Mudança na vida”. Ambos os grupos apresentam médias de resposta bastante semelhantes.

	Touchpoint		Sem Touchpoint	
	Média	DP	Média	DP
Satisfação ser pai	8,56	0,96	8,35	1,35
Afecta positivamente o desenvolvimento	8,08	0,95	7,65	1,62
Tarefas satisfatórias	7,76	1,05	7,54	1,90
Gosta da interacção	8,68	0,48	8,50	1,39
Consegue dizer o que o bebé precisa	7,68	0,94	7,77	1,07
Bebé parecido consigo	6,32	1,55	5,69	2,15
Pensa que conhece bebé	8,12	0,83	8,11	0,71
Expectativas correspondem	7,76	1,83	7,54	2,10
Desenvolvimento, satisfação	8,88	0,33	8,77	0,51
Sintonia com bebé	8,32	0,69	8,04	1,11
Satisfeita com relação e necessidades	8,00	1,15	7,27	1,64

Quadro nº 3: Itens da sub-escala Avaliação

Ambos os grupos apresentam resultados elevados, com respostas a variarem entre os 6,32 e 8,88 pontos da escala, o que indica uma boa avaliação da parentalidade. O item “bebé parecido consigo” é aquele que obtém os resultados mais baixos. Este resultado poderá estar, em parte, relacionado com a idade das crianças: as mães transmitiam alguma dúvida quando respondiam a este item referindo a pouca idade dos filhos.

	Touchpoint		Sem Touchpoint	
	Média	DP	Média	DP
Tempo pensa bebé	7,80	1,15	7,69	1,38
Não pensar no bebé	7,52	1,78	7,58	1,75
Cuidados preenchem o pensamento	7,60	1,04	7,77	1,07
Fisicamente saudável	8,20	1,00	7,65	1,72
Deixar bebé com companheiro	2,20	1,98	3,54	3,10
Deixar bebé com outra pessoa	5,32	2,34	6,00	2,38
Primeiro lugar no pensamento	8,04	1,10	7,35	2,13

Quadro nº 4: Itens da sub-escala Centralidade

No que se refere à sub-escala Centralidade na criança, verificam-se resultados elevados em ambos os grupos, com excepção dos itens relativos à facilidade em deixar o filho com outra pessoa. Estes valores devem ser lidos “ao contrário” uma vez que se tratam de dois dos itens cotados inversamente. Desta forma, para ambos os grupos, parece ser mais fácil deixar os filhos ao cuidado do companheiro do que de outra pessoa. Também o item “não pensar no bebé” deve ser lido “ao contrário”; assim sendo, para ambos os grupos não é fácil deixar de pensar no filho.

	Touchpoint		Sem Touchpoint	
	Média	DP	Média	DP
Vida alterou-se	7,92	1,50	7,69	1,97
Relação com a família mudou	5,56	2,42	5,31	2,72
Vida stressante	6,64	1,68	5,85	2,39
Olha para si diferente	5,80	2,78	5,54	2,73
Vida familiar mudou	5,60	2,31	5,35	2,73
Bebé afecta o que faz e quando	8,16	1,40	7,31	2,53

Quadro nº 5: Itens da sub-escala Mudança na vida

Relativamente à sub-escala mudanças na vida, as respostas são semelhantes em ambos os grupos, verificando-se valores ligeiramente superiores no grupo com TP em todos os itens desta sub-escala. Verifica-se que os itens “vida alterou-se” e “bebé afecta o que faz e quando” são aqueles onde é sentida maior alteração.

Categorias de resposta à questão aberta ao questionário "Como é ser pai de um bebé"

"Por favor, utilize este espaço para escrever algo que julgue ser importante para nos ajudar a compreender o que e para si "ser pai" de um bebé"

Para a análise da questão aberta foram elaboradas categorias de resposta, baseadas no conteúdo das respostas à questão. O quadro nº 6 mostra as categorias retiradas dos conteúdos mais frequentes:

Sem TP	Com TP
Centralidade no bebé	Gratificação afectiva/narcísica
Responsabilidade	Educação / desenvolvimento da criança
Realização pessoal	Preocupação e responsabilidade
Gratificação afectiva/narcísica	Deixar egocentrismo
Auto conhecimento	Sentimento de imortalidade

Quadro nº 6 : Categorias de resposta à questão aberta

Verifica-se uma grande semelhança entre os grupos nas respostas dadas à questão aberta. As mães do grupo sem TP, caracterizam a parentalidade como "a melhor coisa do mundo" e como algo de grande responsabilidade. Por outro lado, ser mãe veio satisfazer um desejo de realização pessoal (por exemplo, na constituição de uma família) e é fonte de gratificação pessoal (sentimento de "preenchimento"). Algumas mães referem que a maternidade lhes proporcionou um maior conhecimento, quer de si próprias, quer da vida.

Para as mães do grupo com TP, a parentalidade é vista como fonte de gratificação pessoal, de preocupações e responsabilidades, mas referem uma imensa felicidade em poder assistir ao desenvolvimento de uma criança (do seu filho) e de ter um papel na educação de uma criança. Tendem a manifestar a necessidade de deixar o egocentrismo para "abraçar" por inteiro as necessidades do filho ("pensamos mais nele do que em nós"). Neste grupo verificou-se que uma das mães referiu o sentimento de

imortalidade que o filho despertou nela, algo dela que vai permanecer vivo mesmo depois de morrer.

Apesar de muito equilibrados nas respostas, o grupo com TP parece descrever a parentalidade mais em termos afectivos, de enamoramento e fascínio pelo filho, ao passo que o grupo sem TP, sem deixar de transmitir sentimentos de grande afecto, parece descrever a parentalidade num registo mais relacionado com uma função: constituição de família, projecto pessoal. Estas diferenças ligeiras poderão estar relacionadas com as próprias características da personalidade das mães e com a sua própria história familiar e estilo de relação.

Em ambos os grupos existe a noção do filho como algo que vem “completar” as mães, como se de um preenchimento se tratasse. Transmitem a noção de “fechamento do círculo” familiar com a chegada do filho e de prolongamento de si no filho. Estes sentimentos parecem bastante relacionados com a satisfação e felicidade e com o orgulho que estas mães sentem nos seus filhos, bem como com o estado de graça que a maioria delas ainda está a viver.

Análise da auto-percepção materna da parentalidade

Em seguida, apresentam-se os resultados estatísticos relativos ao instrumento para avaliar as representações maternas da parentalidade - **What being the parent of a baby is like** (WBPP, Pridham, K.F.).

Os resultados foram analisados por sub-escala: avaliação da parentalidade, centralidade da criança e modificação da vida relacionado com a parentalidade.

O quadro nº 7 apresenta os resultados relativos à sub-escala Avaliação. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

	Teste de Kruskal-Wallis
Satisfação ser pai	0,743
Afecta positivamente o desenvolvimento	0,931
Tarefas satisfatórias	0,657
Gosta da interacção	0,503
Consegue dizer o que o bebé precisa	0,355
Bebé parecido consigo	0,171
Pensa que conhece bebé	0,993
Expectativas correspondem	0,943
Desenvolvimento, satisfação	0,426
Sintonia com bebé	0,776
Satisfeita com relação e necessidades	0,148

Quadro nº 7: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Avaliação $p < 0,05$ (significativo)

No que se refere à sub-escala Centralidade, o quadro nº 8 mostra os resultados obtidos. De igual modo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

	Teste de Kruskal-Wallis
Tempo pensa bebé	0,817
Não pensar no bebé	0,615
Cuidados preenchem o pensamento	0,310
Fisicamente saudável	0,179
Deixar bebé com companheiro	0,076
Deixar bebé com outra pessoa	0,185
Primeiro lugar no pensamento	0,489

Quadro nº 8: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Centralidade $p < 0,05$ (significativo)

O quadro nº 9 mostra os resultados obtidos na sub-escala Mudanças na vida. Tal como nas outras sub-escalas, também aqui não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

	Teste de Kruskal-Wallis
Vida alterou-se	0,747
Relação com a família mudou	0,842
Vida stressante	0,624
Olha para si diferente	0,987
Vida familiar mudou	0,749
Bebé afecta o que faz e quando	0,314

Quadro nº 9: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Mudanças na Vida, $p < 0,05$ (significativo)

Caracterização dos Estilos de Vinculação

Os estilos de vinculação foram estudados através do “Questionário do Estilo de Vinculação”, que contempla cinco dimensões: relações como secundárias, necessidade de aprovação, desconforto com a proximidade, preocupação com as relações e confiança em si e nos outros. Nos quadros nº apresentam-se as médias e desvios-padrão relativas aos itens que constituem o questionário. O quadro nº 10 corresponde aos itens da sub-escala “Relações como secundárias”, o quadro nº 11 corresponde aos itens da sub-escala “Necessidade de aprovação”, o quadro nº 12 corresponde aos itens “Desconforto com a proximidade”, o quadro nº 13 corresponde aos itens da sub-escala “Preocupação com as relações” e o quadro nº 14 corresponde aos itens da sub-escala “Confiança em si e nos outros”. Ambos os grupos apresentam médias bastante próximas.

	Touchpoint		Sem Touchpoint	
	Média	DP	Média	DP
Pedir ajuda é admitir que sou falhado	2,00	1,20	1,93	0,94
Valor avaliado pelo que consegue	2,62	1,30	2,50	1,32
Conseguir coisas mais importante que relações	2,04	1,04	1,75	0,89
Fazer o melhor mais importante que relações	2,73	1,54	2,82	0,77
Fazer trabalho custe o que custar	2,42	1,10	2,46	1,26
Relação outros superficial	2,31	0,93	2,46	1,43
Ocupado com actividades para despende tempo relações	2,38	1,10	2,89	1,10

Quadro nº 10: Itens relativos à sub-escala **Relações como secundárias**

Quanto à sub-escala relações como secundárias, verifica-se que ambos os grupos apresentam valores baixos nesta categoria, sugestivos de que as relações são tidas como algo importante na vida.

No que se refere à sub-escala necessidade de aprovação (quadro nº 11), ambos os grupos apresentam resultados semelhantes. Os baixos valores sugerem que os sujeitos não parecem dar preponderância à aprovação dos outros. Apenas se verifica concordância (valor 4) nos itens “importante outros gostem de mim” e “evitar coisas que outros não gostem”.

	Touchpoint		Sem Touchpoint	
	Média	DP	Média	DP
Importante outros gostem de mim	4,27	0,92	4,28	0,85
Evitar coisas que outros não gostam	4,04	1,04	4,46	1,10
Difícil tomar decisões outros pensam	3,08	1,09	2,68	0,90
Penso não sou suficientemente bom	3,62	1,20	3,82	0,82
Preocupo não ser capaz de avaliar os outros	3,27	1,00	3,61	1,26
Porque quererão envolver-se comigo	2,69	1,05	2,78	1,29
Quando falo de problemas sinto-me envergonhado	2,50	0,86	2,93	1,18

Quadro nº 11: Itens relativos à sub-escala **Necessidade de aprovação**

	Touchpoint		Sem Touchpoint	
	Média	DP	Média	DP
Depender de mim próprio	4,77	0,95	4,54	1,23
Guardar coisas para mim	3,46	1,39	3,43	1,17
Difícil confiar nos outros	3,27	1,00	3,54	1,07
Difícil depender dos outros	3,58	0,99	3,82	1,02
Acho fácil confiar nos outros	3,31	0,84	3,25	1,00
Confortável depender dos outros	4,15	1,16	4,39	0,96
Preocupo pessoas aproximar	3,08	1,02	3,14	1,01
Sentimentos contraditórios	2,77	1,21	3,00	0,98
Quero estar próximo mas tenho dificuldade	2,81	1,17	2,82	1,06
Não incomodo pessoas com meus problemas	3,35	0,94	3,43	0,92

Quadro nº 12: Itens relativos à sub-escala **Descontente com a proximidade**

Relativamente à sub-escala descontente com a proximidade (quadro nº 12), ambos os grupos obtêm, resultados baixos. Salienta-se que os itens “acho fácil confiar nos outros” e “confortável depender dos outros” são cotados inversamente, pelo que para ambos os grupos é mais fácil confiar noutros do que depender dos outros.

	Touchpoint		Sem Touchpoint	
	Média	DP	Média	DP
Evitam aproximar tanto quanto gostaria	2,54	0,76	2,89	1,06
Outros não se preocupam como eu me preocupo	3,58	1,06	3,04	0,92
Importante relação próxima	4,85	1,19	4,61	1,03
Preocupo-me bastante com as relações	4,65	1,13	4,21	1,13
Difícil relacionar sem o amor de alguém	3,81	1,33	3,89	1,26
Sinto-me à margem	2,50	1,14	3,07	0,94
Frustrado quando outros não estão disponíveis	3,88	1,21	3,82	1,02
Outros decepcionam	3,35	0,84	3,36	0,91

Quadro nº 13: Itens relativos à sub-escala **Preocupação com as relações**

No que se refere à sub-escala preocupação com as relações (quadro nº 13), ambos os grupos apresentam resultados baixos na maioria dos itens desta sub-escala. Os itens “importante relação próxima” e “preocupo-me bastante com as relações” registam valores dentro do valor 4 (“concordo”), sendo que estes itens remetem para a importância que os sujeitos dão ao estabelecimento e manutenção das relações.

Quanto à sub-escala confiança em si e nos outros (quadro nº 14), verificam-se novamente valores aproximados em ambos os grupos, quase sempre na mesma linha de opinião. Nos itens “fácil aproximar de pessoas”, “não conseguir relacionar-me” e “outros dão atenção aos meus problemas” verifica-se discordância entre os grupos: o grupo com TP dá respostas dentro da opção “concordo” (4), enquanto o grupo sem TP responde com a opção “desacordo” (3).

	Touchpoint		Sem Touchpoint	
	Média	DP	Média	DP
Pessoa de valor	4,85	0,83	4,89	1,13
Fácil de conhecer	3,73	0,78	3,78	0,79
Pessoas perto de mim	4,69	1,01	4,18	0,90
Fácil aproximar outras	4,04	0,92	3,96	0,88
Confiante relacionamentos	4,50	0,76	4,04	0,74
Não conseguir relacionar	4,35	1,20	3,64	1,13
Outros dão atenção aos meus problemas	4,12	0,91	3,93	0,94
Outros irão gostar de mim e respeitar	4,31	0,68	4,25	0,80

Quadro nº 14: Itens relativos à sub-escala **Confiança em si e nos outros**

Análise dos estilos de vinculação

Em seguida, apresentam-se os resultados estatísticos relativos ao instrumento para avaliar os estilos de vinculação maternos - **Attachment style questionnaire** (ASQ, Feeney, J.A., & Noller, P.).

Os resultados foram analisados por sub-escala: confiança em si próprio e nos outros, desconforto com a proximidade, necessidade de aprovação, preocupação com as relações, e posicionamento das relações como secundárias às realizações.

O quadro nº 15 mostra os resultados relativos à sub-escala Relações como secundárias. Não se verificam diferenças significativas entre os grupos.

	Teste de Kruskal-Wallis
Pedir ajuda é admitir que sou falhado	0,745
Valor avaliado pelo que conseguem	0,659
Conseguir coisas mais importante que relações	0,308
Fazer o melhor mais importante que relações	0,136
Fazer trabalho custe o que custar	0,784
Relação outros superficial	0,959
Ocupado com actividades para despender tempo relações	0,105

Quadro nº 15: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Relações como secundárias
 $p < 0,05$ (significativo)

O quadro nº 16 mostra os resultados referentes à sub-escala Necessidade de aprovação. Também nesta sub-escala, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

	Teste de Kruskal-Wallis
Importante outros gostem de mim	0,928
Evitar coisas que outros não gostam	0,085
Difícil tomar decisões outros pensam	0,237
Penso não sou suficientemente bom	0,228
Preocupo não ser capaz de avaliar os outros	0,143
Porque quererão envolver-se comigo	0,643
Quando falo de problemas sinto-me envergonhado	0,105

Quadro nº 16: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Necessidade de aprovação
 $p < 0,05$ (significativo)

O quadro nº 17 mostra os resultados obtidos na sub-escala Desconforto com a proximidade. Tal como nas sub-escalas anteriores, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

	Teste de Kruskal-Wallis
Depender de mim próprio	0,726
Guardar coisas para mim	0,723
Difícil confiar nos outros	0,225
Difícil depender dos outros	0,377

Acho fácil confiar nos outros	0,931
Confortável depender dos outros	0,650
Preocupo pessoas aproximar	0,366
Sentimentos contraditórios	0,176
Quero estar próximo mas tenho dificuldade	0,805
Não incomodo pessoas com meus problemas	0,548

Quadro nº 17: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Desconforto com a proximidade
 $p < 0,05$ (significativo)

O quadro nº 18 mostra os resultados relativos à sub-escala Preocupação com as relações. Existe diferenças estatisticamente significativas num dos itens da sub-escala: “sinto-me à margem”. Neste item, o grupo sem TP obteve uma média superior ao grupo com TP, o que pode indicar sentimentos de mal-estar neste ponto das relações com os outros (quadro nº 19).

	Teste de Kruskal-Wallis
Evitam aproximar tanto quanto gostaria	0,089
Outros não se preocupam como eu me preocupo	0,071
Importante relação próxima	0,327
Preocupo-me bastante com as relações	0,092
Difícil relacionar sem o amor de alguém	0,618
Sinto-me à margem	0,017*
Frustrado quando outros não estão disponíveis	0,867
Outros decepcionam	0,979

Quadro nº 18: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Preocupação com as relações
 $p < 0,05^*$ (significativo)

Item	Touchpoint	Sem Touchpoint
	Média	Média
Sinto-me à margem	23,64	33,36

Quadro nº 19: Médias de cada grupo relativas ao item “sinto-me à margem”

O quadro nº 20 refere-se aos resultados obtidos na sub-escala Confiança em si e nos outros. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em alguns itens da escala: “pessoas perto de mim”, “confiante relacionamentos” e “não conseguir relacionar-me”. O grupo com TP obteve resultados mais elevados nos três itens, relativamente ao grupo sem TP (quadro nº 21); mostra-se mais confiante nas relações e

no apoio dos outros e receia poder não ter capacidade de se relacionar caso não seja gostado por alguém.

	Teste de Kruskal-Wallis
Pessoa de valor	0,487
Fácil de conhecer	0,719
Pessoas perto de mim	0,036*
Fácil aproximar outras	0,835
Confiante relacionamentos	0,039*
Não conseguir relacionar	0,022
Outros dão atenção aos meus problemas	0,337
Outros irão gostar de mim e respeitar	0,578

Quadro nº 20: Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para a sub-escala Confiança em si e nos outros
 $p < 0,05^*$ (significativo)

Item	Touchpoint	Sem Touchpoint
	Média	Média
Pessoas perto de mim	32,77	24,23
Confiante relacionamentos	32,39	24,61
Não conseguir relacionar-me	33,23	23,77

Quadro nº 21: Médias de cada grupo relativas aos itens “pessoas perto de mim”, “confiante relacionamentos” e “não conseguir relacionar-me”

Características da Interação

A interacção das díades foi avaliada através da observação livre na consulta pediátrica, apoiada na Escala de Observação *The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress*. Esta escala avalia cinco aspectos, bidireccionalmente: olhar, vocalização, toque, *holding*, afecto e proximidade. O quadro nº 22 apresenta a média relativa aos cinco aspectos, para cada um dos grupos:

	Touchpoint	Sem Touchpoint
	Média	Média
Criança-Mãe Olhar	26,79	30,21
Criança-Mãe Vocalização	28,96	28,04
Criança-Mãe Toque (a)	29,50	27,50

Criança-Mãe Toque (b)	32,00	25,00
Criança-Mãe Holding	30,04	26,96
Criança-Mãe Afecto	29,89	27,11
Criança-Mãe Proximidade	30,64	26,36
Mãe-Criança Olhar	27,70	29,30
Mãe-Criança Vocalização	23,21	33,79
Mãe-Criança Toque (a)	24,43	32,57
Mãe-Criança Toque (b)	37,00	20,00
Mãe-Criança Holding	29,96	27,04
Mãe-Criança Afecto	33,23	23,77
Mãe-Criança Proximidade	25,66	31,34

Quadro nº 22: Média da frequência dos itens relativos à escala de observação

No que se refere à frequência dos comportamentos observados através da escala de observação, verifica-se que ambos os grupos apresentam resultados semelhantes. Destacam-se os resultados criança-mãe toque (b) (afastamento ou término do contacto pele-pele iniciado), mãe-criança toque (b), mãe-criança afecto, superiores no grupo dos Touchpoints e mãe-criança vocalização, mãe-criança toque (a) (contacto pele-pele, iniciado quer pelos pais, quer pela criança, para brincar ou carinho, não para apoio físico) e mãe-criança proximidade, superiores no grupo sem Touchpoint. Observando os resultados, constata-se que o comportamento toque (b) é superior quer da criança para a mãe, quer da mãe para a criança, sugestivo da existência de contingência, neste comportamento, na interacção nestas díades. As mães do grupo sem TP tendem a vocalizar mais que as mães do grupo TP, a iniciarem mais comportamentos de toque (a) e a terem mais comportamentos de proximidade; as mães do grupo TP tendem a mostrar mais comportamentos de afecto.

Análise do processo interactivo

A análise do comportamento interactivo baseou-se nas situações observadas no contexto da consulta de pediatria, apoiadas na escala de observação e durante a aplicação dos instrumentos. Por vezes, foi possível observar o comportamento dos sujeitos em contexto de sala de espera.

Em seguida (quadro nº 23), apresentam-se os resultados estatísticos relativos ao instrumento utilizado como suporte de observação - a Escala de Observação **The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress** (AIDS Scale, Massie, H., & Campbell, B.). Os grupos diferenciam-se significativamente em relação a alguns dos comportamentos avaliados pela escala:

	Teste de Kruskal-Wallis
Criança-Mãe Olhar	0,396
Criança-Mãe Vocalização	0,813
Criança-Mãe Toque (a)	0,630
Criança-Mãe Toque (b)	0,005 *
Criança-Mãe Holding	0,448
Criança-Mãe Afecto	0,475
Criança-Mãe Proximidade	0,307
Mãe-Criança Olhar	0,642
Mãe-Criança Vocalização	0,008 *
Mãe-Criança Toque (a)	0,039 *
Mãe-Criança Toque (b)	0,000 *
Mãe-Criança Holding	0,481
Mãe-Criança Afecto	0,016 *
Mãe-Criança Proximidade	0,141

Quadro nº 23: Resultados do teste de Kruskal-Wallis para as características da interação

$p < 0,05^*$ (significativo)

Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos itens criança-mãe toque (b), mãe-criança vocalização, mãe-criança toque (a, b) e mãe-criança afecto.

O quadro nº 24 apresenta de forma abreviada os aspectos dominantes de cada uma diades.

