

# Evidências em Intervenção Precoce



Coordenação  
Marina Fuertes, Clarisse Nunes e João Rosa  
dezembro 2016

*Evidências em Intervenção Precoce*

Coordenação de Marina Fuertes, Clárisse Nunes e João Rosa

Revisão Científica de Anabela Faria e Miguel Barbosa

Edição de Susana Torres

Este livro surge resultante de algumas teses e trabalhos dos estudantes de Mestrado de Intervenção Precoce na Escola Superior de Educação de Lisboa das edições de 2013/15 e 2015/17. Os professores do mestrado, Catarina Tomás, Clárisse Nunes, Dalila Lino, Francisco Vaz da Silva, Isabel Madureira, João Rosa, Marina Fuertes e Tiago Almeida, apoiaram de modo transdisciplinar os estudantes na recolha de dados e planificação da intervenção junto das crianças, suas famílias e nos seus contextos de vida.

Contámos, ainda, com as preleções e aconselhamento de Margarida Santos e Teresa Marques.

Este livro resulta da colaboração de todos.

CIED (Centro Interdisciplinar de Estudos Educacionais)

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa

dezembro\_2016

ISBN 978-989-95733-8-3

<https://doi.org/10.34629/ipl/eselx/ebook.006>



“Os vossos filhos não são vossos. Eles são os filhos e as filhas da saudade que a vida sente de si própria. Podeis tentar ser como eles mas não tentei torná-los iguais a vós (ao vosso sonho ou aspiração), pois a vida não anda para trás, nem se detém no ontem”

Khalil Gibran (2001)



*Aos nossos filhos e filhas*



## Índice

### Artigos

Intervenção Precoce na linha de horizonte das famílias <i>Marina Fuertes</i> .....	9
Estudo da Sensibilidade Materna em Díades de Risco Biológico, Ambiental e Acumulado <i>Ana Serradas, Barbara Tadeu, Hélia Soares e Marina Fuertes</i> .....	19
A Importância do Pai na Qualidade da Auto-Regulação do Bebê <i>Inês Gonçalves e Marina Fuertes</i> .....	37
A importância de um olhar atento – trabalho em parceria em intervenção precoce <i>Eduarda Coimbra, Inês Ferreira e Sónia Cabral</i> .....	55
Vidas entre continentes – uma história de resiliência <i>M<sup>a</sup> Alice Domingos, Rita Almeida, Elizabete Vaz e Maria João Alves</i> .....	77
Somos uma família, somos uma equipa <i>Cristina Rodrigues, Joana Guimarães, Melissa Cravo e Tatiana Grazina</i> .....	93

### Posters

Influência das variáveis do bebé no desenvolvimento da criança e na interação mãe-filho <i>Iris Seixas, Isabel Barroso, Isabel Fernandes, Marina Fuertes e João Rosa</i> .....	119
A Minha Escola Fará Diferença? Influência da Qualidade do Contexto Educativo no Desenvolvimento Infantil <i>Inês Guerreiro, M<sup>a</sup> Alice Domingos, Rita Almeida, Rute Casimiro Marina Fuertes e João Rosa</i> .....	123
Brincar a dois tempos – estilos de comunicação entre pais e filhos em jogo livre <i>Filipe Pinto, Isabel Barroso, Miguel Branco, Isabel Fernandes, Andreia Ferreira, Ana Ladeiras, Otilia Sousa, Catarina Veloso &amp; Marina Fuertes</i> .....	127
Crescer no afeto: a relação entre as práticas de IPI e a qualidade do jogo <i>Cristina Rodrigues, Joana Guimarães, Melissa Cravo, Tatiana Grazina, Marina Fuertes e João Rosa</i> .....	133



# Intervenção Precoce na linha de horizonte das famílias

Marina Fuertes

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa, Centro de Psicologia da Universidade do Porto

[marinaf@eselx.ipl.pt](mailto:marinaf@eselx.ipl.pt)

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.061>

## Resumo

Numa linguagem acessível pretende-se responder a algumas questões habitualmente colocadas pelas famílias quando procuram serviços de intervenção precoce: O que é a intervenção precoce na infância? Que serviços podem ser prestados e por quem? Qual o quadro legal em Portugal? Que papel podem ter as equipas locais de intervenção precoce? No processo de resposta procura-se desmistificar algumas ideias sobre o desenvolvimento infantil e sobre as práticas de intervenção precoce e, sobretudo, salientar o contributo da família, dos profissionais e a capacidade de resiliência da criança para o sucesso das práticas.