ANÁLISE DO PROCESSO INTERACTIVO MÃE-BEBÉ/CRIANÇA

Idade	Criança	Mãe / Pais
1	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Consulta de desenvolvimento por grandes dificuldades ao nível da linguagem; comunica preferencialmente por gestos; ☛ Criança expressiva mas com um contacto reservado, mantém-se junto dos pais, preferencialmente ao colo do pai, mas aceita algumas solicitações de interação; ☛ Procura o contacto e a atenção do adulto através de outros meios que não a linguagem; a interacção é quase sempre mediada por objectos. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Interagem com o filho (p.e., o D. manteve o interesse na construção com cubos, que foi realizando, ao colo do pai, com o incentivo deste); ☛ Compreendem os pedidos do filho, mas sentem que cada vez mais estas dificuldades se estão a tornar um problema
2	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Consulta de desenvolvimento por atraso no desenvolvimento psicomotor; ☛ À entrada, sorri timidamente e refugia-se na mãe; ☛ Permanece quase sempre ao colo da mãe; mostra-se atenta ao que a rodeia; ☛ Adere rapidamente às solicitações (desenhar, brincar); ☛ Mostra grande vontade de interagir com o outro mas revela bastantes hesitações e evitamento de algumas situações, procurando sempre a confirmação e o apoio da mãe. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Revela ser bastante protectora e preocupada; ☛ Ao longo da consulta vai ajudando a filha, tenta motivá-la, mas parece um pouco angustiada face às dificuldades da M.; ☛ Fica mais tranquila com as explicações que lhe são dadas e com a observação das competências da filha.
3	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Consulta de desenvolvimento por atraso global no desenvolvimento; ☛ Criança simpática, com contacto adequado; ☛ Procura estar perto da mãe mas é capaz de ficar afastado (p.e., enquanto a mãe preenche os questionários), interessar-se por brinquedos e brincar na presença de outras crianças (p.e., na sala de espera); ☛ Durante a consulta, aceita as solicitações que lhe são feitas, interage com o adulto, afasta-se e aproxima-se da mãe. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Recorda, emocionada, alguns aspectos do desenvolvimento do filho, as dificuldades e as incertezas acerca do diagnóstico. Actualmente, refere que está mais tranquila e encara o desenvolvimento do R. com mais segurança; ☛ Responde às solicitações do filho, mostra-se atenta ao que ele está a fazer e onde está.
4	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Consulta de desenvolvimento por suspeita de PHDA; ☛ Criança muito irrequieta, grandes dificuldades em permanecer 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ É o pai quem cuida preferencialmente do filho (mãe com problemas psiquiátricos, muito dependente do marido e passiva

	<p>sentado; pouca tolerância à frustração; grandes dificuldades na linguagem (diz poucas palavras, quase todas incompreensíveis);</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Aproxima-se frequentemente do pai, nunca da mãe (excepto quando é pedido que o faça, p.e., ir mostrar alguma coisa à mãe); ☛ Quando lhe é proposta uma actividade e lhe é dada maior atenção, é capaz de permanecer calmo e concentrado na actividade por um período de tempo maior (p.e., com cubos); gosta de abrir e fechar portas e torneiras e mexer na água. 	<p>durante toda a consulta; nunca faz nenhum comentário nem faz qualquer tentativa de interacção com o filho);</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ O pai está sempre atento ao que o filho está a fazer, anda atrás dele, impedindo qualquer acção que este faça, o que desencadeia lutas e birras (p.e., quando quer abrir a porta, ou sair do gabinete).
5	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Consulta de desenvolvimento: Spina Bífida; natural de Cabo Verde, vem regularmente a Portugal para tratamentos no hospital; ☛ Criança de olhar vivo, sorridente; expressa-se mais facilmente por gestos e comportamentos do que pela linguagem; ☛ Permanece sempre ao colo da mãe, mantendo-se atento ao que o rodeia e explorando alguns objectos do gabinete (p.e., tenta alcançar o computador, brinca com os cubos); ☛ É capaz de interagir com o observador, mas sempre junto da mãe; manifesta ansiedade quando tem de se afastar da mãe, procurando-a de imediato (mesmo que a distância seja estar sentado na cadeira ao lado); 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Responde às solicitações do filho; tenta que ele se afaste um pouco; ☛ Descreve-o como uma criança sociável.
6	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Consulta de desenvolvimento por atraso no desenvolvimento psicomotor; ☛ Criança de olhar vivo e expressivo; mantém-se sempre reservada e perto dos pais durante a consulta médica; observação médica: não quer deixar ser observada, nem mesmo com os pais perto dela, é necessário os pais convencerem-na, sem que mais ninguém esteja presente no gabinete; ☛ Apesar de manter sempre um contacto reservado, a R. adere a algumas solicitações do adulto, p.e., desenhar. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Os pais tentam acalmá-la, estão sempre perto dela; ☛ Por vezes, mostram alguma impotência face ao comportamento da filha.
7	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Consulta de desenvolvimento por agitação psicomotora e comportamentos de oposição marcados; ☛ Criança bastante irrequieta, postura desafiante, fraca resistência à 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Face aos comportamentos do filho, a mãe demonstra grande passividade e falta de estratégias para lidar com a situação, alternando entre a permissividade e a interdição total;

	<p>frustração; mostra comportamentos heteroagressivos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Não se expressa por linguagem verbal (poucas palavras, quase todas incompreensíveis); ☛ Não interage com as pessoas presentes, pouco tolerante ao contacto ou às solicitações do adulto; ☛ Ao longo da consulta, vai ficando mais interactivo e mostra-se capaz de iniciar e manter uma actividade em conjunto com o outro (p.e., abrir e fechar a janela). 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Não se verificam movimentos interactivos na idade.
8	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Consulta de desenvolvimento por grave atraso na linguagem; discurso incompreensível; ☛ Criança bastante expressiva, comunica preferencialmente por gestos e pela expressão facial; ☛ Inicialmente, tímido, refugia-se perto da mãe, sorrindo e escondendo-se novamente; não evita o contacto com o observador e vai aderindo às solicitações (p.e., gosta de contar e fica contente quando o faz acompanhado por outra pessoa). 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Preocupação e ansiedade manifesta, emociona-se enquanto preenche os questionários que despertam nela sentimentos tristes e lhe lembram as dificuldades do filho, a pouca compreensão e apoio que sente; ☛ Face às realizações e competências que o M. demonstra ter ao longo da consulta e quando estas lhe são mostradas, sorri e reforça a actividade.
9	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Consulta de desenvolvimento por ligeira descoordenação motora; ☛ Criança muito expressiva, bom desenvolvimento da linguagem; ☛ Contacto indiferenciado, próximo, ávido por contacto e interacção, dificuldade em esperar; sempre a chamar a atenção do adulto; ☛ É capaz de iniciar e manter uma brincadeira, inserindo o outro nessa mesma brincadeira. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Admite que não tem paciência para ensinar o filho e não responde às suas solicitações "É muito chato!" (sic); ☛ Sente-se pouco apoiada, mesmo pelo marido; toma psicofármacos; ☛ Refere que gostava de ter mais filhos.
10	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Consulta de desenvolvimento por atraso no desenvolvimento (devido a hidrocefalia); expressa-se fundamentalmente por gestos; ☛ Aponta para tudo, procura e agarra objectos; ☛ Mantém-se durante algum tempo ao colo do pai, sorri, é capaz de imitar o adulto e não recusa a interacção. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ O pai interage com o filho, respondendo às suas solicitações; ☛ Apesar de empática, a mãe parece menos disponível e interactiva com o filho.
11	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança com desenvolvimento estatoponderal adequado idade; ☛ Traz com ela a chucha e um peluche - a mãe refere que só se aclama quando tem estes dois objectos; 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Compara-a bastante com a irmã ("a irmã (de 3 anos) diz se faz favor, obrigada, ela (2 anos) não"); ☛ Durante a observação médica, a mãe mantém-se perto dela e tenta

	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Durante a consulta fica ao colo da mãe ou de uma vizinha com quem tem uma relação privilegiada; ☛ Chora durante a observação médica; ☛ Atenta a todas as conversas, sorri quando se olha para ela; compreende pequenas ordens e pedidos e já diz bastantes palavras; ☛ É capaz de manter uma brincadeira com o observador ("cu-cu"); ☛ Enquanto a mãe preenche os questionários, brinca com brinquedos da sala de espera, vê livros, mostra e empresta-os ao observador. ☛ Criança com olhar vivo e simpática; entra bem no gabinete médico, perto da mãe; ☛ Interage com a médica, quando solicitada, mas de forma tímida e procurando sempre a proximidade da mãe; este comportamento de grande proximidade vai esbatendo-se ao longo da consulta, sendo capaz de se afastar da mãe e interagir mais de perto com o observador (p.e., enquanto a mãe preenche os questionários, a S. mostra os brinquedos da sala de espera ao observador); brinca a subir e descer cadeiras, a ver livros e a "escrever" neles, mostrando o que fez; ☛ Permanece calma durante a observação médica; a mãe permanece perto dela durante a observação. 	<p>acalmá-la, falando para ela;</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Refere que se sente pouco apoiada pelo marido, nomeadamente nos cuidados às filhas.
12		<ul style="list-style-type: none"> ☛ Responde pontualmente às solicitações da S., fica próximo na observação médica.
13	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Consulta de desenvolvimento, por atraso no desenvolvimento; surdez, aparelhado desde os 2 anos; ☛ Durante a consulta, sempre próximo fisicamente da mãe; tenta iniciar e manter a interação com o adulto; ☛ Acena, sorri, aponta para o que quer e é capaz de puxar um brinquedo pelo fio; ☛ Reage a sons fortes e revela pouca tolerância à frustração; ☛ Reage fortemente à saída da mãe da sala (por breves momentos e continuando no seu campo de visão), com choro, permanecendo sentado na cadeira; acalma-se, lentamente, quando a mãe regressa, tocando e agarrando-se a ela; pouco depois retoma a interação com os 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Compreende as necessidades do filho e a "linguagem" que ele utiliza para se expressar; ☛ Tenta acalmá-lo quando chora, vocalizando e tocando-lhe.

14	<p>observadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Entra bem no gabinete médico, inicialmente refugiando-se nas pernas da mãe; ☛ Ao colo da mãe, permanece atento ao que o rodeia; aponta para os bonecos, vocaliza e aponta para o que quer; ☛ Mantém-se calmo durante a observação médica, interessando-se pelo estetoscópio; ☛ Enquanto a mãe preenche os questionários, o M. bate, por vezes na cabeça da mãe ou puxa-lhe os cabelos - a mãe refere que as "festinhas dele são quase sempre assim!" (sic); ☛ Sempre próximo da mãe, por vezes interage com o observador, permitindo a sua aproximação 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Responde às solicitações do filho, verbalizando o que ele lhe está a dizer e aponta para os bonecos; ☛ Ainda lhe dá de mamar, não sentindo esse facto como problemático.
15	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Inicialmente, está ligeiramente adormecido e vai acordando a pouco e pouco; ☛ Permanece calmo durante a observação médica. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ A mãe fala para ele enquanto o despe para ser observado; ☛ Permanece junto do P. durante a observação, perguntando ao mesmo tempo algumas dúvidas ao pediatra; ☛ Revela algum cansaço no facto de amamentar.
16	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Bebê simpática, atenta ao que a rodeia; ☛ Permanece calma durante a observação médica; ☛ Demonstra bom desenvolvimento psicomotor, dá impulso para gatinhar. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Refere que se sente mais à vontade por não ser o primeiro filho; refere ainda que se relaciona de modo diferente com os gémeos, apesar de ainda não os ver como duas crianças; ☛ Fala para a filha ao mesmo tempo que a despe para ser observada; ☛ Os pais observam, de perto, as competências da filha e sorriem contentes.
17	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Bebê calmo, com desenvolvimento ponderal acima da irmã gémea (16); ☛ Reage à interação e aos estímulos, mexendo-se e sorrindo; ☛ Permanece calmo durante a observação médica; ☛ Chora um pouco no final - o pai acalma-o, aproximando-se e falando para ele. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Os pais mantêm-se atentos e perto do filho durante a observação médica; ☛ O pai interage com ele, fazendo-lhe miminhos, aos quais o M. reage sorrindo e agitando-se na marquesa.
18	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Desenvolvimento estado-ponderal adequado; ☛ Entra bem no gabinete médico, relativamente próximo dos pais; 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Os pais mantêm a proximidade e o contacto físico com o filho; falam para ele; compreendem e respondem aos seus pedidos e

		solicitações.
19	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Sorri para o observador, por vezes, faz tentativas para se aproximar, mas “foge”, sorrindo; ☛ Aponta para os bonecos do gabinete, olha para os pais, dizendo-lhes o que quer; ☛ Durante a observação médica, mantém-se calmo e colaborante, interagindo com o pediatra; manifesta-se negativamente durante a medição do PC. ☛ Bebê atento ao que o rodeia; colaborante e calmo durante a observação médica; ☛ Interage e responde à solicitação materna: sorri e vocaliza para a mãe, mantendo o contacto e a interação durante bastante tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ A mãe mantém-se junto do G., olha e fala para ele (p.e., quando o despe e veste); ☛ A mãe descreve-o como um bebé “muito bom” e os seus filhos como a melhor coisa da vida.
20	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Atento ao que se passa à sua volta; ☛ Durante a observação pediátrica, manteve-se calmo, olhando para o pediatra, para a mãe e para o estetoscópio; ☛ Responde à mãe, vocalizando, sorrindo e agitando-se; ☛ Enquanto a mãe preenchia as escalas, manifestou algum desconforto, chorando e agitando-se; apesar de incomodado, foi capaz de interagir com o observador, p.e., atirar o chapéu para o chão e manifestou contentamento com as cócegas. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ A mãe descreve-o como um bebé que está sempre “com alguma coisa” (desde o nascimento tem recorrido bastantes vezes ao pediatra e ao hospital); ☛ Manteve-se perto do P., falando para ele e também questionando o pediatra sobre algumas dúvidas; ☛ Coloca-lhe a chucha para o acalmar (enquanto preenchia os questionários).
21	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Entra timidamente no gabinete médico, refugiando-se perto da mãe; ☛ Tem um olhar expressivo; mantém um contacto distante e reservado; ☛ Durante a observação sempre muito junto das mãe, em contacto físico extremamente próximo, rejeitando situações onde fosse necessário o afastamento da mãe (p.e., a pesagem); ☛ Enquanto a mãe preenchia as escalas, explorou alguns brinquedos da sala de espera e permitiu a ajuda do observador, mas manteve o contacto distante com este, interagindo de longe; ☛ No final, iniciou o “cu-cu” com o observador; despede-se fazendo adeus. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Revela preocupações relativamente às dificuldades alimentares (acha que come pouco, que é difícil fazê-lo comer); ☛ Manteve-se sempre perto dele, mantendo o contacto físico, falando para o P., tentando acalmá-lo; ☛ Descreve-o como uma criança muito carinhosa, muito próxima dela.

22	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança simpática, com olhar vivo; ☛ Entra bem no gabinete médico, mas mantém a distância com o observador; à medida que a consulta vai decorrendo, permite alguma interação; ☛ Está atento ao que o rodeia e expressa o que pretende por palavras; ☛ Durante a observação médica, permanece calmo e tranquilo; ☛ Enquanto a mãe preenche os questionários, brinca com os brinquedos da sala de espera e, por vezes, vem mostrá-los. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Permanece junto dele, responde às suas solicitações.
23	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança com olhar meigo, com contacto agradável e empático; ☛ Inicialmente tímida, permanece perto dos pais, respondendo monossilabicamente às questões do pediatra, mas enquanto a mãe preenchia os questionários foi capaz de iniciar e manter a interação com o observador, incluindo-o numa brincadeira. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Pais manifestam ansiedade e angústia face ao acontecimento que os traz à consulta; ☛ A mãe manifesta culpa pelo acidente e que o podia ter evitado; descreve a I. como uma "criança meiga, porreiraça... a minha bonequinha!" ☛ Mantém-se perto dela conversando, ao mesmo tempo, com o pediatra.
24	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Bebê sorridente e interativo, responde às solicitações do observador, sorri e esconde a cara, sorri e desvia; olha atento para o que o rodeia; ☛ Mantém-se quase sempre tranquilo e calmo durante a observação médica; ☛ Durante a consulta permanece ao colo da ama; ☛ Explora alguns brinquedos, preferencialmente com a boca, atira ao chão, por vezes vocaliza. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mantém-se junto dele durante a observação, respondendo às suas solicitações, falando e tocando-lhe, por vezes; ☛ Refere que está mais descontraindo pelo facto de não ser o seu primeiro filho.
25	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mantém-se perto da mãe durante toda a consulta, ouvindo atentamente; ☛ Não mostra interesse por qualquer brinquedo do gabinete; ☛ Calmo e tranquilo durante o exame objectivo; ☛ Permite alguma interação com o observador apenas no final. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mantém-se perto do filho; ☛ Ajuda-o a despir e vestir.
26	<ul style="list-style-type: none"> ☛ É uma bebé sorridente, atenta ao que a rodeia, tem algumas vocalizações; responde às interações da mãe, sorrindo, "palrando" e agitando-se ligeiramente; 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mantém-se perto da filha, mantendo algum contacto físico; olha para a filha, sorri, toca-lhe com ternura; ☛ Refere o desejo de ter mais filhos "ser mulher e mãe a tempo

	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Quase sempre tranquila no exame objectivo - apenas algum desconforto na medição do PC. ☛ Criança atenta, observadora, autónoma (veste-se e despede-se sozinho sem ajuda da mãe); contacto adequado e empático; ☛ Mantém-se calmo e tranquilo durante a observação pediátrica; ☛ Enquanto a mãe preenche os questionários, fica na sala de espera a brincar. 	<p>inteiro!".</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Mantém-se perto do filho, falando com ele; ☛ Descreve-o como uma criança muito inteligente.
27	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Agita-se muito, procura muito o contacto físico com a mãe; chama-a a atenção vocalizando, tocando-a; ☛ Mostra alguns sinais de stress no exame médico - chora, agarra-se bastante à mãe; ☛ Interage, pontualmente com o observador; explora alguns objectos; capaz de imitar o adulto. 	<p>☛ Olha e fala para a filha, mantém-se perto dela, tenta acalmá-la durante a observação médica e pega na bebé ao colo.</p>
28	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança com contacto empático e olhar vivo; ☛ Entra bem no gabinete médico e vai logo brincar com os brinquedos que lá se encontram; explora os brinquedos; ☛ Mantém-se calma e tranquila durante a observação médica; ☛ Chama a atenção dos adultos, mostrando-lhes o que está a fazer e interage com o observador. 	<p>☛ É o pai que interage mais com ela, dá-lhe os brinquedos, responde às suas solicitações, enquanto a mãe está mais atenta à pediatra;</p> <p>☛ Os pais estão atentos ao que a filha está a fazer e ficam espantados quando ela canta uma canção, interrogando-se onde terá aprendido.</p>
29	<ul style="list-style-type: none"> ☛ A M. permanece ao colo da mãe durante a consulta; ☛ Bebê atenta, olha para o que a rodeia; tem algumas vocalizações. 	<p>☛ Mantém contacto físico próximo com a filha, envolvendo-a e falando, sempre que possível, para ela.</p>
30	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Entra no gabinete médico refugiado atrás da mãe; vai ficando um pouco mais à vontade durante a consulta; ☛ Explora os brinquedos e pouco a pouco, interage com o observador; ☛ Demonstra grande ansiedade durante a observação médica, chora e é bastante difícil acalmá-lo, mesmo com a intervenção da mãe; ☛ Demonstra um certo cansaço enquanto a mãe preenche os questionários, chamando a mãe para lhe mostrar alguns brinquedos; ☛ Brinca com o observador a esconder um brinquedo. 	<p>☛ Mantém-se perto do filho, respondendo às suas solicitações;</p> <p>☛ Tenta acalmá-lo durante a observação, falando para ele, aproximando-se mais e tocando-lhe, mas é difícil fazer com que se acalme;</p> <p>☛ Refere que só há pouco tempo se sente mais "descontraída" e menos "absorvida" pelos pensamentos no filho; primeiro ano de vida vivido com bastante ansiedade (problemas de saúde do P.).</p>
31	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança de olhar expressivo e alegre, sorri bastante; 	<p>☛ Os pais deixam-na explorar os brinquedos mas mantêm-se atentos;</p>
32		

	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Interessase e explora alguns brinquedos, procurando sempre a aprovação e incentivo dos pais; ☛ Demonstra ansiedade e chora bastante durante a observação médica, acalmando apenas no final. 	<p>☛ Demonstram ansiedade sempre que a H. chora.</p>
33	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Inicialmente envergonhado, vai ficando mais à vontade ao longo da consulta; ☛ Criança atenta e interessada no que a rodeia; ☛ Procura o contacto e a interacção com o observador; ☛ Por vezes, procura o colo dos pais; chama a atenção dos pais para o que está a fazer ou simplesmente para interagir; ☛ Durante a observação médica, chora bastante, acalmando quando esta acaba. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Os pais estão atentos ao que o filho está a fazer, interagem e respondem às suas solicitações, ao mesmo tempo dão-lhe espaço para explorar o que o rodeia; ☛ A mãe revela bastante ansiedade quando o M. chora durante a observação médica, tentando acalmá-lo, falando para ele e aproximando-se mais; o pai mantém-se mais calmo.
34	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança de olha expressivo e alegre; entra no gabinete médico um pouco envergonhado; ☛ Explora os brinquedos mas procura sempre o contacto próximo a mãe; ☛ Revela grande ansiedade durante a observação médica, chora e é bastante difícil acalmá-lo; ☛ Na sala de espera, procura o contacto e a interacção com outras crianças, afasta-se um pouco da mãe, regressando pouco depois. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mantém a proximidade com o filho, mas permite-lhe a exploração do espaço.
35	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Permanece ao colo da mãe a maior parte da consulta, sonolento, abre de vez em quando os olhos, olhando à volta; ☛ Responde a estímulos auditivos, virando a cabeça e a estímulo visuais; no final da observação pediátrica, manifesta desagrado, chora e é bastante difícil acalmá-lo (coincide com a hora da mamada). 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Olha bastante, com ternura, para o seu filho; descreve-o como um bebé muito calmo “dorme e come muito bem”; ☛ Refere que já sabe distinguir os choros do filho (fome, dor, birra...).
36	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança bem disposta, expressiva e simpática; ☛ Entra no gabinete médico ao colo da mãe mas rapidamente para o chão, explorando o espaço; pega em alguns brinquedos, mostra aos adultos; ☛ Manifesta grande ansiedade durante a observação pediátrica, 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Responde às solicitações do filho e fala para ele; ☛ Durante a observação pediátrica, tenta acalmá-lo, aproximando-se e falando mais para dele; mantém alguma calma nesta situação.

	<p>chorando intensamente;</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Revela alguma ansiedade quando o observador pega nele, apesar da grande proximidade da mãe; fica mais calmo quando se mostra um objecto, mas procura sempre o contacto físico próximo com a mãe. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mantém-se atenta ao que o filho está a fazer, mas deixa-o explorar; ☛ Responde às suas solicitações, mas parece não ceder a todos os pedidos; ☛ Apesar de manter uma certa calma quando o F. começou a birra, revela algum desconforto com a situação.
37	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Observo o F. antes da consulta na sala de espera: explora activamente os brinquedos e procura, igualmente, a resposta do outro; parece gostar dos efeitos que produz sobre os objectos (p.e., sons); ☛ Durante a consulta, mantém o mesmo registo de exploração e interacção com o outro, mas revela pouca resistência à frustração e chora. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mantém-se atenta à filha, mas deixa-a explorar o espaço.
38	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança com contacto adequado e empático; ☛ Explora os brinquedos activamente, permanecendo interessada numa actividade durante bastante tempo; ☛ É capaz de iniciar e manter a interacção com o observador. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mantém-se atenta à filha, mas deixa-a explorar o espaço.
39	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança com contacto adequado e empático; ☛ Explora alguns brinquedos e interage com o observador. 	
40	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança com olhar expressivo e vivo; contacto adequado e empático; ☛ Interage com o observador, iniciando uma brincadeira, permanecendo grande parte do tempo perto da mãe. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ A mãe mantém-se atenta ao que o filho está a fazer, falando pontualmente para ele.
41	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança simpática, com contacto adequado e empático; ☛ Inicia e mantém a interacção com o outro, mesmo com o observador. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Os pais interagem com a filha durante a consulta, respondem às suas solicitações e incentivam-na a explorar os objectos; ☛ Sentem-se orgulhosos com as aquisições da filha.
42	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança curiosa e atenta, entra envergonhada no gabinete médico, apertando contra si uma bola e procurando a protecção dos pais; ☛ Permanece grande parte da consulta perto dos pais ou ao colo da mãe e daí observa tudo o que se passa à sua volta; ☛ Deixa-se observar tranquilamente mas apenas enquanto está ao colo da mãe; quando se torna necessário que se afaste um pouco da mãe (p.e. para ser pesado), manifesta grande angústia e chora intensamente e é bastante difícil acalmá-lo; 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Os pais interagem com o filho durante a consulta e deixam-no explorar o espaço à volta; ☛ Tentam acalmá-lo, falando e aproximando-se mais dele.

	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Não evita a interacção com o observador, mas fá-lo à distância, procurando a protecção dos pais. ☛ Bebé bem disposto, sorridente, com um olhar muito expressivo; ☛ Olha atentamente e observa tudo à sua volta, pessoas e objectos; ☛ Tenta agarrar objectos, leva-os à boca e, por vezes, procura o contacto físico com os outros; ☛ Sorri e responde às solicitações de interacção. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mostra-se muito atenta ao filho, permanece junto dele, fala pontualmente para o filho; ☛ Revela alguma ansiedade relativamente à alimentação do filho.
43	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Sorri e responde às solicitações de interacção. ☛ Bebé com olhar expressivo, sorridente e atenta ao que a rodeia; ☛ Permanece ao colo do pai durante a consulta; ☛ Deixa-se observar tranquilamente, continuando interessada pelo que a rodeia. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Os pais permanecem perto dela, olham e falam para a filha; ☛ O pai mantém maior contacto físico com a M. e manifesta grande ternura pela filha; ☛ Ambos falam nas aquisições e descobertas que, tanto eles como a M. têm feito ao longo destes meses; ☛ A mãe revela algumas angústias relacionadas com o nascimento e adaptação à nova vida.
44	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Bebé simpático, sorridente e observador; ☛ Mantém-se tranquilo durante a observação pediátrica, continuando interessado pelo que o rodeia. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Os pais permanecem junto dele durante a consulta, interagem, olham e falam para o filho; ☛ Revelam uma grande alegria nesta nova condição de pais, referindo que cada dia há alguma coisa nova, aprendizagens e descobertas, suas e do bebé.
45	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança simpática, com contacto adequado e empático; entra um pouco desconfiado no gabinete médico, mas ao longo da consulta vai ficando mais interactivo, mesmo com o observador e é capaz de iniciar uma brincadeira com ele; ☛ Interage bem com o adulto, mantém e procura esta interacção, mas procura sempre a "base segura" dos pais. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Interagem com o filho, falam e olham para ele; ☛ Referem que estão mais calmos no papel de pais porque o A. não é o primeiro filho; ☛ Enquanto a mãe preenchia os questionários, o pai brinca com o filho.
46	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança com contacto adequado e empático; ☛ Na sala de espera, faz movimentos de exploração para longe dos pais, mas recua e procura a proximidade com eles novamente; interage ao longe com o observador; ☛ Durante a consulta, deixa-se observar tranquilamente; permanece 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Os pais mantêm-se atentos às solicitações da filha e ao que ela está a fazer; brincam um pouco com ela.

	<p>algum tempo ao colo da mãe, sendo mais interactiva; ao longo da consulta, vai para o chão e aproxima-se do observador e inicia uma brincadeira.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança sorridente e expressiva; entra bem no gabinete médico, mas perto dos pais; ☛ Interage, por vezes, com o observador, inicialmente perto dos pais, depois mais longe destes; ☛ Brinca com alguns brinquedos (cubos) e explora o ambiente à sua volta; ☛ Mantém-se tranquila durante a observação médica, manifestando apenas algum desconforto na medição do PC. 	<p>☛ Os pais mantêm-se perto dela, falam e olham para a M.</p>
48	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Bebê prematura; actualmente com bom desenvolvimento; ☛ Durante a consulta, permanece ao colo dos pais, olha para o que a rodeia; tenta agarrar em alguns objectos, quando estão próximos, mas prefere o contacto com o outro; ☛ Mantém-se tranquila durante a observação médica, observando os movimentos do pediatra. 	<p>☛ Os pais mantêm o contacto e proximidade física com a filha; interagem, falam e olham para ela;</p> <p>☛ Actualmente, referem que estão mais calmos relativamente ao desenvolvimento da M.</p>
49	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Bebê prematuro; actualmente com bom desenvolvimento; ☛ Durante algum tempo, permanece deitado no carrinho, passando depois para o colo dos pais; ☛ Mantém-se calmo e tranquilo durante a observação médica. 	<p>☛ Os pais mantêm-se perto dele, olham e falam para o filho;</p> <p>☛ Revelam que estão, agora, mais calmos em relação ao desenvolvimento do J. e estão “deliciados” com o seu bebé.</p>
50	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Bebê com olhar expressivo, atenta ao que a rodeia; ☛ Permanece ao colo dos pais, mesmo durante a observação pediátrica, a qual decorre de forma tranquila. 	<p>☛ Os pais mantêm-se atentos e interagem com a pequena M., olham e falam para ela, mantêm a proximidade física;</p> <p>☛ Mostram-se “enternecidos” com a sua filha.</p>
51	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Permanece ao colo dos pais ou no carrinho, durante a consulta; ☛ Na observação pediátrica, foi realizada a NBAS (Neonatal Behavior Assessment Scale, de T.B.Brazelton e col.); a R. revelou ser uma bebé com muito boas competências. 	<p>☛ Os pais estão a aprender a “lidar” com a sua nova condição de pais e com a sua filha; mostram grande sintonia com a sua bebé;</p> <p>☛ Mostram grande alegria e orgulho nas competências que observam (durante a realização da NBAS).</p>
52	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Bebê simpática e sorridente; presta atenção aos sons, tenta virar a cabeça para o estímulo; balbucia, agita as pernas; 	<p>☛ A mãe mantém-se perto da filha, olha e fala para ela, p.e., enquanto a despe e veste e durante a observação, mostrando-se muito</p>
53		

54	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Mantém-se tranquila durante a observação médica. ☛ Durante a consulta, permanece no carrinho ou ao colo dos pais; ☛ Mantém-se tranquilo durante a observação médica. 	carinhosa.
55	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança simpática, olhar expressivo, contacto adequado e empático; ☛ Explora o ambiente à sua volta, por vezes, interage com o observador, mas procura logo de novo a proximidade com a mãe; ☛ Mantém-se calmo durante a observação médica, manifestando apenas alguma angústia na medição do PC. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Sendo o primeiro filho do casal, tido é novidade e descoberta para os pais; ☛ Mostram-se muito atentos e orgulhosos, enamorados com o filho, ainda mais depois de observarem a realização da NBAS. ☛ A mãe permanece junto dele durante a consulta, mantendo a proximidade, mas deixa-o explorar o ambiente; fala para o V. durante a observação.
56	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Criança com contacto adequado, simpática e expressiva; fica à entrada do gabinete médico, observando as pessoas que lá estão; ☛ Explora activamente os brinquedos, mostra à mãe e, mais tarde, primeiro ao longe, depois mais perto, integra o observador na brincadeira; ☛ Mantém-se calmo durante a observação médica, manifestando apenas alguma angústia na medição do PC. 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Interage e responde às solicitações da filha; ☛ Refere que se sente mais confiante e com muito menos dúvidas quanto ao desenvolvimento da B. uma vez que não é a primeira filha.