Palavras-Chave: Intervenção Precoce na Infância; Profissionais; Famílias; Desenvolvimento Infantil

Os pais preocupam-se com o desenvolvimento dos seus filhos. É natural, ao perceberem nos filhos áreas fortes e áreas fracas, interrogarem-se acerca do bom curso deste desenvolvimento. Esta preocupação, quando não é excessiva, prepara e ajuda a prestação parental.

Em parâmetros globais podemos dizer que quando um bebé se atrasa, em quase todas as áreas, aproximadamente 3 meses no primeiro ano, 6 meses no segundo ano e, um ano ou mais a partir do segundo ano, pais, educadores e pediatras devem ficar atentos e observar a criança. É certo que alguns bebés atrasam-se um pouco numa área, por exemplo, na autonomia, ou na linguagem, ou na locomoção, mas recuperam mais tarde e não requerem nenhum tipo de apoio específico. Outros precisam de experiências facilitadoras das aquisições em atraso. A intervenção precoce (doravante IP) é um serviço educativo com objetivo de melhorar as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento da criança nos seus contextos de vida (Bairráo, 1995). Este artigo está escrito numa linguagem acessível e pensado para responder às questões dos pais: Como é feita esta intervenção? Como se organizam estas equipas em Portugal? Qual o seu modelo de trabalho? Qual o papel das famílias?

### **Agir cedo**

O cérebro humano transforma-se drástica e rapidamente nos primeiros três anos de vida. Nesse período de mielinização são evidentes as mudanças na configuração neuronal dos bebés. Antes do nascimento, o embrião produz mais neurónios do que precisa, criando uma «densa floresta». No fim do período embrionário, muitos neurónios terão desaparecido por apoptose e os axónios ligaram-se aos neurónios que em conexão permitem a transmissão da informação (Broman & Fletcher, 1999). Após o nascimento, a intensa rede neuronal volta sofrer novo surto de crescimento à medida que as experiências sociais alimentam novas conexões e permitem

que outras desapareçam (e.g., Panksepp & Biven, 2012). A fisiologia neuronal que possuem possibilita-lhes a aquisição de informação, o armazenamento dessa informação e a complexificação do processamento que lhes permitirá grandes conquistas como ficar de pé, andar ou falar, entre muitas outras (revisão em Carey 2011). Estas aquisições desenvolvimentais que estão na base de muitas outras devem ocorrer dentro do período esperado (revisão em Shonkoff & Phillips, 2000). Estes conhecimentos realçam a importância da IP que tem por objetivo despistar as perturbações ou atrasos significativos de desenvolvimento infantil e apoiar a criança e sua família o mais atempadamente possível. Desejavelmente, a intervenção deve ocorrer nos primeiros três anos de vida.

Quando uma criança tem um problema os pais são, geralmente, os primeiros a preocuparem-se. Podem não ser técnicos especializados, mas conhecem os seus filhos como ninguém. Contudo, alguma investigação indica que os pais têm receio de demonstrar as suas inquietações aos profissionais de saúde ou de educação para não «levantarem» diagnósticos ou rótulos sobre os seus filhos que os podem «marcar» (Fuertes, 2010). Quando os pais se dirigem a estes profissionais acontece receberem um reconfortante “isso é normal para a idade”, ou então, serem confirmados nas suas suspeitas. No primeiro caso (“é normal para a idade”) e se pelo menos dois técnicos independentes lhe confirmam que é normal, é tempo de esperar. No caso de um profissional achar normal e outro estar preocupado, o que contando com os pais já são várias pessoas preocupadas, importa reunir mais informação. As opiniões do médico e da educadora são igualmente importantes e fundamentais. O médico saberá compreender a saúde da criança e o seu organismo do ponto de vista clínico. O educador de infância saberá compreender aquela criança com quem passa muito tempo e pode aconselhar os pais do ponto de vista pedagógico e desenvolvimental. Por vezes, os técnicos já estavam alertas e o facto de os pais falarem sobre o problema, liberta a comunicação. Na realidade, os profissionais procuram sempre que possível esperar pelos pais, ou seja, preferem que sejam os pais os primeiros a levantar a questão e a pedirem ajuda. Todavia, quando os pais preferem não falar para não serem considerados ansiosos, todo este processo se atrasa.

**OS PAIS TÊM TODO O DIREITO A PREOCUPAREM-SE COM OS FILHOS.**

### **Pedir ajuda a quem e como?**

Em 2009, foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e as práticas de IP passaram a ser reguladas pelo decreto-lei nº 291/2009 (os Açores e a Madeira têm legislação específica). A IP destina-se a crianças dos 0 aos 6 anos (preferencialmente dos 0 aos 3 anos) e suas famílias. Tal como previsto no decreto-lei enunciado, as crianças elegíveis têm alterações da estrutura ou funções do seu corpo, atrasos de desenvolvimento, doenças crónicas ou incapacitantes, ou estão em risco de desenvolvimento por acumulação de fatores de risco (quatro ou mais).

Na origem de um atraso ou alteração do desenvolvimento de uma criança pode estar um risco de índole biológica, como por exemplo uma incapacidade visual, auditiva, motora. Não obstante, também pode resultar de um problema ambiental, como por exemplo más condições de vida ou problemas familiares (estudo de caso, em Fuertes, 2011). Aliás, geralmente os riscos biológico e ambiental contaminam-se e, raramente, encontramos situações de risco exclusivamente ambientais ou biológicas (Samerrof & Fiese, 2000). Por exemplo, uma criança com doença crónica grave que, por inerência de vários internamentos

hospitalares tem uma presença irregular na escola, terá mais dificuldade em estabelecer amizades com as outras crianças da escola. Desse modo a doença (problema biológico) associa-se a um problema ambiental: a dificuldade de inclusão na escola.

Os pais podem começar por pedir ajuda aos profissionais que já seguem os seus filhos (por exemplo: pediatra, enfermeiro, o educador, etc.) que encaminham a família para as equipas de intervenção precoce ou para serviços especializados. Igualmente, qualquer técnico que lide de perto com a criança pode, com o acordo da família, pedir a ajuda à Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI).

## **ELI: Que equipas são estas?**

As equipas locais de intervenção precoce (doravante ELI) são, geralmente, constituídas por um grupo de técnicos com diferentes especialidades (e.g., médicos, educadores, psicólogos, terapeutas, técnicos de serviço social, etc.) i.e., são multidisciplinares. Com efeito, dada a multiplicidade de problemas a que as equipas respondem, são necessários vários especialistas em psicologia, desenvolvimento infantil, saúde, educação, e serviço social. Em cada caso, só se ocuparão os técnicos necessários. Por exemplo, algumas crianças precisam apenas de apoios terapêuticos específicos (e.g., terapia da fala).

Mas quantas pessoas vão avaliar e trabalhar diretamente com a criança? Poucas, a equipa de IP seleciona um dos seus técnicos como responsável de caso para apoiar a criança e a família. Esse técnico trabalhará com o médico, com o educador da criança e com os pais combinando conjuntamente com todas estas pessoas um plano de intervenção que todos levarão a cabo (McGonigel, Woodruff, & Roszmann-Millican, 1994). Os técnicos de intervenção precoce formam uma equipa coesa com os outros técnicos e com os pais (nalguns casos com outros familiares). Todos decidem em conjunto os objetivos, as áreas a trabalhar e como trabalhar. Todos trabalham em equipa e reúnem esforços. Esta forma de atuação é denominada transdisciplinar (e.g., King, Strachan, Tucker, Duwyn, Desserud & Shillington 2009). Ressalve-se que nem sempre é possível centralizar tudo no responsável de caso pois a criança pode precisar de apoios específicos complementares, mas essa centralização é desejável.

## **Como fazer a intervenção?**

A intervenção precoce é feita todos os dias nos contextos de vida da criança (em casa, na escola, na casa dos avós, nos tempos livres) (e.g., Kendrick, Elkan, Hewitt, Dewey, Blair, . . . & Brummell, 2000). Imagine uma criança com graves problemas de comportamento. Para a ajudar a lidar com o problema e a diminuir a intensidade do seu comportamento as pessoas da vida criança devem trocar informação, aferir causas e estabelecer uma estratégia comum de atuação. A equipa de intervenção precoce especializada ajuda a planear, a imaginar soluções, oferece apoios terapêuticos e promove uma boa comunicação entre todas as partes envolvidas (Fuertes & Luis, 2014). Combinadas as estratégias entre todos aqueles que diariamente cuidam da criança, elas devem ser colocadas em prática por todos e em simultâneo na escola, em casa, na casa dos avós (por exemplo: arrumar os brinquedos após brincar, não se levantar da mesa sem pedir autorização, partilhar, corrigir o que faz errado). Mais do que uma sessão por semana com um técnico num gabinete procura-se que a criança receba a mesma influência de todos quantos lidam com ela (revisão em Fuertes, 2011).