Quadro nº 24: Análise do processo interactivo mãe-bebé/criança

Relativamente às características observadas, verificou-se alguma semelhança entre os comportamentos interactivos das mães, nomeadamente no que respeita à atenção e “enamoração” com os filhos. De outra forma, os dois grupos (com e sem TP) não manifestaram comportamentos dispares na interacção.

Com excepção de 11 crianças da amostra (todas do grupo TP), seguidas em consulta de desenvolvimento e que manifestavam algumas dificuldades numa ou noutra área do seu desenvolvimento - o que por si só implica uma reorganização parental diferente e um estilo interactivo diferente -, todas as outras crianças não revelaram qualquer perturbação. Assim, uns mais que outros, estas crianças revelaram-se parceiros interactivos muito diferentes entre si o que suscitava, por si só, reacções diferentes das mães. Em contraste com as restantes díades, verificaram-se algumas dificuldades e características particulares nas díades 4 e 7 (ver quadro nº 24) - a interacção foi muito pobre, não se verificou a existência de prazer ou sintonia na interacção, de parte a parte. Estes aspectos poderão estar relacionados quer com as características da criança quer com as características da própria mãe, sendo que ambas as mães revelaram sintomas de perturbação psicológica. Nas restantes díades, com as diferenças características da idade e do desenvolvimento de cada criança (mais predispostos para a exploração dos brinquedos, mais à vontade perto de estranhos), todas se caracterizaram por grande harmonia e evidenciavam grande prazer e disponibilidade para a interacção.

Como já foi referido, não se verificaram, grosso modo, diferenças significativas na interacção estabelecida entre as díades, mesmo nas díades dos bebés nascidos prematuramente ou de crianças com algum tipo de atraso no desenvolvimento. No entanto, parece importante salientar alguns pontos importantes referidos por alguns autores.

No que respeita às características particulares dos bebés nascidos prematuramente e às implicações que essas características têm para o processo de adaptação, segundo Als, Lester, Tronick e Brazelton (1982, in Pimentel, 1997), os pais estão biologicamente programados para ter um bebé normal, de termo. No caso do

nascimento de um bebé prematuro, torna-se necessário "lidar com dois sub-sistemas prematuros... que podem apresentar padrões de comportamento distorcidos" (Als, Lester Tronick & Brazelton, p. 56). Com efeito, para além de um bebé com uma organização tão frágil, os próprios pais estão num estado prematuro de desenvolvimento para o nascimento do bebé e experimentam o luto do bebé normal que esperavam, o que pode atrasar a adequação dos seus mecanismos parentais. O processo de adaptação depende também das expectativas e percepções maternas relativamente ao desenvolvimento.

O trabalho de vários autores sobre famílias de crianças com deficiência mostra que "... o ajustamento e funcionamento da família estavam relacionados não só com a severidade do atraso e grau de inadaptação do comportamento, mas com características demográficas da família, o seu clima psicossocial (por ex. coesão familiar, expressividade e harmonia) e tipos específicos de comportamento parental em relação aos seus filhos deficientes. Para além disso, o impacto percebido estava relacionado com a desarmonia conjugal e conflitos familiares não relacionados com a criança com deficiência (...) Os sentimentos dos pais (...) estavam relacionados com a falta de competência adaptativa dos seus filhos e esta, por sua vez, estava relacionada com a capacidade demonstrada pelos pais para enfrentar o problema da deficiência mental" (Crnic, Friedrich & Greenberg, 1983, p. 132, cit. in Pimentel, 1997). O estilo interactivo nas famílias com crianças com deficiência parece ser influenciado por três factores: características da criança (diagnóstico, idade nível de desenvolvimento e temperamento), características da família (nível educativo e estatuto sócio-económico) e factores extrafamiliares (Dunst & Trivette, 1988, in Pimentel, 1997). Os novos modelos teóricos da adaptação familiar identificam como seus determinantes principais: características do acontecimento de stress; recursos internos e externos disponíveis para fazer face à situação de stress; significado atribuído pela família a esse acontecimento; interacções no âmbito dos vários contextos ecológicos da família.

Conclusão sobre a análise da interacção

Apesar das semelhanças entre elas, há que realçar a diversidade das díades, no que respeita à individualidade do seu processo interactivo. Com efeito se não há bebés e crianças nem mães iguais, os processos interactivos que entre ambos se estabelecem são, também, obrigatoriamente diferentes. Estes dependem de muitos factores, internos e externos e que não podem ser definidos e caracterizados apenas numa observação.

O tipo de análise realizada, a opção por determinado tipo de dimensões do comportamento interactivo, bem como a escala de observação utilizada poderá, de certa forma, explicar os resultados obtidos. De facto, não podemos, apenas com base na análise das características interactivas, encontrar padrões que permitam agrupar as díades em função do tipo de modelo de consulta; pelo contrário, verificaram-se semelhanças nos dois grupos e as diferenças poderão estar mais relacionadas, por um lado, com as características, representações e estilos individuais maternos e, por outro, com as características da criança.

Caracterização materna do filho, comportamentos maternos face a alterações na saúde do filho e modo de lidar com a situação de doença

O quadro nº 25 apresenta os resultados obtidos na resposta à questão (questionário aberto) “Como descreve o seu filho/a?”:

	Com TP	Sem TP
Caracterização do filho		
Tranquilo	12	13
Irrequieto	6	6
Irritável	1	1
Difícil de acalmar	1	0
Dependente	2	3
Autónomo	6	7
Sociável	16	15
Introvertido	0	1

Outro: Teimoso		x
Sonhador		x
Inteligente		2x
Sensível		x
“Um querido”		
Carente de atenção	x	
Extrovertido	X	

Quadro nº 25: Características dos filhos na opinião das mães

No que respeita à caracterização dos filhos, em ambos os grupos verifica-se um predomínio do "Sociável" (16, 15, respectivamente com e sem TP), seguido da caracterização "Tranquilo" (12, 13, respectivamente).

O quadro nº 26 refere-se ao comportamento materno descrito face a situações de alteração na saúde do filho ("Como caracteriza o seu comportamento, de um modo geral, face a alterações na saúde do seu filho/a?):

Comportamento face alterações na saúde filho	Com TP	Sem TP
Ansioso	7	8
Angustiado	8	3
Em pânico	0	0
Relaxado	0	1
Tranquilo (apoio médico disponível)	10	11
Despreocupado	0	0
Outro: Preocupada	X	

Quadro nº 26: Comportamento materno face a alterações na saúde do filho

Verifica-se que a maioria das mães, em ambos os grupos, tem um comportamento descrito como "Tranquilo" face a alterações na saúde do filho (10, 11), seguido do comportamento "Ansioso" (7, 8).

O quadro nº 27 mostra a forma como, de um modo geral, as mães lidam com a situação de doença do filho (Como lida com a situação (de doença), de um modo geral?):

Como lida com a situação de doença	Com TP	Sem TP
Vai às urgências	5	6
Aguarda e fala com o pediatra	13	13
Automedico	4	3
Outro: Familiares		x
Telefonar pediatra		x
Aguarda para ver a evolução		x
Catus	x	
Amigos	x	
Linha de apoio	x	

Quadro nº 27: Forma de lidar com a situação de doença do filho

Quanto ao modo como lidam com a situação, a maioria das respostas em ambos os grupos situa-se no "Aguarda e fala com o pediatra" (13, 13), seguida de "Vai às urgências" (5,6).

Análise dos grupos

Relativamente à caracterização que as mães fazem dos seus filhos, verificou-se que em ambos os grupos as mães parecem ter um sentimento de enamoramento e encantamento com os seus filhos, descrevendo-os como crianças Sociáveis e Tranquilas. Nenhuma das mães mencionou características depreciativas em relação aos filhos, o que parece favorecer, nesta amostra, as interações estabelecidas entre ambos. Mesmo as mães que descreveram o seu filho como "Irrequieto" não transpareceram sentimentos de mal-estar ou cansaço extremo, inviabilizadores de uma interação saudável e promotora do desenvolvimento.

Quanto ao comportamento materno face a alterações na saúde dos filhos, ambos os grupos mostraram adoptar uma atitude tranquila e de recurso ao pediatra. É evidente que uma situação de doença (ou alteração da saúde) no filho provoca nos pais ansiedade e angústia, referida por algumas mães da amostra. No entanto, parecem ter uma maior capacidade de reagir de forma positiva e tranquila à situação, sem se deixarem invadir pelos sentimentos de receio que a situação provoca, ajudando de forma adequada os seus filhos. Esta tranquilidade parece estar relacionada com a disponibilidade sentida pelos pais em relação ao pediatra (disponibilização de

telemóvel, poder ligar para o consultório e colocar dúvidas). Da mesma forma, tendem a aguardar uma consulta com o pediatra, evitando idas desnecessárias às urgências desnecessárias (praticamente todas as mães da amostra referem idas esporádicas às urgências hospitalares, recorrendo a estas só em casos extremos, manifestando suporte do pediatra).

Relação entre as variáveis do estudo

1. Relação entre a Representação da Parentalidade e os Estilos de Vinculação

Foram analisadas as relações entre as variáveis representação da parentalidade e estilos de vinculação, utilizando-se o Coeficiente de Pearson. A cada variável estão associadas sub-escalas, respectivamente 3 (representação da parentalidade: avaliação, centralidade e mudanças na vida) e 5 (estilos de vinculação: relações como secundárias, necessidade de aprovação, desconforto com a proximidade, preocupação com as relações e confiança em si e nos outros), associadas aos instrumentos utilizados para avaliar cada uma das variáveis.

Pela análise dos resultados (ver quadros em anexo), não se verificam diferenças significativas entre a representação da parentalidade e os estilos de vinculação (todos os valores de p são superiores a 0,05), ou seja, não parece existir uma correlação estatisticamente significativa entre a representação da parentalidade e os estilos de vinculação entre os dois grupos da amostra.

2. Relação entre a Observação da Interação e: as Representação da Parentalidade e os Estilos de Vinculação

A análise das relações entre a variável interação e as variáveis representação da parentalidade e estilos de vinculação, através do coeficiente de Pearson, não revelou a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis (todos os valores de p são superiores a 0,05), ou seja, não parece existir uma correlação entre o modo de interação das díades e a representação da parentalidade e o estilo de vinculação maternos, nos dois grupos da amostra (ver quadros em anexo).

3. Relação entre a Representação da Parentalidade e as variáveis Primeiro Filho, Filho Único e Grupo Sócio-económico

Para analisar possíveis relações entre estas variáveis, foi utilizado o teste estatístico de Kruskal-Wallis. As variáveis Primeiro Filho, Filho Único e Grupo Sócio-económico foram retiradas da escala de observação (ver em anexo, última página da escala). Os resultados totais encontram-se em anexo, pelo que aqui apenas serão apresentados os valores dos itens estatisticamente significativos.

Item	Variável "filho único"	Média	Teste de Kruskal- Wallis
Gosta da interacção	S	25,05	0,037*
	N	32,43	
Consegue dizer o que o bebé precisa	S	23,71	0,004*
	N	35,91	

Quadro nº 28: Resultados do teste de Kruskal-Wallis representação da parentalidade vs filho único
 $p < 0,05^*$ (significativo)

Pela análise dos resultados obtidos (quadro nº 28), verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em dois dos itens relativos à representação da parentalidade: "gosta da interacção" e "consegue dizer o que o bebé precisa" e a variável "filho único". Constatou-se que, o grupo "filho único" obteve uma média inferior ao grupo "não filho único", em ambos os itens.

O quadro nº 29 mostra os resultados relativos à análise da relação entre a representação da parentalidade e a variável "primeiro filho".

Item	Variável "primeiro filho"	Média	Teste de Kruskal-Wallis
Gosta da interacção	S	23,64	0,002*
	N	34,61	
Consegue dizer o que o bebé	S	22,81	0,001*

precisa	N	37,08	
Bebé parecido consigo	S	32,23	0,009
	N	20,60	
Expectativas correspondem	S	23,71	0,014*
	N	33,95	
Sintonia com o bebé	S	25,07	0,052**
	N	33,13	
Vida familiar mudou	S	24,84	0,050**
	N	33,53	

Quadro nº 29: Resultados do teste de Kruskal-Wallis representação da parentalidade vs 1ºfilho; $p < 0,05^*$ (significativo); ****** marginalmente significativo

○ grupo “primeiro filho” obteve médias inferiores ao grupo “não primeiro filho” em todos os itens onde foi encontrada uma relação estatisticamente significativa: “gosta da interacção”, “consegue dizer o que o bebé precisa”, “expectativas correspondem”, “sintonia com o bebé” e “vida familiar mudou”, com excepção do item “bebé parecido consigo”, onde o grupo “primeiro filho” obteve uma média superior. Os resultados obtidos nos itens “gosta da interacção”, “consegue dizer o que o bebé precisa” vão na mesma direcção dos resultados anteriores (relação com “filho único”): as mães com mais de um filho, ou no caso da criança observada não ter sido o primeiro filho, relatam maior gosto na interacção e melhor leitura das necessidades do filho.

○ quadro nº 30 mostra os resultados relativos à análise da relação entre a representação da parentalidade e a variável “grupo sócio-económico”. Pela análise dos resultados, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos itens “não pensar no bebé”, “cuidados preenchem o pensamento”, “pensar no bebé fora”, “deixar bebé com companheiro”, “pensa que conhece o bebé” e “deixar com outra pessoa”.

Item	Variável "socio-económico"	Média	Teste de Kruskal-Wallis
Não pensar no bebé	Baixo	7,00	0,046*
	Médio Baixo	37,50	
	Médio	30,78	
	Médio Alto	23,21	
	Alto	33,75	
Cuidados preenchem o pensamento	Baixo	29,50	0,002*
	Médio Baixo	35,50	
	Médio	36,89	
	Médio Alto	18,65	
	Alto	25,38	
Pensa no bebé fora	Baixo	31,75	0,006*
	Médio Baixo	39,50	
	Médio	32,00	
	Médio Alto	18,50	
	Alto	32,25	
Deixar bebé com companheiro	Baixo	33,25	0,027*
	Médio Baixo	35,25	
	Médio	33,61	
	Médio Alto	22,75	
	Alto	14,00	
Pensa que conhece o bebé	Baixo	6,00	0,044*
	Médio Baixo	34,00	
	Médio	33,06	
	Médio Alto	24,25	
	Alto	23,00	
Deixar com outra pessoa	Baixo	49,00	0,009*
	Médio Baixo	39,17	
	Médio	30,53	
	Médio Alto	20,48	
	Alto	21,88	

Quadro nº 30: Resultados do teste de Kruskal-Wallis representação da parentalidade vs grupo sócio-económico
 $p < 0,05^*$ (significativo)

Com excepção dos itens "cuidados preenchem o pensamento" (grupo sócio-económico médio com resultado mais elevado, 36,89) e "deixar com outra pessoa" (grupo sócio-económico baixo com resultado mais elevado 49,00), o grupo sócio-económico médio baixo obteve médias mais elevadas em relação aos outros grupos.

4. Relação entre o Estilo de Vinculação e as variáveis Primeiro Filho, Filho Único e Grupo Sócio-económico

A análise de possíveis relações entre estas variáveis foi realizada recorrendo ao mesmo teste estatístico do ponto anterior - Kruskal-Wallis - e as variáveis retiradas da escala de observação. De igual modo, apenas serão apresentados neste ponto os valores dos itens estatisticamente significativos (ver resultados globais em anexo).

O quadro nº 31 mostra os resultados relativos à análise da relação entre o estilo de vinculação e a variável “filho único”. Pela análise dos resultados, verificou-se que existem diferenças significativas nos itens “pedir ajuda á admitir que sou falhado”, “fazer o melhor mais importante que as relações”, “sinto-me à margem” e “não incomodo pessoas com meus problemas”.

Item	Variável “filho único”	Média	Teste de Kruskal-Wallis
Pedir ajuda é admitir que sou falhado	S	32,09	0,028*
	N	22,95	
Fazer o melhor mais importante que as relações	S	24,18	0,015*
	N	33,73	
Sinto-me à margem	S	25,06	0,035*
	N	33,82	
Não incomodo pessoas com os meus problemas	S	25,41	0,058**
	N	33,27	

Quadro nº 31: Resultados do teste de Kruskal-Wallis estilos de vinculação vs filho único

p<0,05* (significativo); ** marginalmente significativo

Verifica-se que o grupo “não filho único” obteve resultados superiores em todos os itens, com excepção do item “pedir ajuda é admitir que sou falhado”, onde o grupo “filho único” obteve um resultado superior (32,09). No grupo “não filho único” as relações parecem ser vistas como secundárias e parece não existir disponibilidade para falar de eventuais problemas.

Item	Variável "primeiro filho"	Média	Teste de Kruskal- Wallis
Pedir ajuda é admitir que sou falhado	S	30,87	0,060**
	N	22,98	
Fazer o melhor mais importante que as relações	S	23,78	0,010*
	N	33,83	
Evitar coisas que os outros não gostam	S	24,99	0,049*
	N	33,28	

Quadro nº 32: Resultados do teste de Kruskal-Wallis estilos de vinculação vs primeiro filho

p<0,05* (significativo); ** marginalmente significativo

O quadro nº 32 mostra os resultados relativos à análise da relação entre o estilo de vinculação e a variável "primeiro filho". Pela análise dos resultados, verificou-se que existem diferenças significativas nos itens "pedir ajuda é admitir que sou falhado", "fazer o melhor mais importante que as relações" e "evitar (fazer) coisas que os outros não gostam".

Os resultados obtidos vão no mesmo sentido da relação anterior nos itens "pedir ajuda é admitir que sou falhado" e "fazer o melhor mais importante que as relações" (resultado mais elevado para o grupo "filho único" no primeiro item e mais elevado para o grupo "não filho único" no segundo item). O grupo "não filho único" obteve resultados superiores no item "evitar coisas que os outros não gostam" (33,28).

O quadro nº 33 mostra os resultados relativos à análise da relação entre o estilo de vinculação e a variável "grupo sócio-económico". Pela análise dos resultados, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas no item "quando falo de problemas sinto-me envergonhado".

Item	Variável "sócio-económico"	Média	Teste de Kruskal-Wallis
Quando falo de problemas sinto-me envergonhado	Baixo	32,50	0,049*
	Médio Baixo	42,33	
	Médio	22,00	
	Médio Alto	26,75	
	Alto	32,00	

Quadro nº 33: Resultados do teste de Kruskal-Wallis estilos de vinculação vs grupo sócio-económico
 $p < 0,05^*$ (significativo)

Pela análise do quadro, verifica-se que o grupo sócio-económico médio baixo foi aquele que obteve o resultado mais elevado (42,33). Parece que os sujeitos deste grupo sentem pouco à vontade para falar nos seus problemas.

5. Relação entre a Interação e as variáveis Primeiro Filho, Filho Único e Grupo Sócio-económico

Tal como para as análises anteriores, também nesta se recorreu ao teste estatístico Kruskal-Wallis e as variáveis foram igualmente retiradas da escala de observação. De igual modo, apenas serão apresentados neste ponto os valores dos itens estatisticamente significativos (ver resultados globais em anexo).

O quadro nº 34 mostra os resultados relativos à análise da relação entre a interação e a variável "filho único". Pela análise dos resultados, verificou-se que existem diferenças significativas nos itens "mãe-criança toque (b)" e "mãe-criança afecto".

Item	Variável "filho único"	Média	Teste de Kruskal-Wallis
Mãe-Criança Toque (b)	S	32,93	0,002*
	N	21,66	
Mãe-Criança Afecto	S	31,84	0,034*
	N	23,34	

Quadro nº 34: Resultados do teste de Kruskal-Wallis interação vs filho único
 $p < 0,05^*$ (significativo)

Os resultados mostram que o grupo “filho único” obteve resultados superiores nos dois itens, em relação ao grupo “não filho único”. As mães do grupo “filho único” mostraram mais comportamentos de afastamento ou término do contacto pele-pele iniciado e mais comportamentos de afectos para com os seus filhos.

O quadro nº 35 mostra os resultados relativos à análise da relação entre a interacção e a variável “primeiro filho”. Pela análise dos resultados, verificou-se que existem diferenças significativas no item “mãe-criança toque (b)”.

Item	Variável “filho único”	Média	Teste de Kruskal-Wallis
Mãe-Criança Toque (b)	S	31,60	0,007*
	N	21,70	

Quadro nº 35: Resultados do teste de Kruskal-Wallis interacção vs primeiro filho $p < 0,05^*$ (significativo)

Os resultados do quadro mostram que o grupo “filho único” obteve o resultado maior (31,60) em relação ao grupo “não filho único” (21,70); este resultado vai no mesmo sentido da relação anterior, ou seja, as mães do grupo “filho único” mostraram mais comportamentos de afastamento ou término do contacto pele-pele iniciado para com os seus filhos.

O quadro nº 36 mostra os resultados relativos à análise da relação entre a interacção e a variável “grupo sócio-económico”. Pela análise dos resultados, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos itens “criança-mãe toque (b)”, “mãe-criança vocalização”, “mãe-criança toque (a)”, “mãe-criança toque (b)” e “mãe-criança afecto”.

Item	Variável “sócio-económico”	Média	Teste de Kruskal-Wallis
Criança-Mãe Toque (b)	Baixo	17,25	0,007*
	Médio Baixo	17,25	
	Médio	26,61	
	Médio Alto	31,00	
	Alto	31,00	

Mãe-Criança Vocalização	Baixo Médio Baixo Médio Médio Alto Alto	12,50 21,58 31,56 23,83 47,63	0,008*
Mãe-Criança Toque (a)	Baixo Médio Baixo Médio Médio Alto Alto	9,00 24,00 31,83 24,50 40,50	0,042*
Mãe-Criança Toque (b)	Baixo Médio Baixo Médio Médio Alto Alto	23,75 11,58 28,14 32,56 20,00	0,005*
Mãe-Criança Afecto	Baixo Médio Baixo Médio Médio Alto Alto	14,50 16,58 28,81 32,96 11,75	0,007*

Quadro nº 36: Resultados do teste de Kruskal-Wallis interacção vs grupo sócio-económico
 $p < 0,05^*$ (significativo)

Constata-se que as crianças dos grupos socio-económicos médio alto e alto iniciaram mais comportamentos de contacto pele-pele (para brincar ou carinho, não para apoio físico) para com as suas mães (31,00; 31,00); as mães do grupo sócio-económico alto apresentaram mais vocalizações (47,63) e comportamentos de contacto pele-pele (para brincar ou carinho, não para apoio físico) (40,50); as mães dos grupos sócio-económicos médio e médio alto apresentaram mais comportamentos de afastamento ou término do contacto pele-pele iniciado para com os seus filhos (coincidente com o resultado criança-mãe toque b no que se refere ao grupo médio alto) (28,14; 32,56); e as mães do grupo sócio-económico médio alto apresentaram mais comportamentos de afecto para com os seus filhos (32,96).

CAPÍTULO 2

Discussão dos Resultados

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste trabalho, pretendeu-se investigar, por um lado, se existiam diferenças na interação entre mãe e filho consoante o modelo utilizado pelo pediatra na consulta e, por outro, se as representações da parentalidade e os estilos de vinculação maternos se reflectiam, de alguma forma, no tipo de interação estabelecida com os filhos, tendo em conta o modelo da consulta pediátrica (com e sem TP).

A discussão dos resultados está organizada em cinco pontos: **discussão das representações maternas da parentalidade; discussão dos estilos de vinculação maternos; características da interação; relação entre as variáveis; e reflexão sobre a hipótese 4** (O Modelo TP favorece a partilha de dúvidas sobre a parentalidade e o desenvolvimento infantil, transmitindo segurança na relação pais-criança).

1. REPRESENTAÇÕES MATERNAS DA PARENTALIDADE

A análise das representações maternas da parentalidade (objectivo 2) foi realizada com base nas respostas ao questionário “Como é ser pai de um bebé”, estando em foco três dimensões: avaliação, centralidade e mudanças na família.

Estatisticamente, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, nas três dimensões analisadas pelo questionário, pelo que *a hipótese 1 não se confirma, i.é, o modelo TP parece não ter influência na representação que as mães têm da parentalidade quando controlado para o estilo de vinculação parental.*

Em ambos os grupos, as mães parecem fazer uma boa avaliação da parentalidade e das suas competências enquanto mães, capazes de cuidar dos filhos. As mulheres que foram mães pela primeira vez revelam maiores sentimentos de incerteza e medo face ao desenvolvimento do filho e colocam, por vezes, a questão da competência para cuidar do bebé, sendo estes sentimentos tanto maiores quanto mais recente foi o nascimento. As mulheres que foram mães pela segunda vez revelaram mais confiança nas suas competências maternas e uma menor ansiedade relativamente

ao desenvolvimento dos filhos, factores que elas próprias associam à experiência adquirida.

Em ambos os grupos parece existir uma sintonia na diade e uma satisfação quanto ao desenvolvimento dos filhos; esta satisfação pode ser sentida como um atestado de competência materna, de estar a cuidar bem do filho, de este se estar a desenvolver saudavelmente. A realidade actual, agora que são mães, parece corresponder às expectativas que formularam quanto à parentalidade e ao bebé, o que se afigura como um bom indicador para o estabelecimento dos laços afectivos com a criança: o bebé imaginário passa a ser o bebé real, mas este bebé vai ao encontro das expectativas maternas, apesar das diferenças óbvias e necessárias.

Quase todas as mães da amostra descreveram “o que é ser pai de um bebé” como a “coisa mais maravilhosa do mundo... a realização de um desejo”, atestando, como é referido na literatura, que a maternidade é um projecto que se inicia antes da concepção e vai para além do momento do parto e implica o desejo de ser mãe. Assiste-se a uma centração nas necessidades do bebé e um descentramento (igualmente referido por muitas mães) de si (das suas necessidades e desejos). Podemos associar este facto com a noção de preocupação materna primária de Winnicott: os cuidados maternos pressupõem uma identificação da mãe com o seu bebé, i.é, a capacidade muito particular de empatia para saber o que o bebé precisa, sendo esta capacidade de empatia elaborada, pouco a pouco, ao longo da gravidez.

Alguns autores (Brazelton e Cramer, 1989, 1993, cit. por Santos, 2003) referem o impacto do bebé no dia-a-dia dos pais e da família: implica o início de novas responsabilidades, a consideração pelas necessidades do outro, o abdicar dos seus próprios interesses ponto. Para algumas mulheres, estas mudanças são difíceis de aceitar e integrar e o ultrapassar desta fase vai depender da sua própria elaboração e aceitação do filho, o que pode levar mais ou menos tempo (diade 44).

A criança torna-se o centro da vida dos pais (como se pode constatar, igualmente, pelas respostas à questão aberta). Eles estão “centrados” no seu filho,

tarifa esta que fica mais facilitada quando e este enamoramento é o precursor de uma vinculação forte e construtiva do desenvolvimento psíquico saudável da criança. Como referem Lebovici e Stoleru (1995), é sobre o «bebé fantasmático» que se organiza o desejo, ou sonho, da maternidade, criando espaço e tempo para o desenvolvimento das funções maternas de atenção e disponibilidade.

O nascimento de um filho implica não só o estabelecimento de relações com a nova criança, como também re-arranjos nas relações já existentes no interior da família (Kreppner, 1988), como se verificou nos resultados ao ponto Mudança na vida: ambos os grupos consideram que a vida alterou-se e o bebé afecta aquilo que fazem, i.é, os ritmos são agora impostos pelo bebé e grande parte do dia (senão a totalidade) tem de ser pensada em função dos horários e necessidades do bebé.

2. ESTILOS DE VINCULAÇÃO MATERNOS

A análise dos estilos de vinculação maternos (objectivo 1) foi realizada com base nas respostas ao “Questionário do Estilo de Vinculação”, sendo analisadas cinco dimensões: relações como secundárias, necessidade de aprovação, desconforto com a proximidade, preocupação com as relações e confiança em si e nos outros.

Apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões preocupação com as relações e confiança em si e nos outros, pelo que *só em parte a hipótese 2 é confirmada: o estilo de vinculação materno varia no que respeita às dimensões preocupação com as relações e confiança em si e nos outros, quando controlado para o modelo de consulta pediátrico (com ou sem TP).*

No que se refere à preocupação com as relações, o grupo TP revelou algum afastamento relacional, factor sentido como negativo (item “sinto-me à margem”). Este sentimento pode ser associado ao período de adaptação em que se encontram, à centralização no bebé, com todos os encargos e concessões, mas também pode estar relacionado com as próprias características da criança: não se deve esquecer que é neste grupo que estão as crianças com perturbações no desenvolvimento, o que acarreta,

muitas vezes, um afastamento e isolamento social, até à aceitação total do facto. A existência de um bebé com deficiência na família potencia a hipótese de se estabelecerem alterações no processo de desenvolvimento interactivo e vinculação, podendo este facto ser devido às características da própria criança - pelo comportamento específico do bebé que pode ou não estimular ou ser reactivo ao dos pais - pelas percepções e convicções dos pais relativamente ao que o bebé é capaz ou não de fazer e, ainda, por factores de ordem emocional (Pimentel, 1997). A maioria das mães revelou-se preocupada e protectora, verbalizando sentimentos de incompreensão e falta de apoio, nomeadamente nos primeiros tempos de vida. No mesmo sentido, encontram-se os resultados da dimensão confiança em si e nos outros: o grupo TP parece sentir-se mais confiante e próximo dos outros, salientado um certo receio em não ser capaz de estabelecer relações, o que se pode relacionar com a importância dada às relações afectivas e o suporte que estas dão para o bom funcionamento do sistema familiar e pessoal.

Ambos os grupos parecem colocar as relações interpessoais em primeiro plano, à frente de aspectos como a realização profissional, o que pode constituir um indicador de uma predisposição e disponibilidade para o estabelecimento de laços afectivos sem que estes sejam sentidos como algo intrusivo e difícil, sem que exista um afastamento do outro. Este facto constitui-se como um factor importante se se tiver em consideração que o cuidar de uma criança implica uma disponibilidade total, para as necessidades desta, um abdicar - pelo menos durante os primeiros anos - das actividades e rotinas próprias, e um contacto próximo, potenciador do desenvolvimento. Uma mãe para quem seja difícil o estabelecimento de relações, ou para quem a proximidade com o outro possa ser sentida como uma invasão do seu espaço (porque não confiante em si e nos outros, ou porque guarda más imagens - maus objectos - das suas relações anteriores), provavelmente irá estar menos disponível para cuidar do seu bebé e evitar a proximidade relacional.

Apesar da importância dada ao suporte do outro, parecem ser mães que têm muito bem definido (ou relativamente bem definido) o seu papel, enquanto mães, e avaliam-se de forma positiva: à "necessidade de aprovação" - que pode ser interpretada

como um indicativo de submissão e dependência externa -, respondem de forma discordante. Estes resultados podem significar autonomia e auto-estima maternas - confiantes nas suas capacidades e valores, utilizam a opinião dos outros de forma aberta, não aglutinadora dos seus sentimentos e necessidades. De um modo geral, parecem ter construído internamente um suporte relacional adequado, que lhes permite situar-se entre o pólo da dependência (suporte) e a independência (autonomia). Podemos pensar que a maioria destas mães teve, então, experiências relacionais contentoras e saudáveis, donde a representação mental construída é, também ela, contentora e saudável, logo, promotora de relações adequadas (transgeracionalidade).

3. A INTERACÇÃO

A análise dos resultados obtidos mostrou a existência de pequenas diferenças entre os dois grupos (com e sem T.P.), nomeadamente, no comportamento de toque, vocalização e afecto. Numa situação potenciadora de stress, quer para a mãe, quer para a criança, como é a situação de consulta pediátrica, a criança vai activar o seu sistema de vinculação, pelo medo, e vai procurar manter a proximidade com a mãe por meio de sorrisos, apelos, seguindo-a ou indo ao seu encontro. Manifesta alegria quando ela regressa e serve-se dela como base de exploração, num vai-e-vem recorrente que lhe permite explorar o mundo à sua volta com a presença segura da mãe, “eu posso descobrir o mundo desconhecido porque sei que estás aqui ao pé de mim, mas de vez em quando preciso regressar para junto de ti para “ganhar” forças e “abastecer” a minha confiança de que estou seguro”. Mostra-se receosa perante estranhos e afasta-se deles, o que mostra que desenvolveu a capacidade cognitiva de conservar a mãe no espírito quando ela não está presente.

Durante as observações, foi possível constatar que a maioria das crianças manifestou a procura da “base segura” (mãe ou pais) em situações de tensão e sempre que se sentia em perigo: durante a observação física, que requer a aproximação de um “estranho” (pediatra) que a observa e toca, invadindo perigosamente o seu espaço, e face à presença de estranhos (o observador). O sistema de vinculação define-se como

aquilo que mantém a proximidade e o seu corolário interno, o sentimento de segurança – noção de proximidade (Guedeney, 2004); o elemento que define o fim da activação do sistema é a proximidade com a figura de vinculação. Face aos apelos do filho supõe-se que a mãe responda de uma forma contingente e contentora, manifestando comportamentos que transmitam confiança à criança e lhe propiciem o retorno à calma, reforçando igualmente a ligação afectiva entre ambos. Bowlby descreveu o que chamou de *Sistema de Caregiving*, definido como a vertente parental da vinculação (capacidade de prestar cuidados e se ocupar de alguém mais novo).

Sameroff e Feil (1985, cit. in Pimentel, 1997), analisando o papel que tem vindo a ser atribuído à criança no seu próprio processo de desenvolvimento, consideram haver uma tendência para que a contribuição desta para a interacção não seja vista como uma influência directa de alguém que tem um conjunto de competências inatas, mas sim como uma influência indirecta de alguém que possui um estilo de comportamento que elicitá respostas, positivas ou negativas, dos adultos que dela cuidam. Se não há duas crianças iguais, nem duas mães iguais, também não pode existir duas díades iguais; perante a mesma situação, cada uma vai reagir e ter comportamentos próprios, ainda que semelhantes. Algumas mães preferem o contacto físico próximo com os filhos, como resposta aos apelos, outras preferem falar, donde as suas próprias experiências enquanto filhas e ao seu passado relacional adquirem um papel relevante nos comportamentos escolhidos.

Perante os resultados, *a hipótese 3*, os pais seguidos num modelo TP terão modalidades relacionais diferentes com os filhos, *não pode ser confirmada. Não parece existir relação entre as modalidades relacionais na díade em relação ao modelo de consulta pediátrica*. Contudo, as mães do grupo com TP tendem a mostrar mais comportamentos de afecto enquanto as mães do grupo sem TP tendem a vocalizar mais e a iniciarem mais comportamentos de toque. A capacidade de resposta (responsiveness) por parte da figura de vinculação significa a possibilidade de resposta, ao mesmo tempo emocional e adaptada, às necessidades da criança. Numa situação de ansiedade, também para a mãe, torna-se necessário que elas próprias sejam capazes de organizar os seus sentimentos e activar as respostas mais adequadas. Para muitas mães,

o choro (na observação pediátrica) do filho é algo desconcertante e em certa medida incompreensível, tanto mais quanto é o primeiro filho. Em algumas mães, denota-se ansiedade e falta de recursos viáveis para lidar com a situação, elevando os níveis de stress.

Os estilos de vinculação parentais parecem estar relacionados com a história de vinculação pessoal dos pais. Nomeadamente, adultos seguros e confiantes nas suas capacidades enquanto pessoas e enquanto pais, são mais sensíveis às necessidades dos filhos do que adultos ansiosos; aceitam o seu papel de pais a um nível mais elevado do que os adultos evitantes ou receosos com as relações. A ansiedade nas relações afecta fortemente o investimento parental na criança uma vez que impossibilita o olhar para o outro porque se está preocupado com algo marginal, que invade o pensamento e inunda a possibilidade de empatizar ser contingente com as necessidades do outro. Assim, os pais ansiosos têm mais dificuldades em aceitar o papel parental e serão menos sensíveis.

4. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS

Apesar de não serem hipóteses colocadas à partida neste estudo, os resultados obtidos suscitaram algumas reflexões pelo que se tentou aprofundar a compreensão entre as variáveis em estudo. Desta forma, estudou-se a hipótese de existir uma correlação entre: 1) a representação da parentalidade e o estilo de vinculação materno; 2) a interacção e a) as representações da parentalidade e b) os estilos de vinculação maternos; e, finalmente, 3) a representação da parentalidade e as variáveis primeiro filho, filho único e grupo socioeconómico, utilizando-se para o efeito o Coeficiente de Pearson (pontos 1 e 2) e o teste de Kruskal-Wallis (ponto 3).

Os resultados obtidos revelaram não existir correlação entre as variáveis nos pontos 1 e 2, ou seja, *parece não existir uma relação entre as representações maternas da parentalidade e os estilos de vinculação, bem como entre o estilo interactivo observado na consulta e as variáveis representação da parentalidade e estilo de vinculação materno*. Estes resultados vão ao encontro do que tem sido

referido quanto à importância que as representações mentais positivas da parentalidade têm para o desenvolvimento de relações de vinculação afectivas e seguras, promotoras do desenvolvimento saudável dos filhos, o que parece ser o caso das mães da amostra.

As mães, de um modo geral, mostraram sentir-se “seguras”, quer no seu papel de mãe (apesar dos medos e dúvidas de quem tem o primeiro filho) quer no papel de sujeito relacional, com o seu próprio passado e experiências. Parece-nos que as dúvidas são decorrentes da situação em que se encontram, para muitas, pela primeira vez, o que, obviamente, modifica as concepções de vida até então seguidas e a forma como se irão relacionar a partir de agora. As crianças observadas na interacção durante uma situação de stress (a consulta pediátrica) parecem revelar, ao nível do seu próprio sistema de vinculação, um estilo relacional seguro, promotor da exploração do mundo, das aprendizagens e da disponibilidade para estar com outro. Se a criança construiu uma base de segurança, o *porto seguro*, descrito por Bretherton pode, então, confiante na disponibilidade da figura de vinculação, explorar o mundo que a rodeia, tal como podemos observar na maioria das crianças da amostra.

A noção de modelos operantes de Bowlby ajuda-nos a reflectir sobre o que foi possível observar: não sendo capaz de representar coisas das quais não tem percepção imediata, o bebé só responde a parâmetros presentes na realidade envolvente, ou seja, a presença física da mãe, o toque, a voz, o olhar. A partir do momento que adquire a capacidade de fazer representações dos objectos do meio, é capaz de interiorizar as interacções em que participa, independentemente do que acontece no presente, como as crianças mais velhas da amostra mostraram ser capazes de, por exemplo, se afastarem das mães e brincarem ou se acalmarem mais rapidamente, muitas vezes apenas com a voz da mãe.

É pelas trocas com os familiares que vai construindo modelos de relação que o ajudam a compreender e interpretar os comportamentos dos que lhe são próximos, assim como antecipar a reacção dos outros o que no caso da consulta pediátrica é uma forma de saberem que, a menos que estejam efectivamente doentes, será apenas uma

observação física, sem “dor”. A interação e comunicação com as figuras de vinculação durante os primeiros anos de vida tornam-se padrões de vinculação e comunicação os quais organizam as percepções, sentimentos e comportamentos da criança, principalmente em situações de stress (Grossmann, Grossmann, & Kindler, 2006).

Tem sido descrito na literatura que o número de filhos exerce uma influência negativa no investimento parental. Estudos têm demonstrado o aumento crescente da complexidade associado à parentalidade de múltiplas crianças, aumentando o risco de um ajustamento individual pobre, conflitos e isolamento na realização do papel parental (Hakulinen, Paunonen, White, & Wilson, 1997; Skaria et al., 2004, in Gameiro, S., Martinho, B., Canavarro, M., & Moura-Ramos, M., 2007).

No presente estudo, verificou-se um envolvimento e investimento semelhante e igualmente adequado nas mães com mais de um filho, como se pode verificar pelos resultados da análise da relação entre a representação da parentalidade e a variável “filho único”: as mães com mais de um filho apresentaram um resultado maior no item “gosta da interação” quando comparadas com as mães com apenas um filho. Se por um lado, existe o aumento da responsabilidade e do “trabalho” associado ao facto de se ter de cuidar de varias crianças, por outro, as mães revelaram, maior “sintonia com o bebé”, maior capacidade para “dizer o que o bebé precisa”, maior satisfação ao nível das “expectativas” e maior “identificação” com o bebé. Tal como refere Canavarro (2001), as experiências de maternidades anteriores dão às mães algumas competências para lidar com o recém-nascido, diluindo alguma ansiedade característica das situações desconhecidas e aumentando a eficácia, através da experiência aprendida na execução das tarefas do dia-a-dia.

No que respeita aos resultados da *análise entre a variável representação da parentalidade e a variável estatuto socioeconómico, verificou-se a existência de diferenças significativas em alguns itens da escala que avaliava as representações maternas da parentalidade*, nomeadamente nos que faziam parte das sub-escalas Avaliação (da parentalidade) e Centralidade (da criança). A literatura (Gameiro, S., Martinho, B., Canavarro, M., & Moura-Ramos, M., 2007) tem revelado que educação

elevada, percepção positiva do temperamento do bebé pelos pais (na amostra do presente estudo, as mães tendem a caracterizar de modo positivo os seus filhos) e elevado suporte social estão relacionados com maior investimento parental no filho.

Os resultados suscitam duas reflexões: por um lado, é nos grupos socioeconómicos mais baixos que parece existir uma maior “descentralização” dos filhos (mas um maior “pensamento” neles), facto que pensamos poder estar associado à necessidade que estas mães têm de trabalhar fora de casa, muito pouco tempo depois do nascimento dos seus filhos e a uma menor rede social de apoio; por outro, nos grupos médio-baixo e médio, surge uma maior preocupação com os cuidados a prestar ao filho e uma melhor avaliação do seu conhecimento, enquanto mãe, do seu filho, o que parece infirmar em certa parte (em relação ao grupo socioeconómico médio-baixo) o que tem sido descrito na literatura, muito embora estes resultados careçam de confirmação com uma amostra mais alargada. Pensamos que os cuidados preenchem o pensamento destas mães, não apenas porque são mães e é legítimo que assim pensem mas, também, associamos ao facto de recair sobre elas, na maioria das vezes, toda a responsabilidade de cuidar dos filhos, recebendo pouca ajuda externa.

O estudo das possíveis relações existentes entre a variável estilo de vinculação materno e as variáveis filho único e primeiro filho revelou a existência de diferenças em alguns itens do questionário “estilos de vinculação”, nomeadamente aqueles que faziam parte das sub-escalas Relações como Secundárias, Preocupação com as Relações, Descontente com a Proximidade e Necessidade de Aprovação.

De um modo geral, as mães com mais de um filho parecem colocar as relações num plano secundário e a sentirem-se “à margem”. Pensamos que este resultado poderá estar relacionado com a centralidade no seu filho e no sentimento de pertença, já enraizado nas relações mais próximas. As mães com filhos únicos sentem que o pedir ajuda está relacionado com incapacidade de resolver os problemas, aspecto que associamos com uma necessidade de afirmação pessoal, ou seja, a alteração nos papéis familiares parece “impor” a responsabilidade de saber resolver os problemas por si, como “adulto”.

A relação entre as variáveis estilo de vinculação materno e o estatuto socioeconómico mostrou que *os grupos baixo e médio-baixo são aqueles que revelam maior pouco à vontade para falar nos seus problemas*. Esta necessidade de aprovação surge como uma necessidade de confirmação das suas competências pelo outro, disponível e empático, com quem se estabelece uma relação de confiança e partilha e no seio da qual é possível expor as suas fragilidades. A confiança em si e nas suas competências é algo que se vai construindo ao longo da vida, mas que tem a sua base e principal pilar na relação precoce e nas boas experiências relacionais, o que parece estar aqui em jogo nestes dois grupos em particular.

Cada mãe vincula-se de forma única e diferente ao seu bebé e de forma inconsciente. Assim, de um modo geral, e apesar de não podermos afirmar com certeza, parece-nos que a maioria das mães da amostra revelou estar no padrão de vinculação segura, tal como foi descrito por Stern e Bruschiweiler-Stern (2001).

Quanto aos *resultados obtidos no estudo da relação entre a variável interacção e as variáveis filho único e primeiro filho, verificou-se que as mães de filhos únicos mostram mais comportamentos de afecto e mais comportamentos de afastamento ou término do contacto pele-pele iniciado para com o filho*. Se por um lado, o facto de ser o primeiro filho faz com que as mães se sintam enamoradas e próximas da criança e que manifestem os seus sentimentos através de manifestações de afecto, por outro, a insegurança e o desconhecido face ao novo ser parece leva-las a terminar o contacto iniciado, provavelmente para se assegurarem de que estão a fazer bem.

Já no que se refere à relação entre a variável interacção e a variável estatuto socioeconómico, os resultados parecem apontar no sentido do que tem sido descrito na literatura: *existe maior contingência nas díades dos grupos socioeconómicos mais elevados relativamente ao item "toque b" e é nestes grupos que surgem valores mais elevados (da mãe para a criança) no que diz respeito aos itens "vocalização", "toque a" e "afecto"*.

5. REFLEXÃO SOBRE A HIPÓTESE 4

“Os pais são sensíveis por si, desde que tenham tido oportunidade de construir laços significativamente e significativos” (Gomes-Pedro, 2007)

Ambos os grupos revelaram alguma consistência quanto ao conhecimento do desenvolvimento dos filhos. Não será, então, possível afirmar que este conhecimento está directamente relacionado com o modelo utilizado pelo pediatra, mas pensamos que mais do que isso, *a relação estabelecida entre pais e médico e a confiança e disponibilidade que este transmite aos pais são factores importantes na redução de angústias, medos e acções não reflectidas.*

Como exemplo, as respostas dadas pelas mães relativamente ao modo como lidam com a situação de doença do filho: a maioria responde que aguarda e fala com o pediatra. Provavelmente esta “tranquilidade” (aparente e controlada, porque também a angústia e a dúvida assola estas mães quando a saúde do seu filho não se encontra bem!) tem as suas raízes na confiança estabelecida com o médico e a certeza de que este está disponível para a ajudar a “cuidar” do filho. Provavelmente, a maioria das crianças da amostra nunca se encontrou numa situação de doença grave, o que contribui para menor necessidade de recorrer ao serviço de urgência hospitalar. Provavelmente, podemos pensar, que também o conhecimento adquirido pelos pais na partilha com o seu médico sobre o desenvolvimento do seu filho potenciou a forma “tranquila” de lidar com a situação.

“O Dr.... pode não ser de muitas falas ou de ter muita paciência para algumas queixas de algumas mães, por exemplo, ela não come isto, ou se pode ou não comer o quê, mas a nós transmite-nos muita confiança... aquilo que ele me disse hoje valeu por uma data de palavras!”

Cada técnico, independentemente da área de intervenção, vai construindo o seu modo e modelo de trabalho e vai também construindo-se, na e através da relação. Assim, mais do que o modelo usado, importa a *filosofia* relacional e de escuta que cada um utiliza na sua prática diária. Importa, então, adoptar-se uma postura de escuta

activa, numa atitude empática e disponível, sem que o técnico se coloque à frente dos pais.

Todos os pais trazem consigo o seu passado, as suas experiências, as suas soluções, as suas teorias - "Todos os pais têm algo fundamental para partilhar em cada etapa do desenvolvimento", um dos pressupostos parentais do modelo Touchpoint. Quando questionados acerca do modo como lidam com determinado aspecto do desenvolvimento/comportamento do seu filho são (quase sempre) capazes de encontrar uma solução adequada. É nesta troca de opiniões, numa atitude contentora - "Procurar oportunidades para apoiar as competências", um dos princípios de intervenção -, que o trabalho se joga, em conjunto com os pais - "Reconhecer-se como "parceiro" na interacção".

Trabalhar em conjunto é pensar com e proporcionar um espaço contentor, de partilha, diálogo e reformulação, é dar a oportunidade de encontrar soluções para o que está a acontecer no presente. A metáfora na qual nos habituamos a pensar, o andaime, é disto exemplo: não é a *obra* acabada e não vai permanecer para sempre; serve como suporte do momento da construção, retirada quando a *obra* adquire a sua própria estrutura.

Importa, ainda, olhar individualmente para cada família, para cada diáde (ou triade) que procura ajuda, em determinado momento do seu percurso. Sem deixar de estar atento a indicadores de disfunção, prevenindo possíveis "desarranjos" relacionais - o modelo Touchpoint enfatiza a prevenção através dos cuidados antecipatórios e da construção de relações de aliança entre os pais e os profissionais - atenção esta cimentada na formação e estudo da observação da interacção, importa olhar para o presente e para a compreensão das dúvidas actuais.

Para Gomes-Pedro (2007), os Touchpoints promovem o reforço da contingência emocional e dos modelos operantes internos. Tal como na teorização de Bowlby, é pelas trocas com os familiares que a criança vai construindo modelos de relação que a ajudam a compreender e interpretar os comportamentos dos que lhe são

próximos, assim como antecipar a reacção dos outros. Da mesma forma, também os pais, na partilha de dúvidas com o técnico, vão “reconstruindo” os seus modelos de relação, de modo a compreender e interpretar os comportamentos do seu filho, sendo tanto mais importante quanto mais precoce o início, ou seja, nos primeiros meses de vida (os primeiros TP).

O modelo da Nova Pediatria assenta num projecto de prevenção e motivação positiva, de ajuda e orientação, sempre com os pais (Gomes-Pedro, 2001). O conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, o reconhecimento das dinâmicas familiares e da importância que as experiências parentais assumem no desenvolvimento da criança, aliada a uma atitude empática e preventiva, sem nunca se sobrepor aos próprios pais e ao momento presente, assumem-se cada vez mais como premissas fundamentais no trabalho do pediatra (ou do técnico que trabalha com crianças e famílias). Talvez por isto os resultados obtidos relativamente às representações maternas da parentalidade não revelaram diferenças significativas entre os grupos; talvez a Nova Pediatria seja já o *modelo* de referência na prática médica.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Com este trabalho, esperamos ter dado um contributo para a compreensão da importância do estabelecimento de relações de vinculação e de ligações e como esta construção é posta em evidência num contexto gerador de stress – a consulta pediátrica, com e sem o modelo Touchpoint – e, igualmente, para a compreensão do papel que as representações maternas da parentalidade e os estilos de vinculação maternos assumem quer na construção da relação com o filho, quer na relação com os outros, e de que modo a inclusão em consultas com o modelo Touchpoint intervém nas relações estabelecidas.

Contudo, o presente estudo tem limitações, a primeiro dos quais diz respeito à reduzida dimensão das amostras estudadas, o que limita a generalização dos resultados e restringe o poder estatístico das análises estatísticas efectuadas.

Outra limitação prende-se com a heterogeneidade das idades das crianças da amostra, o que dificulta a coerência ao nível da observação da interacção. No entanto, uma vez que foram abrangidas as crianças seguidas em consultas de pediatria com e sem o modelo Touchpoint, que obedeciam aos critérios de inclusão no estudo, tal constitui um benefício em termos metodológicos.

Uma outra limitação tem a ver com a heterogeneidade dos grupos: no grupo sem TP existiam crianças oriundas das consultas de desenvolvimento, ou seja, com alguma perturbação ao nível do seu desenvolvimento, factor que afecta a dinâmica relacional pais-criança (ou pelo menos ao nível das representações mais precoces).