As regras e as rotinas ao tornarem-se sistemáticas e coerentes são mais facilmente aprendidas, compreendidas e aceites pela criança (Dunst & Bruder, 2002).

Noutros casos, como os problemas de linguagem ou as dificuldades motoras, os técnicos durante as visitas a casa ajudam a família a desenvolver atividades e deixam algumas sugestões de exercícios. Nada muito complicado. Podem, por exemplo, pedir aos pais para treinarem a subida de degraus com os filhos. Geralmente, também dão pistas ou sugestões para a realização da atividade proposta. Assim, durante algumas semanas (e sempre que possível) os pais poderão desafiar o seu filho(a) a subir as escadas com eles, em vez de irem de elevador. Claro que demorarão mais tempo até chegar mas poderão fazê-lo num clima positivo, lúdico e encorajando os esforços da criança.

### **Qual o papel da família na IP? Ajuda para a criança ou para a família?**

A ideia de intervenção precoce, surgiu nos Estados Unidos, para reagir aos elevados índices de insucesso escolar e para fomentar a integração multicultural nas décadas de 40 e 50 do século passado. Para responder a problemas, nos EUA por volta década de 60 do século passado, começam surgir propostas de Educação Compensatória (revisão em McCollum & Maude, 2002). Uma iniciativa social a partir da educação, no qual se previa apoios suplementares de educação (aulas de apoio), de saúde e económicos (apoios para comprar livros, por exemplo) às crianças com insucesso escolar ou problemas de desenvolvimento. Era uma resposta que era dada a crianças que não eram portadoras de “deficiência” mas tinham dificuldades em aprender, assumindo que essas dificuldades podiam ser diminuídas com apoios escolares e sociais. Por ventura, o programa educativo e social mais emblemático foi o programa americano Head Start. A avaliação dos resultados deste programa indicou que muitas crianças atingiam o sucesso com estes apoios (Meisels & Shonkoff, 2000). Contudo, quando após um ano de sucesso (i.e., as crianças abrangidas obtinham sucesso escolar ou melhorias significativas no seu desenvolvimento) os apoios eram retirados, as dificuldades escolares regressavam (Ludwig & Miller, 2007). Parecia um ciclo sem fim, as crianças só atingiam sucesso escolar à custa destes apoios. Não obstante, um grupo de crianças obteve bons resultados e mantiveram os bons resultados após terminados os apoios. Alguns estudos indicaram o que era importante (e.g., Barnett, 2011; Castro & Mastropieiri, 1986; Lazar & Darlington, 1982):

- agir cedo – as crianças que tinham sido apoiadas antes da entrada para a escola e antes de lidarem com o insucesso tinham resultados melhores e mais duradouros;

- agir na e com a família – todos os estudos indicaram que o papel da família era uma variável chave para o sucesso da criança.

A família é quem melhor conhece a criança e, portanto, é detentora de informação preciosa para os técnicos, que a devem ouvir e respeitar. A família conhece melhor os hábitos, os interesses e as necessidades da criança e os técnicos podem ajudá-la a concretizar os objetivos da intervenção mediante uma parceria.

A investigação sobre o papel da família identificou várias fases (gerações) na relação entre técnicos e pais e avaliou os seus resultados (revisão em Simeonsson & Bailey, 1990):

- não envolvimento – houve períodos em que a família não participava na intervenção, era meramente informada das decisões dos técnicos. Os resultados indicaram que estas práticas não eram eficazes;

- envolvimento passivo – posteriormente, a família começou a ser envolvida e os seus problemas e necessidades foram ouvidas, mas eram os técnicos que faziam o “diagnóstico” e planeavam a intervenção. Esta visão desvalorizava as potencialidades da família e desresponsabilizava-a. Os resultados deste modelo foram ultrapassados pelo modelo seguinte;