Uma limitação adicional diz respeito ao instrumento utilizado para a avaliação dos estilos de vinculação maternos. De facto, apesar do *Attachment style questionnaire* (ASQ, Feeney, J.A., & Noller, P., 1989) ser considerado um bom instrumento para avaliação das medidas de comportamentos de vinculação, com boas qualidades psicométricas, não permite categorizar os indivíduos em grupos de

vinculação, pelo que apenas podemos tentar relacionar os comportamentos avaliados com os possíveis grupos de vinculação.

CAPÍTULO 3

Conclusão

CONCLUSÃO

Pretendendo abordar o modelo Touchpoint à luz da Teoria da Vinculação e do conceito de Representação Mental, procuramos compreender a relação existente entre este modelo de intervenção/prevenção e a interacção entre mãe e filho, num contexto específico – a Consulta de Pediatria. A revisão da literatura levou-nos a tentar compreender conceitos e pressupostos como a representação mental da parentalidade por parte das mães e o seu estilo de vinculação e de que modo eles se “expressavam” consoante o modelo pediátrico praticado na consulta.

Reflectindo sobre a importância que as primeiras relações entre mãe e filho têm no desenvolvimento ao longo da vida, tendo por base a qualidade das relações da própria mãe, e no pressuposto de que a gravidez é uma fase da vida família, de desequilíbrios, durante a qual os pais se preparam para o nascimento de um novo membro, antecipando novos papéis e relações *existe, de acordo com os autores, uma adaptação da mãe ao seu filho e ao seu papel de mãe, muito mais visível no caso das mulheres mães pela primeira vez, tanto mais facilitado quanto melhor for a representação mental da parentalidade e das características atribuídas ao filho.* Com base nos pressupostos do modelo Touchpoint, reflectimos ainda sobre a importância que a partilha de dúvidas e incertezas que os pais trazem consigo, fundamentais para a compreensão do desenvolvimento do próprio filho e para a diminuição da ansiedade, feita num ambiente contentor e continente, de escuta activa e de empatia.

Os resultados obtidos não corroboram as hipóteses inicialmente colocadas, ou seja, o modelo Touchpoint parece não ter influência no estilo de vinculação, na representação da parentalidade e no tipo de interacção estabelecida nas díades. Assim sendo, a hipótese 1 não se confirma, i.é, o modelo TP parece não ter influência na representação que as mães têm da parentalidade quando controlado para o estilo de vinculação parental. Da mesma forma, só em parte a hipótese 2 é confirmada: o estilo de vinculação materno varia no que respeita às dimensões preocupação com as relações e confiança em si e nos outros, quando controlado para o modelo de consulta pediátrico (com ou sem TP). Quanto à hipótese 3, os pais seguidos num modelo TP terão modalidades

relacionais diferentes com os filhos, não pode ser confirmada. Não parece existir relação entre as modalidades relacionais na diade em relação ao modelo de consulta pediátrica. Contudo, as mães do grupo com TP tendem a mostrar mais comportamentos de afecto enquanto as mães do grupo sem TP tendem a vocalizar mais e a iniciarem mais comportamentos de toque.

Parece não existir uma relação entre as representações maternas da parentalidade e os estilos de vinculação, bem como entre o estilo interactivo observado na consulta e as variáveis representação da parentalidade e estilo de vinculação materno. A análise entre a variável representação da parentalidade e a variável estatuto socioeconómico, verificou-se a existência de diferenças significativas em alguns itens da escala que avaliava as representações maternas da parentalidade, nomeadamente nos que faziam parte das sub-escalas Avaliação (da parentalidade) e Centralidade (da criança).

O estudo das possíveis relações existentes entre a variável estilo de vinculação materno e as variáveis filho único e primeiro filho revelou a existência de diferenças em alguns itens do questionário “estilos de vinculação”, nomeadamente aqueles que faziam parte das sub-escalas Relações como Secundárias, Preocupação com as Relações, Descontente com a Proximidade e Necessidade de Aprovação.

Os resultados obtidos no estudo da relação entre a variável interacção e as variáveis filho único e primeiro filho, verificou-se que as mães de filhos únicos mostram mais comportamentos de afecto e mais comportamentos de afastamento ou término do contacto pele-pele iniciado para com o filho. Quanto à relação entre a variável interacção e a variável estatuto socioeconómico, os resultados parecem apontar no sentido do que tem sido descrito na literatura: existe maior contingência nas díades dos grupos socioeconómicos mais elevados relativamente ao item “toque b” e é nestes grupos que surgem valores mais elevados (da mãe para a criança) no que diz respeito aos itens “vocalização”, “toque a” e “afecto”.

Ambos os grupos revelaram alguma consistência quanto ao conhecimento do desenvolvimento dos filhos. Não será, então, possível afirmar que este conhecimento está directamente relacionado com o modelo utilizado pelo pediatra, mas pensamos que mais do que isso, a relação estabelecida entre pais e médico e a confiança e disponibilidade que este transmite aos pais são factores importantes na redução de angústias, medos e acções não reflectidas.

Os pais procuram os profissionais como fonte de conhecimento sobre práticas e estratégias para lidar com os filhos e sobre o desenvolvimento. Ao juntar-se ao sistema de cuidados à criança, o profissional pode dar respostas simples e aconselhar acerca dos desafios. Contudo, se pretender fortalecer o sistema que envolve a criança, então deve utilizar a discussão destes temas para apoiar as competências parentais e compreender o que se passa antes de dar conselhos. Em vez de identificar a solução para um problema de desenvolvimento ou de lidar com a criança baseada no seu próprio sistema de valores, pode trabalhar com os pais no sentido de identificar estratégias que são baseadas no estilo e crenças parentais. Não podendo afirmar que a segurança na relação mãe/pais-criança advém do seguimento em consultas pediátricas com o modelo Touchpoint, pensamos que é na partilha, na escuta activa por parte do profissional e na relação estabelecida entre ambos (pais e profissional) que se vão construindo as “boas” práticas e que a própria interacção pode ser cimentada, ajudada pelo contexto contentor, canalizador de ansiedades e angústias dos pais. Além disso, o investimento socioemocional dos pais nos seus filhos pode influenciar o grau pelo qual eles se envolvem na promoção do desenvolvimento saudável dos seus filhos

Falar de antecipação de possíveis “desorganizações” no desenvolvimento deve ser encarada como uma medida preventiva, mas que não se deve sobrepor à empatia necessária no presente e à escuta das dúvidas presentes, porque preocupados com o “futuro”; esta prevenção deve, antes, promover e ajudar na partilha de saberes entre profissionais, no sentido de cada vez mais melhorar a resposta às famílias, ou seja, encaminhar para o profissional adequado caso seja necessário. Pensar em Touchpoints implica potenciar interacções entre Pediatra, Psicólogo, Pedopsiquiatra, Enfermeiro,

entre outros, entre profissionais de saúde e serviços de educação, como sistema pluridisciplinar de intervenção que deverá ser estruturado em cada comunidade.

Brazelton propôs um modelo de intervenção que visa prevenir o “desassossego” e valorizar as forças intrínsecas a cada bebé e a cada família. Os Touchpoints representam, assim, uma nova dimensão de saúde e educacional.



Porque acreditamos que só com o estudo e partilha de saberes se pode avançar no conhecimento, no futuro seria interessante alargar o presente estudo a uma amostra maior, aumentando igualmente o leque de profissionais. Seria interessante avaliar qual a opinião que os pais têm dos cuidados que recebem, sabendo da sua satisfação. Adicionalmente, seria adequado o aprofundamento do estudo do impacto do apoio social durante a gravidez e nos primeiros meses após o nascimento da criança.

Teria igualmente pertinência a realização de um estudo que analisasse a importância das representações maternas, antes e depois do nascimento, em mães de crianças com perturbações do desenvolvimento e as características da vinculação nestas díades (da mãe e da criança).

Por outro lado, e já que assiste cada vez à participação dos pais (homens) no desenvolvimento dos filhos, nomeadamente nos primeiros anos de vida, seria interessante alargar o estudo das representações mentais aos pais e avaliar o impacto da gravidez e do nascimento do filho.

Por último, a sugestão de um estudo longitudinal que comparasse o percurso evolutivo (analisando o tipo de vinculação de mães e crianças, as representações mentais maternas, o estilo interactivo da díade e o desenvolvimento global das crianças) de crianças diagnosticadas com perturbação da relação e crianças pertencentes a famílias de risco, avaliando o impacto do acompanhamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*"O que uma pessoa
pensa de uma relação pode ser mais importante do que a própria relação"*
Hinde, 1976 (citado por Brazelton & Cramer, 1989/1993).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, (4), 709-716.
- Ainsworth, M.S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, (4), 333-341.
- Ainsworth, M.S. (2000). Infant-Mother attachment. In W. Craig (Ed.), *Childhood Social Development – the Essential Readings*. London: Blackwell Publishers.
- Almeida, S., Ataíde, A., Nascimento, M.J., Pires, P., & Silva, P.C. (2003). Representações mentais maternas: um caso de trigêmeos. *Análise Psicológica*, 1, (XXI), 103-110.
- Alsop-Shields, L., & Mohay, H. (2001). John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35, (1), 50-58.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 2, 167-182.
- Ammaniti, M., Van IJzendoorn, M.R., Speranza, A.M., et al. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: an exploration of stability and change. *Attachment and Human Development*, 2, 328-346.
- Anisfeld, E., Casper, V., Nozyce, M., & Cunningham, N. (1990). Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment. *Child Development*, 61, 1617-1627.
- Anzieu, D., Bowlby, J., Chauvin, R., Duyckaerts, F., Harlow, H., Koupernik, O., et al. (1974). *A Vinculação* (orig. L'attachement). Lisboa: Socicultur.
- Barnard, K., & Kelly, J. F. (1990). Assessment of Parent-Child Interaction. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Intervention* (pp. 279-302). Cambridge: Cambridge University Press.
- Barnard, K., & Brazelton, T.B. (Eds) (1990). *Clinical infant reports touch: the foundation of experience*. USA: International Universities Press Inc.
- Baumeister, R.F., & Leary, M.R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, (3), 497-529.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Belsky, J., & Rovine, M. (1987). Temperament and attachment security in the strange situation: An empirical rapprochement. *Child Development*, 58, 787-795.
- Belsky, J., & Fearon, M.P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & Human Development*, 4, (3), 361-387.
- Benoit, D., & Parker, K.C.H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- Biringen, Z., Matheny, A., Bretherton, I., Renouf, A., & Sherman, M. (2000). Maternal representation of the self as parent: Connections with maternal sensitivity and maternal structuring. *Attachment & Human Development*, 2, (2), 218-232.
- Biscaia, J., e Sá, E. (1997). A gravidez no pensamento das mães. Contributo para uma estratégia de avaliação da gravidez através do desenho. In E. Sá (Ed.), *A maternidade e o bebé* (pp. 41-49). Lisboa: Fim de Século.
- Bleiberg, E. (2002). Attachment, trauma, and self-reflection: implications for later psychopathology. In J.M. Maldonado-Durán (Ed.), *Infant and Toddler Mental Health – Models of clinical intervention with infants and their families*, 1st ed., pp. 33-56. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bokhorst, C.L., Bakermans-Kranenburg, M.J., Fonagy, P, et al. (2003). The importance of shared environment in mother-infant attachment security: A behavioural genetic study. *Child Development*, 74, (6), 1769-1782.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda. Apego, a natureza do vínculo* (2^a ed, vol.1). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda. Separação* (1^a ed, vol.2). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda. Perda* (1^a ed, vol.3). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Bowlby, J. (2000). *A secure base – clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brazelton, T.B. (1982). Early intervention. What does it mean? In H. Fitzgerald, B. Lester, & M. Yogman (Eds), *Theory and research in behavioural pediatrics*. (vol. 1). New York: Plenum Press.
- Brazelton, T.B. (1989). *Os primeiros passos do bebé – uma declaração de independência*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T.B. (1990). Saving the bathwater. *Child Development*, 61, 1661-1671.

- Brazelton, T.B. (1995). Working with families. Opportunities for early intervention. *Pediatric Clinics of North America*, 42, (1), 1-9.
- Brazelton, T.B., O'Brien, M., & Brandt, K.A. (1997). Combining relationships and development: applying touchpoints to individual and community practices. *Infants and Young Children*, 10, (1), 74-84.
- Brazelton, T.B. (1998). *O grande livro da criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T.B. (1999). How to help parents of young children: the touchpoint model. *Journal of Perinatology*, 19, (6), s6, s7.
- Brazelton, T.B. (2000). In response to Louis Sander's challenging paper. *Infant Mental Health Journal*, 21, (1-2), 52-62.
- Brazelton, T.B. (2004). Preface. *Pediatrics*, 113, (3), 632-633.
- Brazelton, T.B. (2005a). Forças e pressões na família dos nossos dias: preparar o futuro. In Gomes-Pedro, J., Nugent, J.K., Young, J.G., e Brazelton, T.B. (2005). *A criança e a família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro.
- Brazelton, T.B. (2005b). In *Saber Viver*, 66, 6, 16-19.
- Brazelton, T.B., & Cramer, B. (1991). *The earliest relationship parents, infants and the drama of early attachment*. London: Karnac Books.
- Brazelton, T.B., Greenspan, S.I. (2004). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T.B., Kreisler, L., Cramer, B., Schappi, R., & Soulé, M. (1987). *A dinâmica do bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T.B., Nugent, K., & Lester, B. (1987). Neonatal Behavioral Assessment Scale. In J. Osofsky (Org.), *Handbook of infant development*. New-York: Wiley-Interscience.
- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. In J. Osofsky (Org.), *Handbook of Infant Development* (pp. 1061-1100). New York: Wiley-Interscience.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, (5), 759-775.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3 years-old. In

- M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago: The University Press.
- Bretherton, I., & Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: The Guildford Press.
- Britner, P.A., Marvin, R.S., & Pianta, R.C. (2005). Development and preliminary validation of the caregiving behaviour system: Association with child attachment classification in the preschool Strange Situation. *Attachment & Human Development*, 7,(1), 83-102.
- Brown, L.S., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy*, 76, 351-367.
- Bruschweiler-Stern, N. (1998). Management of clinical problems and emotional care: Early emotional care for mothers and infants. *Pediatrics*, 102, 5, supplement November, 1278-1281.
- Caldeira, P. (2007). Comunicação no lançamento do livro "O teu pequeno nome – a vida emocional dos bebés" de Pedro Strecht. Lisboa.
- Call, J.D., Galenson, E., & Tyson, R.L. (ed.) (1983). *Frontiers of infant psychiatry*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Canavarro, M.C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121-134.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child ties. In J. Cassidy, & P. Shaver (eds), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (1999). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Chiland, C. (2001). 3º Congresso Europeu de Psicopatologia da Criança e do Adolescente: *Psicopatologia e Parentalidade*. Lisboa.
- Chused, J.F. (2000). Discussion: a clinician's view of attachment theory. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 8, (4), 1175-1187.
- Coimbra de Matos, A. (2006). Entre memória emocional e memória semântica: Mito pessoal do bebé. In J. Rosa, e S. Sousa (Coord.), *Cadernos do Bebê* (pp. 41-52). Lisboa: Fim de Século.

- Crittenden, P.M. (1985). Social Networks, quality of parenting and child development. *Child Development*, 56, 1299-1313.
- Crowell, J.A., & Feldman, S.S. (1988). Mother's internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development*, 59, 1273-1285.
- Cyrułnik, B. (1993). *Nutrir os afectos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- David, D.H., & Lyons-Ruth, K. (2005). Differential attachment responses of male and female infants to frightening maternal behaviour: Tend or befriend versus fight or flight? *Infant Mental Health Journal*, 26, (1), 1-18.
- DeOliveira, C.A., Moran, G., & Pederson, D.R. (2005). Understanding the link between maternal adult attachment classification and thoughts and feelings about emotions. *Attachment & Human Development*, 7, (2), 153-170.
- Donate-Bartfield, E., & Passman, R. (2004). Relations between children's attachments to their mothers and to security blankets. *Journal of Family Psychology*, 18, (3), 453-458.
- Easterbrooks, M.A., Biesecker, G., & Lyons-Ruth, K. (2000). Infancy predictors of emotional availability in middle childhood: The roles of attachment security and maternal depressive symptomatology. *Attachment & Human Development*, 2, (2), 170-187.
- Edelstein, R.S., Alexander, K.W., Shaver, P.R., Schaaf, J.M., Quas, J.A., Lovas, G.S., et al. (2004). Adult attachment style and parental responsiveness during a stressful event. *Attachment & Human Development*, 6, (1), 31-52.
- Erickson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Fava-Viziello, G., Antonioli, M., Cocci, V., & Invernizzi, R. (1993). From pregnancy to motherhood: the structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal*, 14, (1), 4-16.
- Feeney, J.A. & Noller, P. (1989). Attachment style questionnaire. In B.F. Perlmutter, J. Toulicitos & G.W. Holden (2001), (Eds), *Handbook of Family Measurement Techniques*. Vol.1 Abstracts, Vol.3 Instruments & Index. USA: Sage Publications.
- Field, T.M. (1987). Affective and interactive disturbances in infants. In J. Osofsky (Org.), *Handbook of Infant Development* (pp. 972-1005). New York: Wiley-Interscience.
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e Bebés*. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Fitzgerald, H., Lester, B., & Yogman, M. (1982). *Theory and research in behavioral pediatrics*, (vol. 1). New York: Plenum Press.

- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M., et al. (1991b). The capacity for understanding mental states. The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- Fonagy, P., Redfern, S., & Charman, T. (1997). The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Development Psychology*, 15, 51-61.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 8, (4), 1129-1146.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Fonagy, P. (2002) Understanding of mental states, mother-infant interaction, and the development of the self. In J.M. Maldonado-Durán (Ed.). *Infant and Toddler Mental Health – Models of clinical intervention with infants and their families* (1st ed., pp. 57-76). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118, (1), 107-114.
- Fox, N.A., Kimmerly, N.L., & Schafer, W.D. (1991). Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. *Child Development*, 62, 210-225.
- Fraley, R.C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modelling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2, 123-151.
- Gameiro, S., Martinho, B., Canavarro, M., & Moura-Ramos, M. (2007). *Caregiver's attachment style and their socioemotional investment in the child*. Poster apresentado na Conferência Internacional sobre Vinculação, Braga, 2007.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 198-216.
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: the caregiving behavioural system. In J. Cassidy, & P. Shaver (eds), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- George, C., & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment & Human Development*, 3, (1), 30-61.

- Gerhardt, S. (2005). *Why love matters: How affection shapes a baby brain*. New York: Routledge
- Gloger-Tippelt, G., Gomille, B., Koenig, L., & Vetter, J. (2002). Attachment representation in 6-year-olds: Related longitudinally to the quality of attachment in infancy and mothers' attachment representations. *Attachment & Human Development*, 4, (3), 318-339.
- Goldsmith, H.H., & Alansky, J.A. (1987). Maternal and infant temperamental predictors of attachment: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, (6), 805-816.
- Gomes, A.L., Correia, M., Oom, P., & Gomes-Pedro, J. (2001). *Crianças*. Lisboa: ACSM Editores, Clínica Universitária de Pediatria, HSM.
- Gomes-Pedro, J. (1985). *A relação mãe-filho. Influência do contexto precoce no comportamento da diade*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda. Estudos gerais, série universitária.
- Gomes-Pedro, J. (2003). A avaliação neuro-comportamental do recém-nascido para aplicação clínica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 6, (34), 389-391.
- Gomes-Pedro, J., Fernandes, A., & Sobral, F. (2004). A avaliação global. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 3, (35), 161-164.
- Gomes-Pedro, J. (2005). *Para um sentido de coerência na criança*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Gomes-Pedro, J. (2006). O brincar do bebé. In J. Rosa, e S. Sousa (Coord.), *Cadernos do Bebê* (pp. 11-22). Lisboa: Fim de Século.
- Gomes-Pedro, J. (2007). Comunicação na Conferência Internacional sobre Vinculação, Braga, 2007.
- Gonçalves, M^a José (1990). O narcisismo da criança e relação primária. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 8, 53-60.
- Gonçalves, M^a José (2007). Comunicação no lançamento do livro "O teu pequeno nome - a vida emocional dos bebés" de Pedro Strecht. Lisboa.
- Goubier-Boula, M.-O. (2005). Processus d'attachement et processus d'adoption. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 263-271.
- Greenspan, S. I., & Lieberman, A. F. (1989). Infants, Mothers, and their Interaction: A Quantitative Clinical Approach to Developmental Assessment. In S. I. Greenspan

- & G. H. Pollock (Eds.), *The Course of Life: vol. 1, Infancy* (pp. 503-560). Madison: International University Press.
- Greenspan, S., & Greenspan, N. (1993). *Entrevista clínica com crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Greenspan, S., Pollock, G. (Eds.) (1989). *The course of life – infancy*, (vol. 1). USA: International Universities Press.
- Grossmann, K.E., Grossmann, K., & Waters, E. (Eds.) (2006). *Attachment from Infancy to Adulthood: The major longitudinal studies*. New York: The Guilford Press.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação – Conceitos e Aplicações*. (título original L'attachement. Concepts et applications, 2002, Paris: Masson). Lisboa: Climepsi Editores.
- Harria, E.S., Weston, D.R., & Lieberman, A.F. (1989). Quality of mother-infant attachment and pediatric health care use. *Pediatrics*, 84, (2), 248-254.
- Hill, J., Fonagy, P., Safier, E., & Sargent, J. (2003). The ecology of attachment in the family. *Family Process*, 42, (2), 205-221.
- Hoffmann, J.M. (2002). The place for infancy. In J.M. Maldonado-Durán (Ed.), *Infant and Toddler Mental Health – Models of clinical intervention with infants and their families* (1st ed., pp. 3-32). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Houzel, D. (2000). A Observação Psicanalítica. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Coord.). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hubin-Gayte, M. & Ayissi, L. (2005). Sensibilité et représentations des mères de nouveau-nés irritables. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 78-85.
- Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A., Bogat, G.A., & Von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child Development*, 75, (2), 480-496.
- Izard, C., Haynes, O.M., Chisholm, G., & Baak, K. (1991). Emotional determinants of infant-mother attachment. *Child Development*, 62, 906-917.
- Jacobson, J.L., & Wille, D.E. (1986). The influence of attachment pattern on developmental changes in peer interaction from toddler to the preschool period. *Child Development*, 57, 338-347.
- Karrass, J., & Braungart-Rieker, J.M. (2004). Infant negative emotionality and attachment: implications for preschool intelligence. *International Journal of Behavioral Development*, 28, (3), 221-229.

- Keefer, C.H. (2004). Selective affective response to a parent in a 6-month-old infant. *Pediatrics*, 114, (5), 1407-1413.
- Kemp, G., Jaffe, J., Segal, J., & Hutman, S. (2004). Parenting: attachment, bonding and reactive attachment disorder. *Helpguide: Mental Health Issue. Expert, non-commercial information on mental health and life*. Retirado em Junho de 2006, de <http://www.helpguide.org/mental/parenting>
- Klaus, M., & Kennell, J. (1993). *Pais-Bebé: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. (1998). Mother and infant: early emotional ties. *Pediatrics*, 102, (suppl. 5), 1244-1246.
- Klein, M. (1986). *Os progressos da psicanálise* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Imago.
- Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20, (4), 253-266.
- Leal, I. (1992). Psicologia da maternidade - alguns aspectos da teoria e da prática de intervenção. *Análise Psicológica*, 2, (X), 229-234.
- Leavitt, L.A. (1998). Mother's sensitivity to infant signals. *Pediatrics*, 102, (suppl. 5), 1247-1249.
- Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson, la mere et le psychanalyste - les interactions précoces*. Paris: P.U.F.
- Lebovici, S. (1995). Techniques de l'observation du très jeune enfant. In S. Lebovici, R. Diatkine, e M. Soulé (Eds), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 549-561). Paris : PUF.
- Lebovici, S., e Stoleru, S. (1995). L'interaction parent-nourrisson. In S. Lebovici, R. Diatkine, e M. Soulé (Eds), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 239-246). Paris : PUF.
- Leonardo, M^a Alexandra A. P. Sá (2007). *O Processo Evolutivo das Representações Mentais da Grávida com Idade Materna Avançada que Experimenta uma Amniocentese*. Dissertação de Mestrado em Psicologia (área de especialização em Psicologia Clínica), apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Lewis, M., & Feiring, C. (1989). Infant, mother, and mother-infant interaction behavior and subsequent attachment. *Child Development*, 60, 831-837.
- Lyddon, W.J., & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling and Development*, 79, 405-413.

- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behaviour in the preschool classroom. *Child Development*, 64.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behaviour problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, (1), 64-73.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1993). *O nascimento psicológico da criança - simbiose e individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parents at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1, (XXI), 85-94.
- Marsh, P., McFarland, F.C., Allen, J.P., McElhane, K.B., & Land, D. (2003). Attachment, autonomy, and multifinality in adolescent internalizing and risky behavioral symptoms. *Development and Psychopathology*, 15, 451-467.
- Massie, H.N., & Campbell, B.K. (1983). The Massie-Campbell Scale of Mother-Infant Attachment Indicators During Stress (AIDS Scale). In J.D. Call, E. Galenson, & R. L. Tyson (Eds.), *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York: Basic Books Inc., Publishers.
- McCarthy, G., & Taylor, A. (1999). Avoidant/Ambivalent attachment style as a mediator between abusive childhood experiences and adult relationship difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, (3), 465-477.
- McElwain, N.L., Cox M.J., Burchinal, M.R., & Macfie, J. (2003). Differentiating among insecure mother-infant attachment: A focus on child-friend interaction and exploration during solitary play at 36 months. *Attachment & Human Development*, 5, (2), 136-164.
- Meins, E., & Russell, J. (1997). Security and symbolic play: the relation between security of attachment and executive capacity. *British Journal of Development Psychology*, 15, 63-76.
- Mellier, D. (2005). Temps présent et travail d'attention du bébé lors des retrouvailles après une séparation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 3-10.
- Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie*. Paris: P.U.F.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Bretherton, I., & Halfon, O. (2004). Associations between parental and child attachment representations. *Attachment & Human Development*, 6,3, 305-325.

- Misés, R. (2001). *3º Congresso Europeu de Psicopatologia da Criança e do Adolescente: Psicopatologia e Parentalidade*. Lisboa.
- Moggio, F. (2000). A observação - generalidades. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Coord.). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- O'Connor, T.G. (2002). Attachment disorders of infancy and childhood. In M. Rutter, & E. Taylor, (Eds.). *Child and Adolescent Psychiatry*, (4th ed). London : Blackwell Publishing.
- Oliveira, C. (2003). Qualidade da vinculação e ansiedade materna de separação nas crianças do pré-escolar. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional. Lisboa: ISPA.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Piha, J., & Helenius, H. (2001). Prenatal maternal representations: mothers at psychosocial risk. *Infant Mental Health Journal*, 22, (5), 529-544.
- Pederson, D.R., & Moran, G. (1996). Expressions of the attachment relationship outside of the strange situation. *Child Development*, 67, 915-927.
- Percy, M., Stadtler, A, & Sands, D. (2002). Touchpoints: changing the face of pediatric nurse practitioner. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27, (4), 222-228.
- Pesonen, A.-K., Räikkönen, K., Keltikangas-Järvinen, L., Strandberg, T. & Järvenpää, A.-L. (2003). Parental perception of infant temperament: does parents' joint attachment matter? *Infant Behavior & Development*, 26, 167-182.
- Picco, M. (2005). Travail psychique et maternité. De la «Transparence» à la symbolisation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 19-23.
- Pierrehumbert, B. (direction) (2005). *L'attachement, de la théorie à la clinique*. Paris: Éditions Érès.
- Pimentel, J. van Z.S. (1997). *Um bebé diferente : da individualidade da interacção à especificidade da intervenção*. Lisboa : Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pridham, K.F. (1985). What being the parent of a baby is like. In B.F. Perlmutter, J. Toulicitos & G.W. Holden (2001), (Eds), *Handbook of Family Measurement Techniques*. Vol.1 Abstracts, Vol.3 Instruments & Index. USA: Sage Publications.
- Pruett, K.D. (1998). Role of father. *Pediatrics*, 102, (suppl. 5), 1253-1261.
- Robson, K., & Savage, A. (2001). Assessing adult attachment. Interview course with Patricia Crittenden, November 2000-April 2001. *Child Abuse Review*, 10, 440-447.

- Rutter, M. (1981). Short-term effects of maternal deprivation: Modifying factors. In *Maternal Deprivation Reassessed*, (pp. 31-80). London: Penguin Books.
- Rutter, M. (1981). Influence on parenting and resilience in the presence deprivation. In *Maternal Deprivation Reassessed*, (pp. 198-218). London: Penguin Books.
- Sá, E. (1995). *Más maneiras de sermos bons pais: as crianças, o pensamento e a família*. Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2003). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Santos, M. (2003). *Adaptação da mulher ao nascimento de um filho*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA.
- Schaffer, H. R. (1979). *Saber ser mãe*. Lisboa: Morais Editores
- Schenk, L.K., Kelley, J.H., & Schenk, M.P. (2005). Models of maternal-infant attachment: A role for nurses. *Pediatric Nursing*, 31, (6), 514-517.
- Scher, A., & Mayseless, O. (2000). Mothers of anxious/ambivalent infants: Maternal characteristics and child-care context. *Child Development*, 71, (6), 1629-1639.
- Schneider, B.H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child-Parent attachment and childrens' peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology*, 37, (1), 86-100.
- Schuengel, C., Leiden, U., Van Ijzendoorn, M., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1998). Frightening maternal behaviour, unresolved loss, and disorganized infant attachment: A pilot-study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, (4), 277-283.
- Seligman, S. (2000). Clinical implications of current attachment theory. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 8, (4), 1189-1195.
- Shah, P., & Almeida, M^a da Conceição (2007). Pediatric Primary Care: A Missed Opportunity to Optimize Early Attachment Relationships. Poster apresentado na Conferência Internacional sobre Vinculação, 2007, Braga.
- Shin, Y.-J., Lee, K.-S., Min, S.-K., & Emde, R.N. (1999). A korean syndrome of attachment disturbance mimicking symptoms of pervasive developmental disorder. *Infant Mental Health Journal*, 20, (1), 60-76.
- Slade, A. (2000). The development and organization of attachment: implications for psychoanalysis. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 8, (4), 1147-1174.
- Soares, I. (1996). Vinculação: questões teóricas, investigação e implicações clínicas. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 11, 35-71.

- Soares, I. (2007). *Relações de Vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Solchany, J., Sligar, K., & Barnard, K. (2002). Promoting maternal role attainment and attachment during pregnancy: The parent-child communication coaching program. In J.M. Maldonado-Durán (Ed.), *Infant and Toddler Mental Health – Models of clinical intervention with infants and their families*, (1st ed., pp. 77-104). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The measurement of attachment security in infancy and childhood. In J. Cassidy, & P. Shaver (eds), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Shappi, & M. Soulé (Eds.), *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sousa, S. (2006). Cavidades de sonhos. In J. Rosa, e S. Sousa (Coord.), *Cadernos do Bebê* (pp. 29-35). Lisboa: Fim de Século.
- Spitz, R. (1979). *O primeiro ano de vida: Um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objectais*. (Orig. The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations, 1965. International Universities Press). São Paulo: Martins Fontes.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic Depression. *Psychoanalytic Study of Child*, 2, 313-341.
- Stoufe, L.A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Development*, 56, 1-14.
- Stoufe, L.A. (2003). Attachment categories as reflections of multiple dimensions: comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 39, (3), 413-416.
- Stoufe, L.A., & Sampson, M.C. (2000). Attachment theory and systems concepts. *Human Development*, 43, 321-326.
- Stoufe, L.A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Stadtler, A.C., Gorski, P.A., & Brazelton, T.B. (1999). Toilet training methods, clinical interventions, and recommendations. *Pediatrics*, 103, (6), 1359-1361.
- Stadtler, A., Tronick, E., & Brazelton, T.B. (2001). The Touchpoints pediatric asthma program. *Pediatric Nursing*, 27, (5), 459-461.
- Stams, G-J., Juffer, F., & Van Ijzendoorn, M.H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment and temperament in early childhood predict adjustment in middle

- childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38, (5), 806-821.
- Stein, M.T. (2004). Selective affective response to a parent in a 6-month-old infant. *Pediatrics*, 114, (5), 1407-1413.
- Stern-Bruschweiler, N. (1999). Motherhood: the emotional awakening. *Journal of Pediatric Health Care*, 13, 8-12.
- Stern-Bruschweiler, N., Stern, D. (1989). A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal*, 10, (3), 142-156.
- Stern, D. (1991). Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*, 12, (3), 174-185.
- Stern, D. (1992). O mundo interpessoal do bebé. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stern, D. (1998). Mother's emotional Needs. *Pediatrics*, 102, (suppl. 5), 1250-1252.
- Stern, D. (2001). 3º Congresso Europeu de Psicopatologia da Criança e do Adolescente: *Psicopatologia e Parentalidade*. Lisboa.
- Stern, D., Robert-Tissot, C., Besson, G., Rusconi-Serpa, S., de Muralt, M., Cramer, B., Palacio, F. (1989). L'Entretien «R»: une méthode d'évaluation des représentations maternelles. In *L'Évaluation des Interactions Précoces entre le Bébé et ses Partenaires*. Geneve: Ed. Eschel & Ed. Médecine et Hygiène.
- Stern, D. & Bruschweiler-Stern, N. (2001). *O nascimento de uma mãe - como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar.
- Strecht, P. (2007). *O teu pequeno nome - A vida emocional dos bebés*. Lisboa: Assirio & Alvim.
- Teti, D., & Gelfand, D. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.
- Thompson, R.A. (2002). Attachment theory and research. In Lewis *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*, (3rd ed, pp. 164-172). USA: Williams and Wilkins.
- Tranvsky, P. (1998). Strange Situation behaviours in Chinese infants. *Child Study Journal*, 28, (1), 69-88.

- Van Bakel, H.J.A., & Riksen-Walraven, J.M. (2002). Quality of infant-parent attachment as reflected in infant interactive behaviour during instructional tasks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, (3), 387-394.
- Van Del Bloom, D.C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mother with irritable infants. *Child Development*, 65.
- Van IJzendoorn, M.H., Goldberg, S., Kroonenberg, P., & Frenkel, O. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858.
- Vicente, L. (2006). A escuta : Do olhar ao tocar. In J. Rosa, e S. Sousa (Coord.), *Cadernos do Bebê* (pp. 29-35). Lisboa: Fim de Século.
- Weinberg, M.K., & Tronick, E.Z. (1998). Emotional characteristics of infants associated with associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*, 102, (suppl. 5), 1298-1304.
- Wendland, J. (2001). A abordagem clínica das interações pais-bebê : Perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicol. Reflex. Crit.*, 14, 1. Artigo retirado da Word Wide Web, www.scielo.br.
- Wendland, J. (2005). Les premiers liens: perspectives thérapeutiques et préventives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 71-77.
- Whitt, J.K., & Casey, P.H. (1982). The mother-infant relationship and infant development : The effect of pediatric intervention. *Child Development*, 53, 948-956.
- Widmayer, S.M., & Field, T.M.(1981). Effects of Brazelton demonstrations for mothers on the development of preterm infants. *Pediatrics*, 67, (5), 711-714.
- Winnicott, D. (1993). *Textos seleccionados: Da Pediatria à Psicanálise* (4ª ed.). (Orig. Collected Papers: Through paediatrics to psychoanalysis). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Winnicott, D. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant, développement affectif et environment*. Paris: Payot.
- Zeanah, C.H., & Boris, N. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In C.H. Zeanah (ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (2nd ed.). Nova Iorque: The Guilford Press.
- Zeanah, C.H. (2006). 10h World Congress of World Association for Infant Mental Health. Paris.

ANEXOS

ANEXO A

Pedido de autorização de recolha de amostra para dissertação de
Mestrado



Hospitals Civis de Lisboa

Hospital Dona Estefânia

Comissão de Ética do HDE

Presidente
Dra. Maria Do Carmo Vale

Vice Presidente
Dr. Francisco Abecasis

R. Jacinta Marto
1169-045 Lisboa

Contactos
Tel.: 213 126 925
Fax:

Endereço Electrónico

Para : Conselho de Administração do HDE

Ao C.A.
CA autoriza
16.07.20

Assunto : Pedido de autorização de recolha de amostra para dissertação de Mestrado

Palmira Amália Silva
Enfermeira Directora

A Comissão de Ética reunida a 13/07/2006, aprovou o pedido de autorização de recolha de amostra para dissertação de Mestrado, sob a orientação do Sr. Prof. Dr. Eduardo Sá.

Com os melhores cumprimentos,

Teresa Sustelo
Presidente do Conselho de Administração
Ana Cristina And
Vogal Executiva

HDE, 13 de Julho de 2006

J. Rosado Pinto
Director Clínico

A Comissão de Ética

[Handwritten signature]
(Dra. Maria do Carmo Vale)

Deu conhecimento à Dra. Silveira
26/7/06

Luís Simões Ferreira
Director

Unidade de Psicologia

Entrada

Assinatura

ENTRADA

06/07/26

EXPEDIENTE

SAÍDA

HOSPITAL D. ESTEFÂNIA
SERVIÇO DE PSIQUIATRIA
INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

06/07/26

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ENTRADA SAÍDA DESTINO
2006

*Presidência Sr. Dr. Silveira Isabel Pedro
Cópia para Sr. Dr. Margarida da Fonseca
Sr. Dr. Miguel Carmo Vale*

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital Dona Estefânia

Hospital Dona Estefânia

Assunto: Pedido de autorização de recolha de amostra para dissertação de Mestrado

À D. Maria de Camo

por informação

27/6/2006

J. Rosado Pinto
Director Clínico

Archieps Vale
Rosado Pinto
Director Clínico

À Comissão de Ética para parecer

27/6/06

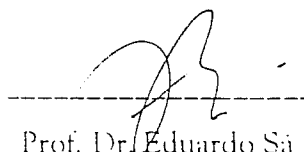
19

Silvia Isabel Prazeres Duarte, Psicóloga, a frequentar o Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, em Lisboa, estagiária voluntária no Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - equipa de ligação/internamento do HDE, e dando cumprimento à elaboração da dissertação, que se encontra sob a orientação do Profº Dr. Eduardo Sá, vem por este meio, solicitar a V. Exa. se digne autorizar a recolha de dados na Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia.

Este estudo tem como objectivo analisar e compreender a relação existente entre o estilo de vinculação parental e os estilos interactivos com os filhos, em mães de crianças que frequentam consultas de desenvolvimento (onde se utiliza o «modelo touchpoint»), e mães de crianças que frequentam consultas de desenvolvimento (onde não se utiliza o «modelo touchpoint»), a fim de questionar as vantagens e diferenças deste método. Para tal, será necessária a aplicação de dois questionários às mães, que visam avaliar o estilo de vinculação e as representações mentais face à maternidade, e a realização de uma observação livre da interacção mãe-criança, com a ajuda de uma grelha de observação, que visa avaliar os estilos interactivos.

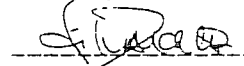
Gratos pela atenção prestada, encontro-me à disposição de V. Exa. para qualquer esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,


Prof. Dr. Eduardo Sá

Archieps Vale
Rosado Pinto
Director Clínico
9/06/06

HOSPITAL DONA ESTEFANIA
Lisboa, 1 de Junho de 2006
29 JUN. 2006
Lisboa, 1 de Junho de 2006


Silvia Duarte
06/06/2006

Silvia Duarte
E-mail: silvia.ip.duarte@clix.pt
TI M: 96 26 76 114
Margarida Fornelos
Coordenadora da Unidade de Psicologia
Recebido: 07/07/06

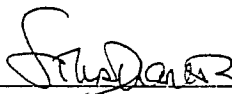
Exmos. (as) Senhores (as) da Comissão de Ética do Hospital Dona Estefânia

Na sequência do pedido ao Presidente do Conselho de Administração do HDE, para a realização do estudo intitulado "Estilos de vinculação, estilos de interação e o «*modelo touchpoints*», venho por este meio solicitar a V. Exas. um parecer para a concretização da parte experimental deste mesmo estudo.

Junto anexo um exemplar dos questionários que serão aplicados, carta de consentimento informado entregue às mães, uma adenda a especificar a respectiva metodologia e o requerimento entregue ao Presidente do Conselho de Administração.

Após a conclusão da investigação será entregue um exemplar do estudo ao Hospital de Dona Estefânia.

Lisboa, 1 de Junho de 2006



Silvia Duarte

ANEXO B

Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Sílvia Duarte, sou Psicóloga e sou aluna do Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Pretendo realizar um estudo que se intitula "Estilos de vinculação, estilos de interacção e o «*modelo touchpoints*», que se encontra sob a orientação do Prof. Dr. Eduardo Sá. Tem como objectivo compreender e analisar o estilo de vinculação parental e a ligação existente com os estilos de interacção estabelecidos com o seu filho.

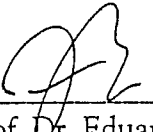
Para o efeito, venho solicitar a sua colaboração, que é fundamental, para preencher dois questionários, e autorizar a observação da interacção com o seu filho, numa consulta de desenvolvimento. É de salientar que a sua participação é voluntária e os seus dados pessoais serão salvaguardados e mantidos em anonimato, sendo utilizados unicamente para fins científicos. A sua desistência/recusa não terá qualquer tipo de consequências.

O estilo de vinculação parental e a representação que os pais fazem do que é "tornar-se pai", pela primeira vez, pode suscitar dúvidas, incertezas e medos, que podem desencadear diferentes tipos de interacção com os seus filhos. Com a sua participação, será possível reflectirmos e partilharmos eventuais formas de lidar com esta situação e perceber até que ponto os pais se sentem apoiados, quer pela família, quer pelos profissionais que acompanham os seus filhos.

Se aceitar participar neste estudo, por favor assine no espaço abaixo. Muito obrigado, a sua contribuição será muito importante.

Eu, _____ tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar nele. Fui esclarecida sobre todos os aspectos que considero importante e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informada que tenho o direito de recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequência para mim. Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura _____ Data _____



Prof. Dr. Eduardo Sá



Sílvia Duarte

ANEXO C

Descrição (pormenorizada) dos Touchpoints

DESCRIÇÃO TOUCHPOINTS

A CONSULTA PRÉ-NATAL – O BEBÉ IDEAL

Pontos chave de avaliação do TP Pré-Natal

Preparação – Os pais estão a preparar-se para a parentalidade quer física, quer mentalmente. A antecipação e a ansiedade relativa ao nascimento estão continuamente no seu pensamento à medida que a data se aproxima;

Bebé imaginado – O bebé imaginário, idealizado, perdido, e real, faz parte da vida interna dos pais. É uma prova do seu compromisso emocional com o bebé, da mudança no modo como se vêem a si próprios e da ansiedade relativa aos desígnios do futuro;

Relações – Uma reelaboração das relações acompanha a preparação para uma criança: a relação da mãe com a sua própria mãe torna-se mais intensa, e a amizade com pares que não tenham filhos pode perder importância. O profissional tem um papel nesta constelação de suporte à volta da futura mãe;

Pais imaginados – Os “pais em formação” podem sentir uma ambivalência entre orgulho e dúvida ao imaginarem-se como pais. Este tema está relacionado com o bebé imaginado.

Potenciais oportunidades para a prática

Aliança com os pais – É fundamental o estabelecimento de uma relação com os pais antes do bebé nascer. O profissional deve articular o seu compromisso ao bebé e aos pais;

Bebé imaginário – Deve ser explorado os sentimentos dos pais em relação ao bebé imaginário. O profissional deve aceitar tanto o bebé perfeito, como o bebé deficiente, que os pais possam descrever e valorizar o encantamento à volta deste bebé;

Apoio - Deve ser avaliada a disponibilidade e a natureza dos suportes sociais. A família alargada está envolvida? Os pais têm contacto com outros novos pais?

Guias antecipatórios

Definir o conhecimento - O profissional deve explicar que irá examinar o bebé de modo a ajudar os pais a prepararem-se para cuidar dele, tendo o cuidado de não potencializar ansiedades relativas ao recém-nascido. Deve adoptar uma postura disponível, de recurso para quando o bebé nascer;

Circuncisão - A circuncisão é um assunto que necessita ser discutido, se o bebé é um rapaz. Esta discussão deve ser feita de modo a trazer o pai para ela, envolvendo-o;

Alimentação - Deve ser discutida a preferência da mãe pela amamentação ou pelo biberon.

A CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO - O BEBÉ REAL

Pontos chave de avaliação do TP Recém-Nascido

Saúde - O meu bebé está bem? Os pais precisam de ter a certeza que o seu bebé é saudável. E se não é, eles necessitam de sinceridade e suporte na comunicação deste assunto;

Emoções parentais - Os pais experimentam emoções intensas e muitas vezes contraditórias e confusas, depois do nascimento do bebé. Alívio, ansiedade, amor, raiva, solidão, alegria e dúvida podem todas estar presentes. O bebé é um poderoso potenciador do limite das forças e fraquezas emocionais dos pais;

O bebé real - As características únicas do bebé - sexo, características físicas - vão sendo descobertas e são dotadas de significado pelos pais quando eles substituem a criança idealizada da sua imaginação pela real que receberam;

Vinculação - A relação com o bebé irá desenvolver-se ao longo do primeiro ano, mas os laços emocionais iniciais entre pais e criança são determinados pelos acontecimentos dos primeiros minutos e horas de vida juntos.

Potenciais oportunidades para a prática

Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal - A oportunidade mais importante desta visita é a observação do bebé com os pais. Utilizando a NBAS pode-se ajudar os pais a compreender a criança e fortalecer os laços afectivos;

A história do nascimento - Ouvir a história do parto é um meio pelo qual o técnico pode compreender as expectativas parentais para si próprios e para o bebé. Duração do trabalho de parto, uso de medicação, e o índice de Apgar são avaliados em relação às expectativas para o nascimento. Ouvir atentamente a narrativa permite ao técnico o privilégio de se juntar às alegrias e aos desapontamentos que os pais experienciaram. O processo de recontar a história dá aos pais a oportunidade de reconstruir a experiência de modo compreensível;

Apoio - É essencial avaliar o nível e a natureza do suporte que a mãe recebeu e que irá receber após sair do hospital. O papel do pai, a presença ou ausência de família alargada, pais trabalhadores, e amigos são tudo pistas daquilo que se poderá esperar após a alta. O papel do técnico dependerá, em parte, da eficácia deste sistema de suporte.

Guias Antecipatórios

Tentativa e erro - Deparar-se com a responsabilidade pela vida de outro ser pode ser angustiante. Assegurar um processo gradual, de tentativa e erro, num contexto de suporte pessoal e profissional aos pais, ajudará a prepará-los para os desafios mas não eliminará a ansiedade subjacente;

Amamentação - A amamentação é uma preocupação primária. Observar uma amamentação, discutir a sucção nutritiva e não nutritiva e preparar para um eventual horário exigente pode revelar-se útil;

Linguagem do comportamento - Ler o comportamento do bebé, particularmente em relação aos ciclos de sono-vigília, consolo e as competências demonstradas na NBAS, ajuda os pais a prepararem-se para o processo contínuo de compreenderem a linguagem comportamental do seu bebé;

Jogo - Enfatizar a importância das interações de jogo, diferente das rotinas dos cuidados, permite aos pais maior liberdade e prazer nas interações com o bebé.

A CONSULTA DAS TRÊS SEMANAS - O "POÇO" DE ENERGIA

Pontos chave de avaliação do TP das três semanas

Cansaço parental - O equilíbrio emocional dos pais está particularmente vulnerável nesta altura. As mães continuam a recuperar do parto e podem experienciar depressões pós-parto. As exigências do bebé são enormes, mas a sua capacidade para interagir com ele ainda não está bem definida.

Alimentação - As exigências de cuidado do bebé centram-se em torno da alimentação e do sono. A alimentação é vista como o representante máximo da capacidade parental para cuidar do bebé. Questões como o aumento de peso, horário de alimentação e evacuação são muitas vezes os assuntos primordiais para os pais nesta consulta.

Individualidade - A organização do comportamento e temperamento do bebé começa a ser mais evidente. A criança mostra gradualmente aos pais como ela reage aos seus esforços de cuidado.

Relações - As mudanças na vida dos pais são agora mais visíveis. A própria relação do casal alterou-se. Da mesma forma, as relações com a família alargada, amigos e sociedade em geral são, agora, substancialmente diferente do que era antes da chegada do bebé.

Potenciais oportunidades para a prática

Interpretação de estados – Ler e interpretar o comportamento do bebé que oscila entre o sono, birras e estado de alerta ajuda os pais a identificar o temperamento do seu bebé e normaliza comportamentos que podem ser confusos para os pais.

Sistema de suporte – É necessário avaliar os apoios à mãe, quando ela se confronta com as novas exigências do bebé. A mãe é muitas vezes deixada sozinha depois do nascimento. Torna-se necessário determinar como as relações com amigos, família e comunidade servem ou não para apoiar a mãe na sua *maternage*. É uma oportunidade para a ajudar a identificar quais as fontes de suporte.

Interacção – Nesta consulta, responde-se a questões sobre a alimentação, reconhecendo a contribuição do bebé na interacção. Salienta-se a importância da interacção, independentemente da responsabilidade da alimentação. Se o pai está presente, observa-se a interacção entre os três membros da família – o grau de envolvimento e de conforto do pai nas tarefas de cuidado, o apoio à mãe, e a relação com o clínico.

Guias Antecipatórios

Birras – Prevenir o aumento das birras por parte do bebé. Antecipar as possíveis birras do bebé, decorrentes da sobrecarga do dia, ajuda os pais a lidarem com a inevitável frustração de um bebé com cólicas.

Sucção do polegar – Discutir as tentativas iniciais do bebé para controlar o seu ambiente. Em particular, a sua capacidade de se confortar ou acalmar chuchando o polegar incita uma variedade de predisposições da parte dos pais.

Stress parental – Antecipe a capacidade dos pais para lidar com todas estas mudanças. Não obstante o cansaço e a natureza sobrecarregante desta fase, eles vão acabar por ser pais competentes, por entre tentativas e erros.

A CONSULTA DAS SEIS / OITO SEMANAS – O BEBÉ GRATIFICANTE

Pontos chave de avaliação do TP das seis / oito semanas

Socialização – O bebé está a tornar-se cada vez mais sociável. A sua crescente capacidade de se relacionar com o mundo – períodos de alerta maiores, atenção visual, sorriso social – oferece aos pais a oportunidade para interagir com o seu bebé, para além das tarefas de cuidado.

Confiança parental – O cansaço e o esvaziamento emocional que os pais experienciam às três semanas é substituído por uma maior disponibilidade para a parentalidade. Os novos pais e mãe não são mais simples sobreviventes: eles são pais. Como as rotinas da alimentação e sono estão a tornar-se mais estáveis e previsíveis, os pais tendem a ficar mais auto-confiantes. Por exemplo, eles conseguem discriminar o choro do bebé e organizar o seu próprio horário de sono melhor que às três semanas.

Relações – Os pais “regressam” ao mundo externo. O êxtase e o cansaço da entrega e ajustamento inicial à criança passaram e questões como o restabelecimento de relações e regresso ao trabalho tornam-se mais salientes. Nesta altura, estão conscientes que a sua relação está alterada para sempre.

Potenciais oportunidades para a prática

Interacção – Observam-se as respostas dos pais às sugestões de interacção do bebé. Se os pais parecem perder estas iniciativas ou são ineficazes nas respostas, o clínico facilita a interacção fazendo notar o sorriso do bebé, ou como ele se aninha e arrulha quando é embalado. A capacidade dos pais para discriminar o choro do bebé é um bom indicador da capacidade para ler o comportamento da criança.

Cuidados – Discutem-se as rotinas dos cuidados. Os pais podem agora acertar os seus próprios horários. A alimentação pode ser discutida com os pais no papel de conhecedores e transmissores de dados e experiências. Neste ponto, o clínico fornece orientações e fortalece a sua relação com os pais.

Depressão - Certifica-se se a mãe está a recuperar de alguma depressão pós-parto. Como é o seu aspecto? Ela está a regressar ao mundo dos adultos? Ela ainda está dominada pela responsabilidade com o seu bebé?

Guias Antecipatórios

“Explosão” cognitiva - Os pais devem ser preparados para o desenvolvimento cognitivo dos próximos meses. As rotinas da alimentação e do sono podem ser perturbadas à medida que o bebé ganha cada vez mais interesse pelo mundo exterior.

Jogo - Objectos para manipular, que se possam transferir de uma mão para a outra e levar à boca para explorar, começam agora a ser brinquedos apropriados. As brincadeiras «cara-a-cara» tornam-se mais apelativas e pelo seu comportamento o bebé pode solicitar tal interacção.

Trabalho - Se ainda não o fez, a mãe pode considerar o regresso ao trabalho. Neste caso, as questões relativas à separação e adequação de cuidados ao bebé deverão ser discutidas.

A CONSULTA DOS QUATRO MESES – OLHANDO PARA FORA

Pontos chave de avaliação do T.P. dos 4 meses

Vinculação - Fortes laços emocionais entre o bebé e os seus pais estão a formar-se através de padrões de interacção mais definidos e previsíveis.

Interesse pelo mundo - O bebé começa a direccionar a atenção para o exterior, interessando-se pelo mundo fora do contexto familiar.

Padrões de cuidado - As rotinas de cuidado estão estabelecidas, muitas vezes pelo efeito da maior confiança parental. As rotinas de alimentação e sono começam a ser mais previsíveis.

Exigências do bebé - As exigências de atenção por parte do bebé aumentam e são mais eficazes o que satisfaz o desejo de relação pais ou pode frustrar os pais que não conseguem corresponder a esta exigência.

Envolvimento parental - À medida que o bebé começa a estar mais interessado no mundo os pais podem ver mais oportunidades para interagirem com o bebé. As mães, no entanto, podem ver esta orientação para o exterior como uma perda de intimidade.

Potenciais oportunidades para a prática

Interações - Observa-se como os membros da família interagem durante a consulta. Observa-se como os papéis são definidos assim como a competição pelo bebé e pela atenção do técnico se manifesta.

Choro - Observa-se, quer durante a entrevista quer durante a observação, o modo como os pais respondem ao choro do bebé. São discriminados - tolerados? Discutem-se as interpretações que os pais fazem dos choros do bebé.

Sincronia - Observa-se o ritmo comportamental entre os pais e o bebé. Procuram-se oportunidades para apoiar a confiança parental através da partilha de observações da interacção recíproca.

Interesse no mundo - Observa-se a excitação ou o desapontamento parental pelo aumento do interesse do bebé pelo mundo exterior. Este comportamento deve ser interpretado positivamente, em termos de desenvolvimento.

A aliança - O técnico deve manifestar e partilhar o seu interesse pelo desenvolvimento do bebé. Os quatro meses constituem, muitas vezes, a altura da consolidação que permite ao técnico aprofundar o seu relacionamento com os pais.

Rotinas de cuidado - As rotinas devem ser discutidas. Os pais devem ser ajudados a compreender que podem agora exigir mais de um horário.

Guias Antecipatórios

Alimentação - Nesta idade, são esperados comportamentos de exploração durante a alimentação assim como recusa alimentar quando, ao mesmo tempo, existem acontecimentos excitantes.

Sono - Espera-se o aumento repentino do tempo de sono de noite, mas pode variar entre períodos de sono leve nos quais o bebé pode não necessitar de estar completamente acordado.

Jogo - Devem ser encorajadas as oportunidades para a brincadeira durante as rotinas de cuidado e aumentadas durante os próximos dois meses a partir da posição sentada. O interesse crescente pela manipulação de objectos deve ser encorajado.

Ansiedade ao estranho - Antes da próxima consulta, a ansiedade ao estranho pode tornar-se mais visível.

A CONSULTA DOS SETE MESES - LEVANTADO DE NOITE

Pontos chave de avaliação do T.P. dos 7 meses

Capacidades Motoras - As capacidades motoras do bebé, em conjunto com a cada vez maior atenção cognitiva, traz um maior controlo sobre o seu ambiente. A melhoria do controlo do tronco permite ao bebé explorar com as mãos mais livremente e a emergência da preensão em pinça permite-lhe, igualmente, usar as mãos com mais eficácia. Começa a explorar com uma finalidade.

Alimentação - As suas novas capacidades motoras e cognitivas afectam a alimentação do bebé, na medida em que ele já não se sente satisfeito em ser apenas alimentado. A distração dos últimos meses é substituída pela necessidade de estar mais activamente envolvido no processo alimentar bem como em tudo o resto.

Sono - A excitação em explorar o mundo estende-se à noite. Deitar o bebé para dormir e ter de levantar-se de noite para atender o bebé que acordou relembra aos pais os desafios que eles pensavam já ter deixado para trás.

Permanência do Objecto - O bebé começa a compreender que os objectos têm uma existência separada das suas próprias sensações perceptivas. O bebé mostra particular interesse na manipulação de objecto e na descoberta das suas propriedades físicas.

Potenciais oportunidades para a prática

Rotinas de Cuidados - O grande desenvolvimento do bebé despoletou desafios para os cuidadores quer na alimentação quer no sono. Cada um destes tópicos é uma área na qual a relação do técnico com os pais pode ser utilizada para ultrapassar estes desafios. O técnico deve usar esta oportunidade para aumentar as competências da família na resolução de problemas nestas áreas.

Disciplina - Com o aumento da mobilidade, bem como as mudanças na alimentação e no sono, a disciplina afigura-se como um outro assunto relevante nesta altura. É importante discutir o que a criança precisa de controlar e o que os pais podem controlar. Desde já se pode ir alertando os pais para eventuais acontecimentos que poderão afectar a capacidade dos pais para controlarem a criança nos próximos períodos de mudança.

Temperamento - Agora é uma excelente altura para pensar sobre o temperamento do bebé. Os indicadores de personalidade que se expressaram nas primeiras semanas são agora reais. O técnico pode ajudar os pais a utilizar esta altura para pensar sobre como eles se adaptaram a este ser único.

Guias Antecipatórios

Segurança - Assim que o bebé começa a movimentar-se por todo o lado, surgem os problemas ligados à segurança. Ter uma casa segura para o bebé e preparar-se para gerir a exploração que ele fará são tópicos importantes no início desta descoberta da mobilidade.

Estabelecer Limites – A curiosidade e a mobilidade do bebé trazem igualmente preocupações sobre os limites. Por agora, tem-se acumulado dados significativos relativos ao modo como os pais tendem a relacionar-se com o seu filho. Conselhos preditivos da sua tolerância ao comportamento do bebé podem cimentar o caminho para a disciplina efectiva.

Sono e Alimentação – Os pais podem esperar mudanças nos padrões de alimentação e sono caso estas ainda não tenham ocorrido. Discutir os assuntos relativos aos limites, ao sono e à alimentação ajuda os pais a prepararem-se para o inevitável desenvolvimento. Os pais devem deixar o seu bebé experimentar alimentar-se sozinho, p.e. comida que ele possa pegar com os dedos, e experimentar o copo e a colher.

Reacção ao Estranho – O bebé começa a ser cuidadoso em relação a pessoas desconhecidas. Isto pode ser particularmente verdade em relação aos membros da família alargada.

A CONSULTA DOS NOVE MESES – O DEDO ESPETADO

Pontos chave de avaliação do T.P. dos 9 meses

Mobilidade – As competências motoras estão na linha da frente da actividade do bebé. Por esta altura o bebé pode conseguir estar de pé mas ainda não tem a maturidade suficiente para andar. Ao mesmo tempo, o bebé pode gatinhar ou rastejar e ir a uma quantidade de lugares a que não conseguia chegar antes.

Referência Social – O bebé torna-se mais atento às reacções parentais sobre a sua actividade. Ele pode gatinhar até um local que é proibido e esperar pela reacção. Este comportamento abre todo um mundo novo de partilha de entendimento e desentendimento para pais e criança.

Permanência das Pessoas – O progresso cognitivo na compreensão que os objectos têm uma existência separada da percepção imediata da criança é agora largamente aplicada às pessoas. A medida que as pessoas vêm e vão, assim o bebé as quer manter perto ou as afasta.

Controle - Quer a alimentação quer o sono são afectados pela descoberta das novas competências para pensar e andar. Presta agora mais atenção às intenções dos outros.

Potenciais oportunidades para a prática

Alimentação - Devem ser discutidos as questões relativas ao dar algum controle ao bebé sobre a alimentação. O desmame pode ainda não ser necessário, mas permitir ao bebé controlar a comida que pode ser comida com as mãos e exercitar a sua curiosidade deve fazer parte da hora da alimentação.

Ansiedade ao Estranho - A resposta do bebé ao outro pode ser dramática. Este comportamento pode ser também relacionado com o seu comportamento exigente no sentido da maior atenção dos pais à sua nova competência cognitiva. Ajudar os pais a compreenderem o aspecto desenvolvimental desta nova conquista ajuda-os a lidar com as suas próprias respostas emocionais ao comportamento da criança.

Estabelecer Limites - Esta é uma oportunidade particular para avaliar a tolerância dos pais à independência do bebé. O técnico deve guiar os pais no sentido de compreenderem a necessidade que é para o bebé explorar e ajudar a definir limites para esta exploração com relação à segurança.

Dúvidas e Medos sobre o Desenvolvimento - Nesta idade, é importante a existência de um bom conhecimento sobre o desenvolvimento do bebé. Esta é muitas vezes a idade em que surgem diferenças devidas quer a vulnerabilidades biológicas ou ambientais. O técnico pode desmistificar estes receios dentro do contexto de aliança que desenvolveu com a família nos T.P. anteriores.

Guias Antecipatórios

Separação - As separações entre pais e filho podem tornar-se difíceis nos meses seguintes. Os pais devem ser preparados para a intensidade destas emoções e devem ser discutidas estratégias para lidar com as transições.

Alimentação - Os protestos do bebé para tomar o controle vão crescer. É preferível não alimentar o drama e o conflito entre os pais, reconhecendo que a importância da comida e das refeições tem uma base bastante forte na maioria das experiências parentais pessoais. Alimentar-se com as mãos pode ser um método de alimentação quando são dados à criança alimentos que a isso se proporcionam.

Segurança - Esta é uma excelente altura para dar aos pais literatura relativa a como tornar a casa mais segura para os bebés. É impossível falar na consulta de todos os riscos que uma criança pode correr, pelo que se pode recorrer a brochuras que expliquem estes tópicos.

A CONSULTA DOS DOZE MESES - A ANDAR

Pontos chave de avaliação do T.P. dos 12 meses

Independência - O equilíbrio entre a independência e a dependência baseia-se numa vinculação segura entre a criança e o seu cuidador. A capacidade para explorar o mundo depende da segurança das suas relações. O paradoxo de que maior dependência conduz a mais independência é muitas vezes difícil de aceitar por parte dos pais, principalmente numa altura em que a dependência é expressa tão veementemente.

Competências Motoras - A capacidade para andar sobre os dois pés é uma realização que é adquirida com bastante significado para os pais e excitação pela criança. Antecipar a capacidade sem ter ainda adquirido a maturação necessária pode ser frustrante para a criança. As expectativas dos pais pelos primeiros passos, por vezes elevadas ante o negativismo do bebé, podem fazer com que a aquisição desta competência se torne mais difícil do que devia ser.

Aprendizagem - Os meses que se seguem ao primeiro ano de vida são repletos de descobertas. Agora que a criança adquiriu a permanência do objecto, ela começa a explorar as propriedades dos objectos e todo o ambiente com interesse. Começa a fazer experiências com objectos e a observar a reacção dos outros face às suas descobertas.

Irritabilidade – Com os progressos nas competências para andar e comunicar por si própria, a criança pode começar a exigir usar estas novas competências. A sua comunicação pode adquirir uma tonalidade negativa na medida em que ela aprende que as suas directivas têm um efeito de mobilização dos cuidadores.

Potenciais oportunidades para a prática

Sono – De novo, o desenvolvimento da criança afecta o sono. O surgimento dos dentes molares pode contribuir para esta modificação. Tal como no T.P. anterior, deve ser de novo enfatizado que a criança necessita aprender a ir dormir com a ajuda de rituais (hora de dormir) e de respostas firmes, consistentes e de suporte por parte dos pais.

Alimentação – Nesta idade, a alimentação é algo frustrante tanto para a criança quanto para os pais. Os pais devem ser ajudados a compreender que a criança necessita de independência e o controle deve ser realizado numa refeição totalmente equilibrada. Os pais devem ser encorajados a proporcionar novos alimentos, evitando os que possam ser perigosos como as ervilhas, devem dar o exemplo de uma alimentação saudável e devem ser postos ao corrente das necessidades nutricionais da criança, de modo a que este não seja um factor de ansiedade. Existem apenas quatro nutrientes indispensáveis – leite, sumo de laranja ou fruta, proteínas e um multivitamínico.

Jogo – Entre a dependência emocional da criança e o seu comportamento desafiador à volta dos cuidadores, é fácil para os pais perderem o sentido de humor com o seu filho. Nesta idade, o mundo é um lugar aberto para explorar. Os pais podem sentir necessidade de falar sobre como poderão desempenhar os seus papéis como consultores experientes enquanto o seu filho descobre activamente o mundo à volta deles.

Guias Antecipatórios

“Mau Humor” - Podem ser esperados acessos de raiva no segundo ano de vida e os pais não devem sentir que é culpa deles. Ajudar o filho a lidar com estes sentimentos, sem responder de forma extrema, é o melhor que se tem a fazer. Como pode ser feito? Primeiro, ignorando o

comportamento enquanto se mantém a criança afastada de qualquer perigo e, depois da crise passar, dando-lhe o carinho e apoio que ela necessita.

Treino da Casa de Banho - Ainda é muito cedo para o treino mas não para a sua discussão. O técnico deve reservar tempo para compreender os planos que os pais têm e quem influencia estes planos. Entre os 18 meses e os 2 anos, a criança encontra-se física e emocionalmente pronta para este treino. Os pais devem ser ajudados a resistirem às sugestões de amigos, familiares e aos seus próprios desejos para a criança e proporcionar guias para as mudanças no desenvolvimento em cada idade na qual eles pretendem trabalhar no treino da casa de banho.

Agressividade - Assim que a criança entre no mundo social com os próprios pés ela está apta para experimentar um largo espectro de comportamentos para conseguir o que quer. Ela pode morder, arranhar, ou bater, especialmente quando o mundo está repleto de novas pessoas e objectos. Este comportamento agressivo inicial deve ser limitado calmamente, sem grande alarido nem atenção explícita.

A CONSULTA DOS QUINZE MESES - O TREPADOR

Pontos chave de avaliação do T.P. dos 15 meses

Autonomia - A explosão física e intelectual no desenvolvimento que marca esta idade exige que a criança exercite as suas novas capacidades. O desafio para os pais é encorajar estas novas capacidades enquanto propiciam segurança à criança e a ensinam quais são os limites.

Jogo - A criança é agora um verdadeiro explorador. As trocas com o mundo exterior são caracterizadas pela experimentação e descoberta. O banho é uma análise da água e das propriedades dos objectos que mergulham e flutuam. Cada recanto e fenda da casa são lugares a ser explorados. Em paralelo com este interesse na exploração, a criança interessa-se pelos efeitos que tem nas pessoas e nos objectos.

Capacidades Motoras - Assiste-se a uma grande variação na idade em que a criança começa a andar. A maioria das crianças, mas não todas, geralmente já se põem de pé nesta idade. Se não

o fazem, habitualmente os pais ficam preocupados. A motricidade fina é mais precisa. A criança pode tentar alcançar, apertar e largar pequenos objectos com grande facilidade desde os 12 meses. E pode afastar-se, a rir, combinando a sua autonomia emergente com as novas capacidades motoras.

Dependência - O outro lado da autonomia é a extrema dependência que é frequentemente experienciada nesta idade. Assim com a criança experimenta as suas novas habilidades, ela descobre que está num mundo extra familiar e, como tal, precisa assegurar-se que os pais estão lá quando ela precisar deles. A ansiedade de separação e do estranho estão no auge.

Linguagem - A aprendizagem da linguagem está a começar a tomar grande parte das energias da criança. A criança já utiliza algumas palavras, mas mais importante é a compreensão de que isto tem um grande impacto. Pode ser grande a frustração de querer dizer alguma coisa, saber que essa coisa pode ser dita, tentar varias vezes, mas não ser compreendida.

Potenciais oportunidades para a prática

Disciplina - O exercício das suas novas capacidade físicas, cognitivas e sociais desafia as capacidades dos pais para lidarem com o seu comportamento. Compreender e trabalhar com a energia associada com as novas capacidades é um dos lados da questão. O outro, é a necessidade dos pais reverem as suas estratégias parentais que tinham sido construídas sob a submissão de um bebé, não sob as exigências de uma criança desta idade. Limitar as batalhas pelo estabelecimento dos limites em assuntos importantes e permitir oportunidades para a autonomia são um bom começo para a discussão da disciplina.

Sono - Depois de começar a andar, a criança está pronta para dormir toda a noite. Uma breve sesta à tarde, relativamente cedo, de modo a que não perturbe a ida para a cama à noite, é suficiente. Se até agora a criança está habituada a dormir junto de alguém, esta pode ser uma altura difícil com a criança muitas vezes excitada e desperta nas primeiras horas.

Alimentação - Fazer a criança comer sozinha é o maior objectivo para a alimentação nesta idade. Ao mesmo tempo, a capacidade para a alimentar tem um enorme significado implícito

para os pais. Do mesmo modo, os conflitos à volta do controle pela alimentação podem ser intensos. Os pais devem ser informados acerca dos requisitos nutricionais mínimos para esta idade. Auxiliar os pais a apoiar as necessidades de independência da criança pode ajudar a limitar essas batalhas.

Aprendizagens - Aumento do negativismo e trocas entre dependência e independência podem servir para esconder o excitante período das descobertas intelectuais que caracteriza este período. As conversas diárias sobre as aquisições que a criança vai fazendo servem para não só ajudar os pais a tornarem-se guias para estas descobertas mas também para os ajudar a compreender o outro lado dos conflitos com que se deparam.

Guias Antecipatórios

Responsabilidades Parentais - O trabalho dos pais está em mudança. A criança não mostra tanta responsividade que caracterizará os anos seguintes. Os constantes esforços para a manter fisicamente segura são intensificados pelas suas exigências pessoais para a independência. Os pais devem ser encorajados a ser flexíveis ao mesmo tempo que exercem o seu controle sobre o seu comportamento quando realmente se justifica.

Mudança na vinculação - Durante este período, os laços entre os membros da família podem começar a modificar-se. O principal cuidador pode agora dirigir mais atenção para o mundo exterior à família, e o outro pai, ou outros membros da família, podem reconhecer que existe uma nova pessoa com quem se podem relacionar dentro desta criança. A criança mostra os seus afectos de modo diferente à medida que a sua vida social se torna mais complexa. Se existem irmãos, eles começam a desempenhar um papel mais importante na sua vida. É uma oportunidade para começar a brincar mais intensamente com outras crianças e afigura-se um óptimo canal para estimular a capacidade de estabelecer novas relações.

Diferenças Individuais - A descoberta, na infância, da individualidade da criança estava, para os pais, envolvida no desenvolvimento relacional. A menos que as suas características sejam o resultado de uma incapacidade ou atraso significativo, as diferenças relativamente às outras crianças são assunto de curiosidade e mesmo de divertimento. Contudo, assim que os filhos

entram no mundo social, as diferenças entre ela e as outras crianças tomam um novo significado para os pais. Dependendo da idealização que os pais fazem da criança ideal, as características particulares da criança, como sejam a passividade ou o gregarismo, podem representar uma imagem de falha. Os atributos positivos da personalidade devem ser assinalados e o estilo de aprendizagem pode ajudar a mediar as habituais comparações.

A CONSULTA DOS DEZOITO MESES – REBELDE COM UMA CAUSA

Pontos chave de avaliação do T.P. dos 18 meses

Cognição - Esta é a altura em que a capacidade para pensar se move do aqui e agora para o simbólico. Isto é mais visível em duas situações: por um lado, no aumento dramático do uso da linguagem não apenas para obter aquilo que precisa mas também para descrever e organizar a sua experiência e, por outro, no jogo simbólico mais sofisticado.

Sentido do Self - Este período é marcado pela grande mudança na auto-consciência da criança. A frustração que ela expressa quando falha na tentativa de imitar com sucesso os adultos, a sua consciência crescente do bom e mau comportamento e as suas expressões de orgulho aquando dos sucessos e empatia pelos outros, são tudo marcas do desenvolvimento de um claro sentido de si próprio.

Batalhas pelo controle - As novas competências são, inevitavelmente, acompanhadas pelo desejo de exercitá-las. O crescimento notável nas capacidades pessoais e intelectuais leva aos conflitos entre a criança e os seus cuidadores. Cada limite é um desafio à autonomia da criança. Os pais são muitas vezes surpreendidos pela intensidade que a criança traz para estes conflitos e que antes eram capazes de controlar.

Linguagem - A criança nesta idade tem, tipicamente, um conjunto de palavras que usa repetida e eficazmente, mas a sua compreensão da linguagem continua a liderar a sua capacidade para se expressar. Os adultos podem usar a linguagem para explicar coisas e controlar o seu comportamento mais eficazmente do que no passado. Mas a criança continua presa ao físico e sensorial. As expectativas para a compreensão da linguagem devem ser equilibradas com o

conhecimento de que a criança continua a necessitar do contacto directo com as pessoas e com os objectos.

Potenciais oportunidades para a prática

Disciplina - Este é o ponto no qual os pais mais querem ajuda. O controle que eles tinham sobre o filho desapareceu. A criança não só desafia a autoridade parental mas parece que o faz pelo puro prazer do conflito. A criança está a pedir limites e estes devem ser colocados de forma clara quando absolutamente necessários. Os conflitos por si devem ser evitados com o uso do poder parental e, uma vez fortalecidos, quando forem realmente necessários.

Competências Sociais - A criança de 18 meses está muito mais alerta socialmente do que estava há três meses atrás. Apesar de continuar muito dependente dos cuidadores, ela está agora mais capaz e mais ansiosa por estar com as outras pessoas. Se ainda não tiver sido exposta ao contacto com outras crianças, esta é uma excelente altura para que comece a passar mais tempo com os pares.

Alimentação - Esta pode ser bastante desordenada! Ao nível motor, começa a usar os utensílios com alguma competência. Ao mesmo tempo, ela pode sentir-se um pouco frustrada e, simplesmente, querer usar as mãos. Em quase todas as actividades nesta idade a criança é compelida a realiza-las por si própria e pode usar a alimentação como uma oportunidade para experimentar o seu efeito nos pais, "provocando-os". Ainda pode continuar a exigir amamentação. As discussões acerca do desmame do peito ou biberon envolvem, invariavelmente, pensar quer sobre as necessidades de controlo da criança quer sobre a contínua necessidade de proximidade que acompanha a amamentação. Todas estas questões estão inundadas de significado para a mãe. Poderá ser de grande ajuda tranquilizar e esclarecer acerca dos requisitos nutricionais mínimos desta idade.

Sono - Tal como no *touchpoint* anterior, o desenvolvimento das novas capacidades pode perturbar o sono. É vulgar nesta idade a criança querer continuar as suas actividades à noite, com o aumento da obstinação própria da idade a juntar-se ao problema. Limitar as sestas para

mais cedo no dia, bem como definir clara e firmemente as rotinas de dormir, ajudará a lidar com a inevitável dificuldade em ir para a cama.

Guias Antecipatórios

“Mau Humor” – Se os pais ainda não experimentaram a intensidade dos acessos de mau humor devem preparar-se agora. É importante discutir a necessidade de manter a criança em segurança e estabelecer a importância da consistência e cuidado parental, o que ajudará os pais a lidar com os acessos de mau humor se e quando eles se manifestarem.

Segurança – O período compreendido entre os 18 meses e os 2 anos é um período de oportunidades ilimitadas para a criança. A criança ainda não tem o controle interno que lhe permita não correr riscos. Ao mesmo tempo, ela começa a compreender padrões para o seu comportamento. Esta é uma altura importante para os pais estarem atentos e orientar a criança, ao mesmo tempo que ela negocia o subir as escadas ou as grades do berço e se afasta rapidamente quando anda na rua.

Infância – Os pais e a criança estão em fase de transição entre uma criança pequena e uma criança maior. O negativismo, a teimosia e as flutuações entre a dependência e independência conspiram para dotar este período de uma qualidade ameaçadora! Contudo, o desabrochar do sentimento de self, da capacidade para usar a linguagem, da compreensão social e do brincar mais sofisticado podem antecipar as recompensas de uma parentalidade bem sucedida.

Treino dos Esfíncteres – A pressão social e familiar para este treino já se fez sentir em muitos pais. Este é um período no qual esta pressão pode ser canalizada para a reflexão acerca da maturidade para o treino em vez de ser transferida para a própria criança. É a altura em que os pais podem procurar e fortalecer os sinais de preparação cognitiva, da linguagem e motor na criança. Falar acerca dos conceitos de seco/molhado, do que fazemos na casa de banho e fortalecer a capacidade de vestir e despir podem ser etapas importantes neste processo. A presença de um bacio, é agora apropriado.

A CONSULTA DOS DOIS ANOS – CHEGANDO AO “NÃO”

Pontos chave de avaliação do T.P. dos 2 anos

Jogo Simbólico - A criança entra agora num completo mundo novo: o mundo da imaginação. Ela começa a realizar as actividades do seu dia-a-dia na brincadeira e a imitar os papéis dos adultos que estão à sua volta. A criança manipula os objectos, p.e. blocos, bonecas, camiões, de modo a dar noção de um mundo complexo.

Linguagem - A capacidade que a criança tem para dar significado à sua brincadeira é paralela à capacidade para o fazer com a linguagem. Ela é capaz de usar verbos em frases curtas e começa a utilizar a linguagem como meio de interpretar as suas próprias acções. O considerável aumento da capacidade de compreender e usar a linguagem permite-lhe entrar na “comunidade dos falantes”.

Autonomia - A famosa teimosia da criança de dois anos tem dois lados: por um lado, é o culminar de novas descobertas ao nível das capacidades físicas, cognitivas e sociais, que necessitam ser expressas e, por outro lado, é a sobregeneralização dessas capacidades percebidas a tudo o que seja imaginável. Os pais que embalaram a sua criança vêem-se agora confrontados com uma personalidade que acredita possuir ela própria uma “agenda” mais importante que a deles!

Capacidades motoras - Aos dois anos, a criança tem um maior controlo motor do que tinha a alguns meses atrás. A motricidade global desenvolveu-se de tal forma que agora ela é capaz de subir para qualquer coisa! A motricidade fina permite-lhe segurar um copo com uma mão e manipular pequenos objectos. A criança move-se agora com muito mais confiança e mestria, um reflexo não apenas da competência ao nível motor mas também de um mais forte sentimento de self.

Potenciais oportunidades para a prática

Sono - Tal como no *touchpoint* anterior, o sono é um item particularmente vulnerável aos efeitos dos ganhos desenvolvimentais. A criança pode agora falar para si própria quando vai dormir, em parte, resultado dos esforços parentais para a ajudar a adormecer. Este “monólogo” na hora de dormir é, muitas vezes, um refazer das actividades diárias, o.s., um esforço que a criança faz para dar sentido ao mundo utilizando esta extraordinária ferramenta que é a linguagem. Os terrores nocturnos e os pesadelos podem surgir, nomeadamente depois de um dia longo ou difícil e podem necessitar da segurança do conforto do adulto.

Alimentação - A alimentação é o domínio onde as batalhas pelo poder são mais aparentes. A criança pode ter agora um bom controlo sobre aquilo que põe na boca mas não ainda de forma completamente adequada. Ela necessita deste controlo e acções como alimentá-la como uma criança pequena ou exigir o “requite” de uma criança mais velha devem ser evitadas.

Jogo - Aos dois anos, a linguagem do comportamento da criança encontra-se na sua forma mais articulada durante a brincadeira. Podemos ver os temas principais que são “actuados” no jogo simbólico bem como a facilidade ou dificuldade com que a criança manipula e compreende os objectos e as pessoas à sua volta. Com esta observação, podemos quer aceder ao desenvolvimento da criança quer ajudar os pais a compreenderem a riqueza da vida emocional e intelectual de uma criança de dois anos.

Treino dos Esfíncteres - Este treino é o tópico em maior destaque na agenda dos pais entre os dois e os três anos de vida da criança. Contudo, cabe à criança decidir quando começar este treino. O processo gradual no qual os pais permitem à criança tomar o controlo da actividade é, geralmente, bem sucedido. Deve-se prestar atenção às subcompetências do treino dos esfíncteres - dizer, despir, ir à casa de banho, limpar, vestir, puxar o autoclismo e lavar as mãos - o que torna o processo mais eficiente.

Competências Sociais - Ao mesmo tempo que crescem as oportunidades para a criança interagir com outras crianças, os episódios de agressividade também crescem. A criança está a experimentar o seu efeito nos outros. De igual modo, nesta altura, ela já tem uma compreensão

crescente das normas e capacidade de auto-consciência. Esta é a altura ideal para se alimentar as capacidades de empatia e comportamentos sociais através da brincadeira supervisionada com outras crianças.

Guias Antecipatórios

Treino dos Esfíncteres - Deve-se ajudar os pais a resistir às sugestões de amigos e familiares e aos seus próprios desejos se a criança ainda não está preparada. Também podem ser discutidos com os pais alguns passos que eles podem realizar de modo a ajudar a sua criança nesta tarefa.

Emotividade - O humor inconstante da maioria das crianças de dois anos já é bem conhecido. Os pais devem estar preparados para o possível negativismo mesmo que a criança esteja entre pessoas com pouca probabilidade de serem inconstantes. Reflectir sobre os sentimentos da criança através de palavras e promover um apoio firme mas contentor quando a criança perde o controlo ajudá-la-á a compreender os seus limites emocionais.

Agressão - Muitas vezes a criança pode tornar-se agressiva quando confrontada com pares que se colocam no seu caminho ou que querem o mesmo brinquedo que ela. Apesar das consequências naturais aplicadas às crianças virem a tornar-se a maior batalha na mediação do comportamento agressivo da criança, os pais podem apoiar o desenvolvimento das competências sociais preparando a criança para esses encontros e deixando-a saber que eles esperam que ela se auto-controle.

Responsabilidade - Não é demasiado cedo para começar a iniciar a criança em pequenas tarefas domésticas. Levará ainda algum tempo até que a criança consiga lavar um prato ou ir buscar os instrumentos que vão ser usados para cozinhar, mas agora, que o seu sentido de competência está a florescer, estes padrões de ajuda e responsabilidade podem começar a ser estabelecidos.

Televisão - As crianças, nesta idade, na qual a imaginação está em crescente e a aprendizagem ainda está grandemente dependente da actividade física, são particularmente vulneráveis aos efeitos negativos da televisão. Se é usada, deverá sê-lo por pouco tempo, com grande selecção e bastantes directrizes.

A CONSULTA DOS TRÊS ANOS – PORQUÊ?

Pontos chave de avaliação do T.P. dos 3 anos

Imaginação - Com a capacidade para usar símbolos, a criança desenvolve agora uma vívida e activa imaginação. Ela representa, na sua cabeça, aspectos do seu mundo e as suas relações com os outros. E, agora que tem a capacidade de gerar novas ideias independentemente da sua experiência, ela começa a usar a fantasia de modo a ajudá-la a organizar e dar sentido ao complexo mundo que a rodeia. Um amigo imaginário ou um objecto transitivo, p.e., um ursinho de peluche, podem ser particularmente importantes nesta idade.

Medos e Fobias - Em conjunto com a capacidade para usar a imaginação para a ajudar a separar as suas experiências e sentimentos vêm os medos e as fobias quando a sua capacidade para imaginar focaliza num aspecto incómodo da sua experiência. A linha entre a realidade e a fantasia, em particular se está a acordar, não é completamente clara. Os sentimentos são reais e devem ser respondidos com respeito e conforto.

Linguagem - É o *boom* da linguagem. Torna-se o principal meio através do qual a criança se relaciona com os outros, da mesma forma que é usada pela própria criança para organizar o seu mundo. Isto é quando muitas crianças começam a fazer perguntas constantemente, quando falam para si próprias enquanto brincam e quando lhes é pedido que “usem palavras” quando precisam de alguma coisa. A forma como os pais e outros adultos usam a linguagem é incorporada no modo como a criança a usa e tem grandes implicações para a experiência escolar. Ensinar pode ser um processo mais cooperativo na medida em que ela começa a expandir a sua capacidade para representar ideias em palavras.

Relações com os Pares - A criança de três anos é, quase sempre, uma criança muito sociável. Agora está mais capaz de tolerar separações dos seus cuidadores do que há um ano atrás e é fortemente atraída pelo jogo interactivo com os pares. A criança ainda não tem as competências necessárias para partilhar e cooperar em jogos muito estruturados mas é capaz de trabalhar activamente nas interacções.

Compreensão Social - A criança está mais apta para ler as pistas dos outros, compreender o impacto do seu comportamento e actuar de acordo com o que é suposto. Os pais esperam dela um comportamento mais maduro e o mau comportamento é tido com maior significado. É capaz de colocar os pais um contra o outro e não revelar as suas intenções.

Potenciais oportunidades para a prática

Treino dos Esfíncteres - Se os pais tiverem levado de forma suave este treino e se não existiram muitos conflitos à volta deste assunto, a criança de três anos obteve sucesso no treino dos esfíncteres. A maioria das crianças de três anos já alcançaram este marco do desenvolvimento mas, por vezes, podem surgir algumas "fugas". Este retrocesso é mais comum entre os rapazes. Tal como na fase inicial, a resolução destes contratempos e a altura certa deve estar sob o controlo da criança. Para aquelas crianças que ainda não alcançaram este marco, a pressão parental pode ser esmagadora e ainda se pode tornar mais pelas expectativas daqueles que cuidam da criança ou do jardim-de-infância.

Refeições - A hora das refeições é carregada de expectativas dos pais para o bom comportamento. Em nenhum outro lugar as suas próprias experiências enquanto crianças influenciaram tão dramaticamente quanto aqui. Uma vez que as crianças de três anos são grandes observadoras, as rotinas parentais são as que mais influencia têm no comportamento da criança na hora das refeições. Nesta altura, a criança está preparada para uma rotina diária de três refeições e os snacks podem ser reduzidos na medida em que as refeições se tornam elas próprias uma rotina. Devem ser discutidos os requisitos nutritivos mínimos de modo a tornar as refeições uma experiência familiar bem sucedida.





Separação - Muitas crianças de três anos, apesar da sua atracção pelos pares e do seu crescente acesso ao mundo alargado podem, por vezes, sentir-se perdidos na ausência dos seus cuidadores primários. Para além disto, muitos pais enviam à criança sinais subtis de que ela não consegue e não está preparada par obter sucesso sem a sua ajuda. Discutir estratégias para ajudar nas separações problemáticas são importantes para a continuação da evolução das relações pais-criança.

Jardim-de-Infância - A aptidão para a escola torna-se uma questão social. Os pais de todas as classes socioeconômicas são constantemente confrontados com as expectativas de ter os seus filhos preparados para competir na escola. Deve ser discutido qual o melhor programa para os filhos de acordo com as necessidades destes. Aos três anos, o ênfase deve ser colocado no brincar como um dos primeiros meios de compreensão da experiência e do manejo das relações entre pares. Muitos dos esforços para acelerar o processo educacional através de exigências acadêmicas às crianças do pré-escolar é tido como contraproducente.


Identidade Sexual - Parte do trabalho da criança desta idade é estabelecer a sua identidade sexual. Os temas mais comuns do jogo simbólico da criança são aqueles que põem em cena os papéis masculino e feminino. Em conjunto com o trabalho identitário interno, a criança torna-se activa na exploração do corpo dos outros. Os pais devem estar preparados para estes interesses e como lidar com eles. Deve-se reconhecer que os pais irão manifestar um largo espectro de atitudes e preocupações pessoais em relação a estes desenvolvimentos.

O TOUCHPOINT DOS SEIS ANOS

À entrada para a escola é importante que seja feita uma avaliação global da saúde e do neuro-desenvolvimento, orientada para as aprendizagens formais e académicas:

-  Compreensão das noções de espaço e tempo;
-  Orientação visuo-espacial;
-  Organização temporo-espacial;
-  Linguagem e expressão oral.

A criança deverá ter um repertório de competências sociais que lhe permita adaptar ao ambiente escolar e a novos adultos de referência e socializar no grupo de pares. Quanto às competências relacionadas com as aprendizagens formais, deverão ser avaliadas:

-  Competências Sensoriais (visão e audição);

- ✎ Linguagem e articulação verbal;
- ✎ Coordenação motora e sensório-motora;
- ✎ Desenvolvimento cognitivo;
- ✎ Atenção e memória;
- ✎ Desenvolvimento psico-afectivo;
- ✎ Envolvimento sócio-familiar.

No que diz respeito à linguagem, a criança de seis anos tem uma linguagem fluente, a sintaxe básica adquirida, um vocabulário extenso, variável com a experiência e o código linguístico da família e pode apresentar omissões ou trocas fonéticas. Tem, habitualmente, uma articulação verbal correcta, por vezes com alguns infantilismos passageiros e pode, ainda, articular deficientemente alguns fonemas, p.e., “r” intercalado, “ch”, “j”, “nh/lh”. Devem despistar-se, antes dos cinco anos, os problemas de:

- ✎ Fonação ou ressonância anómalas;
- ✎ Alterações persistentes do ritmo e da fluência;
- ✎ Distorções, omissões, adições, trocas ou substituições de fonemas.

Existem alguns tópicos que podem ser usados para uma avaliação da linguagem na criança, p.e.:

- ✎ Conversar com a criança e observá-la a conversar com os pais;
- ✎ Perguntar à criança o nome, morada, o que fez nesse dia;
- ✎ Apresentar-lhe um livro de figuras e pedir-lhe que nomeie objectos e figuras e que descreva as cenas do dia-a-dia;
- ✎ Pedir-lhe para relacionar objectos em função da sua utilidade, função ou forma.

Em caso de dificuldades na linguagem, sugere-se:

- ✎ Reavaliação da audição e avaliação neuro-desenvolvimental;
- ✎ Contar e dramatizar histórias e eventos;
- ✎ Lenga-lengas, adivinhas e cantigas infantis;

- ✎ Reforço da explicação verbal (repetição de instruções);
- ✎ Apelo ocasional à comunicação não verbal para enquadrar situações ou conceitos.

A área da coordenação motora (global e fina) também deve ser avaliada nesta idade, nomeadamente:

- ✎ A quantidade e qualidade da experiência (proficiência na manipulação, autonomia no vestir e despir, actividades lúdicas e desportivas);
- ✎ A imaturidade neuro-motora - persistência de movimentos involuntários parasitas (sincinésias, tremores...) e imaturidade ou indefinição na lateralidade e/ou dominância;
- ✎ Grau de apreciação das informações não visuais de retorno (tácteis, cinestésicas e propioceptivas).

Habitualmente, uma criança de seis anos tem os raciocínios e conhecimentos básicos adquiridos. É capaz de interpretar e generalizar, associar e dissociar, orientar-se no espaço de no tempo e tem um raciocínio operacional concreto.

Quanto ao desenvolvimento psico-afectivo, devam ser observados os seguintes itens:

- ✎ Capacidade para cooperar e competir;
- ✎ Dependência, Independência e Autonomia;
- ✎ Construir relações (amizades e inimizades);
- ✎ Auto-estima e auto-imagem;
- ✎ Temperamento: agressividade, assertividade, timidez ou extroversão;
- ✎ Comportamentos.

É importante avaliar o envolvimento sócio-familiar da criança, nomeadamente a dinâmica relacional intrafamiliar, as expectativas face às aprendizagens dos filhos, o relacionamento dos pais com os professores/educadores (rivalidade, confiança, competição, cooperação, ...), as memórias e experiências do passado e o ambiente cultural e sócio-económico.

Guias Antecipatórios

Problemas de Comportamento - Palavrões, violência (agressor, vítima, espectador) ou vandalismos.

Estilos de Vida - Segurança, higiene, sono, alimentação e tempos livres.

Desenvolvimento Moral - Mentir e roubar, p.e.

ANEXO D

Quadro resumo de linhas de interacção que podem ser observadas durante a consulta pediátrica

LINHAS DE INTERACÇÃO QUE PODEM SER OBSERVADAS DURANTE A CONSULTA
PEDIÁTRICA

		Comportamento da Criança	Comportamento dos Pais
COMPORTAMENTOS DE BASE SEGURA	<i>Ausência de stress na criança</i>	<ul style="list-style-type: none"> * A criança empenha-se numa “exploração confortável” do ambiente: pode abrir portas/armários do gabinete; * Pode verificar os seus comportamentos com o cuidador através de pistas visuais (p.e., contacto visual). 	<ul style="list-style-type: none"> * Os pais proporcionam uma presença segura e de apoio que permite a exploração.
	<i>(+) Stress na Criança</i>	<ul style="list-style-type: none"> * A criança usa os pais como fonte de conforto; * A criança pode procurar o cuidador ou realizar apelos para atrair a sua atenção através do contacto visual; * A criança pode chorar, segurar-se, tentar alcançar ou movimentar-se para os pais; * A proximidade física dos pais é reconfortante e organizadora para a criança. 	<ul style="list-style-type: none"> * Os pais reconhecem o stress da criança: “Eu sei que estás com medo mas vai tudo correr bem... está tudo bem!”; * Os pais tranquilizam a criança: “Não te preocupes, eu estou aqui!”; * Os pais utilizam estratégias úteis para lidar com os problemas, tais como cantar, distrair, ou ler um livro em conjunto; * Os pais deslocam-se para perto da criança; * Os pais abraçam a criança ou proporcionam proximidade física;

<p>COMPORTAMENTOS DE BASE INSEGURA</p>	<p>(+) <i>Stress</i> na Criança</p>	<ul style="list-style-type: none"> * A criança evita o contacto com os pais quando está angustiada/ aflita; * Quando a criança está angustiada, pode recorrer a estranhos em vez de recorrer ao conforto parental; * Quando está angustiada, a criança tenta correr para fora da sala em vez de procurar o conforto do cuidador; * A criança parecer ter medo dos pais; * A criança expressa zanga para com os pais apesar de não parecer provocada. 	<ul style="list-style-type: none"> * Os pais não dão resposta à angústia da criança; * Os pais respondem bruscamente ou de forma crítica à angústia da criança: “Pára de chorar, estás a chorar porquê?!”; * Os pais expressam zanga para com a criança quando esta está angustiada.
--	-------------------------------------	---	---

ANEXO E

Questionário “Como é ter um bebê” (What being the parent of a baby is like)

COMO É TER UM BEBÉ ¹

Instruções: Para cada questão, por favor **faça um círculo** à volta do número que melhor traduz a sua resposta.

1. Em que medida tem sido satisfatório para si ser pai?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada satisfeito								Completamente satisfeito

2. A sua vida alterou-se desde o nascimento do bebé?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada								Muito

3. Quanto tempo pensa no seu bebé quando está em casa com ele/ela?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Muito pouco								Sempre

4. É-lhe fácil deixar de pensar no seu bebé?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Não muito fácil								Muito fácil

5. Em que medida pensa que afecta positivamente o desenvolvimento do seu bebé?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada								Muito

6. Quanto tempo o bebé, ou os cuidados ao bebé, preenchem o seu pensamento?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Muito pouco								Sempre

¹ Tradução livre da escala "What being the parent of a baby is like", de K.F. Pridham.

21. Em que medida a sua vida com outros membros da família mudou?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada								Muito

22. É fácil, para si, deixar o bebé com outra pessoa que não o seu companheiro/marido quando sai?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada fácil								Muito fácil

23. Sente-se satisfeita com o modo como se relaciona com o bebé e com as necessidades do bebé?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada satisfeito								Completamente satisfeito

24. Em que medida pensa que ter um bebé afecta o que faz e quando o faz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada								Muito

25. Em que medida o bebé, ou os cuidados ao bebé, surgem em primeiro lugar nos seus pensamentos, tomando o lugar de outras coisas, nas quais, de outra forma, despenderia tempo a pensar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada								Muito

26. Por favor, utilize este espaço para escrever algo que julgue ser importante para nos ajudar a compreender o que é para si "ser pai" de um bebé:

ANEXO F

Questionário “Estilo de Vinculação” (Attachment style questionnaire)

QUESTIONÁRIO DO ESTILO DE VINCULAÇÃO²

Instruções: Mostre em que medida concorda com cada um dos seguintes itens, ordenando-os na seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
Totalmente Totalmente em desacordo acordo	Fortemente em desacordo	Desacordo	Concordo	Fortemente em acordo	em

- ___ 1. Sou, principalmente, uma pessoa de valor.
- ___ 2. Sou mais fácil de conhecer do que a maioria das pessoas.
- ___ 3. Sei que as outras pessoas estarão perto de mim quando precisar delas.
- ___ 4. Prefiro depender de mim próprio que de outras pessoas.
- ___ 5. Prefiro guardar as coisas para mim.
- ___ 6. Pedir ajuda é admitir que sou um falhado.
- ___ 7. O valor das pessoas devia ser avaliado por aquilo que conseguem.
- ___ 8. Conseguir coisas é mais importante que construir relações.
- ___ 9. Fazer o nosso melhor é mais importante do que relacionar-se com outros.
- ___ 10. Se se conseguiu um trabalho, deve-se fazê-lo custe o que custar (independentemente dos outros e dos seus sentimentos).
- ___ 11. Para mim, é importante que os outros gostem de mim.
- ___ 12. Para mim, é importante evitar fazer coisas que sei que os outros não gostam.
- ___ 13. Para mim é difícil tomar uma decisão, a menos que saiba o que as outras pessoas pensam.
- ___ 14. A minha relação com os outros é geralmente superficial.

² Tradução livre da escala "Attachment style questionnaire", de J.A. Feeney e P. Noller.

-
- ___ 15. Penso, por vezes, que não sou suficientemente bom.
- ___ 16. Acho difícil confiar nos outros.
- ___ 17. Acho difícil depender dos outros.
- ___ 18. Acho que os outros evitam aproximar-se de mim tanto quanto eu gostaria.
- ___ 19. Acho relativamente fácil aproximar-me das outras pessoas.
- ___ 20. Acho fácil confiar nos outros.
- ___ 21. Sinto-me confortável dependendo de outras pessoas.
- ___ 22. Preocupo-me que outros não se preocupem comigo tanto quanto eu me preocupo com eles.
- ___ 23. Preocupo-me com o facto de as pessoas se aproximarem demasiado.
- ___ 24. Preocupo-me com o facto de não ser capaz de avaliar correctamente as outras pessoas.
- ___ 25. Sinto sentimentos contraditórios sobre o estar próximo de outros.
- ___ 26. Ao mesmo tempo que quero estar próximo dos outros, sinto dificuldade em fazê-lo.
- ___ 27. Pergunto-me porque quererão as pessoas envolver-se comigo.
- ___ 28. Para mim, é muito importante ter uma relação próxima.
- ___ 29. Preocupo-me bastante com as minhas relações.
- ___ 30. Pergunto-me como conseguirei relacionar-me sem o amor de alguém.
- ___ 31. Sinto-me confiante nos relacionamentos com os outros.
- ___ 32. Sinto-me, muitas vezes, à margem ou sozinho.
- ___ 33. Preocupo-me, muitas vezes, por não conseguir relacionar-me com outras pessoas.
- ___ 34. As pessoas têm os seus próprios problemas, portanto não as incomodo com os meus.
- ___ 35. Quando falo sobre os meus problemas com outros, muitas vezes sinto-me envergonhado ou tonto.
-

-
- ____ 36. Estou demasiado ocupado com outras actividades para despende tempo nos relacionamentos.
- ____ 37. Se tenho algum problema, em geral os outros dão atenção.
- ____ 38. Sinto que as outras pessoas irão gostar de mim e respeitar-me.
- ____ 39. Sinto-me frustrado quando preciso dos outros e eles não estão disponíveis.
- ____ 40. As outras pessoas decepcionam-me frequentemente.

ANEXO G

Questionário « aberto » de caracterização da criança

Responda às questões que se seguem, colocando uma **cruz na opção** que melhor traduz a sua resposta (**excepto na questão 1**, onde indicará um número)

1. Quantas vezes, em média, num mês, recorre às urgências hospitalares com o seu filho/a?

2. Sente que o seu filho/a adocece frequentemente?

Sim

Não

2.1. Como lida com a situação, de um modo geral?

Vou às urgências

guardo e falo com o pediatra

Automédico

Outro _____

3. Como caracteriza o seu comportamento, de um modo geral, face a alterações na saúde do seu filho/a?

Ansioso

Angustiado

Em pânico

Relaxado

Tranquilo (sei que tenho apoio médico adequado e disponível)

Despreocupado

Outro _____

4. Como descreve o seu filho/a?

Tranquilo

Irrequieto

Irritável

Difícil de acalmar

Dependente

Autónomo

Sociável

Introverso

Outro _____

ANEXO H

Escala de indicadores de vinculação durante situações de stress (AIDS)
(The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators
during stress)

ESCALA AIDS

Escala de Indicadores de Vinculação Mãe-Criança no decurso de uma situação stressante

Comportamento da criança durante o evento stressante

	1	2	3	4	5	x
OLHAR	Desvia o olhar da cara da mãe	Quase nunca procura a cara da mãe. Olhar flutuante para a cara da mãe	Olha episodicamente para a cara da mãe	Frequente olhar longo e curto para a cara da mãe	Olha para a cara da mãe por longos períodos	Comportamento não observado
VOCALIZAÇÃO	Quieto. Nunca vocaliza	Quase nunca vocaliza ou sussurra	Vocaliza episodicamente ou chora moderadamente	Vocaliza frequentemente ou chora intensamente	Choro intenso e incontrolável a maioria do tempo	Comportamento não observado
TOQUE (a)	Nunca toca ou procura o contacto com a mãe	Quase nunca toca na mãe	Toca episodicamente na mãe	Frequentemente tenta alcançar o contacto com a mãe	Quando perto, toca sempre na mãe	Comportamento não observado
(b)	Afasta-se sempre do contacto da mãe	Frequentemente afasta-se do contacto da mãe	Episodicamente afasta-se do contacto da mãe	Raramente se afasta do contacto da mãe	Nunca se afasta do contacto da mãe	Comportamento não observado
"HOLDING"	Resiste violentamente ao holding; afasta-se sempre da mãe	Não fica relaxado nos braços da mãe; afasta-se dela frequentemente	Permanece nos braços da mãe e no seu ombro; afasta-se episodicamente	O corpo molda-se ao da mãe; raramente se afasta	Atira activamente o corpo para a mãe. Apega-se fortemente.	Comportamento não observado
APECTO	Sempre bastante	Frequentemente	Ansiedade e/ou	Raramente	Sempre sorridente	Comportamento

	angustiado e receoso/tímido	irritável, receoso ou apático	prazer intermitentemente moderados ou não claro	tenso; sorri bastante	não observado
PROXIMIDADE	Nunca segue o corpo da mãe ou mesmo com os olhos; vai para um canto afastado ou fora da sala	Quase nunca segue o corpo da mãe, nem com os olhos; vai muitas vezes para um canto afastado da mãe	Segue a mãe, ou com os olhos, intermitentemente	Segue frequentemente a mãe ou com os olhos	Comportamento não observado

Resposta materna ao stress da criança

	1	2	3	4	5	x
OLHAR	Desvia o olhar da cara da criança	Quase nunca olha para a cara da criança. Olha de modo fugaz para a cara da criança	Olha episodicamente para a cara da criança	Frequentemente longos e curtos olhares para a cara da criança	Fixa a atenção na cara da criança por longos períodos	Comportamento não observado
VOCALIZAÇÃO	Quieta. Nunca vocaliza	Poucas palavras, arrulhos ou murmúrios	Vocaliza episodicamente para a criança	Discurso frequente, arrulhos, murmúrios	Vocalizações intensas ao longo do exame	Comportamento não observado
TOQUE (a)	Nunca toca ou tenta tocar na criança	Quase nunca toca na criança	Toca episodicamente na criança	Toca e aproxima-se frequentemente	Quando perto, toca sempre na criança	Comportamento não observado

	Afasta-se sempre da criança	Afasta-se frequentemente do seu toque	Afasta-se episodicamente do seu toque	da criança	Nunca se afasta do seu toque	Comportamento não observado
(b)						
"HOLDING"	Afasta, aborrecida, a criança ou segura-a afastada do corpo	Segura a criança firme e desajeitadamente. Não está relaxada	Relaxada, segura episodicamente, a criança, contra o seu peito ou ombro.	O seu corpo molda-se à criança e mantém o contacto até a criança acalmar	O corpo inclina-se para a criança, seguido de um envolvimento prolongado com moldagem	Comportamento não observado
AFFECTO	Sempre e intensamente angustiada e com medo	Frequentemente irritável, com medo ou apática	Ansiiedade moderada intermitente e/ou com prazer ou não clara	Rara tensão, sorri largamente	Sempre a sorrir	Comportamento não observado
PROXIMIDADE	Deixa a sala de observação	Frequentemente fora do alcance da criança ou num canto distante da criança	Parada ou sentada, intermitentemente, com os braços ao alcance da criança	Frequentemente em contacto físico com a criança	Sempre em contacto físico com a criança	Comportamento não observado

Crescimento e desenvolvimento: normal ___ anormal ___ Explique: _____

Comportamento social aparente: normal ___ anormal ___ Descreva: _____

Circunstâncias anormais no dia: não ___ sim ___ Descreva: _____