-envolvimentoativo–aequipaformulaoplanodeintervençãocomafamíliae,afamíliaéenvolidanasatividades designadas para a criança (corresponsabilização da família). Neste modelo os pais relatam as suas preocupações e necessidades e, partindo desta informação, os técnicos definem um plano de ação. No delineamento do plano, os pais são ouvidos sobre as estratégias a implementar. A família é frequentemente informada dos progressos da criança e incluída no programa com atividades a desenvolver em casa;

-práticas centradas na família–o quarto modelo de intervenção é o mais recente, nele a família assume-se como um membro da equipa tomando parte nas decisões. Este é o modelo, de todos os descritos anteriormente, que apresenta resultados mais duradouros (não só eficaz a curto mas também a longo prazo). Os apoios não são só para a criança mas, também, para a família. Assim, o plano de intervenção prevê objetivos e apoios para a criança e para a família. Deste modo, são designados para a família recursos da comunidade e procura-se aumentar a sua integração social e promover competências parentais (Guralnick, 1997). Por exemplo, um pai ou uma mãe com uma doença mental súbita (por exemplo, depressão) ou que sofreu uma grande perda pode precisar de apoio temporário na prestação parental. Nestes casos, a intervenção da equipa não se centra na criança mas nos pais e na comunidade envolvente (Bairráo & Almeida, 2003). Em suma, as equipas de intervenção precoce apoiam os pais ou a criança ou ambos, no melhor interesse da criança.

A investigação mais recente indica que os benefícios da participação da família se devem a três grandes ordens de razão (revisão em Guralnick, 2005)):

-Conhecimento sobre a criança–embora os técnicos sejam especialistas no desenvolvimento infantil, ninguém conhece melhor a criança do que os seus pais. Nesse sentido, os pais e os técnicos devem trocar informações. Os pais podem relatar aos técnicos os hábitos, interesses, gostos e preferências da criança. Os técnicos podem ajudar os pais a perceber os aspetos desenvolvimentais do crescimento dos seus filhos;

- Os pais podem dar continuidade às práticas dos técnicos – no dia-a-dia e sem carácter rotineiro ou de treino intensivo, a estimulação necessária pode ser incluída pela família nas rotinas diárias da criança, em clima familiar e descontraído. Assim, os esforços dos técnicos são replicados diariamente, consistentemente e menos mecanicamente;

-Melhorar a qualidade da prestação parental–os problemas de desenvolvimento ou de aprendizagem resultam, muitas vezes, de falta de informação dos pais ou de dificuldade em responder à criança por inerência de múltiplos problemas pessoais, profissionais ou de saúde. Nestes casos, apoiar os pais na resolução dos seus problemas é a melhor forma de ajudar a criança.

A eficácia e o sucesso das práticas da intervenção dependem das relações estabelecidas entre a equipa de técnicos

e a família (revisão em Dunst & Bruder, 2002). A confiança conquista-se no tempo, não é de esperar que a família nos primeiros contatos partilhe todas as suas dificuldades e necessidades. Contudo, a equipa deve fazer um esforço de abertura e honestidade na comunicação:

- Quais são os nossos propósitos? O que podemos fazer pela família, o que não podemos e o que não queremos fazer? O que pode fazer a família? Como fazer?

Uma vez estabelecido o elo de confiança, a equipa pode apoiar-se na família e a família na equipa.

As necessidades da família, muitas vezes, vão muito para além de questões económicas relativamente ao pagamento das sessões terapêuticas para as crianças. Em famílias com crianças com graves incapacidades ou perturbações do desenvolvimento, o tempo e o lazer passam a ser raros e valiosos (revisão em Dunst, Trivette, & Deal, 1994). Por vezes, as equipas de intervenção precoce não têm meios para dar tempo às famílias mas podem organizar grupos de pais<sup>1</sup>. Estes grupos podem criar “bancos de tempo” (i.e., famílias que tomam conta dos filhos umas das outras por períodos específicos ou que fazem atividades em conjunto ganhando tempo para lazer). A partilha de recursos entre famílias é uma forma fundamental de conseguir com o apoio de outros, fazer aquilo que não se consegue fazer sozinho.

## O presente e o futuro...

O filósofo da educação americano John Dewey (1979) afirmou que “as crianças não estão a ser preparadas para a vida numa fase da vida e a viver noutra fase”, a vida decorre no tempo em que nos preparamos para o futuro. Muitas vezes hipotecamos o presente para conquistar o futuro. Por vezes, os pais e os técnicos de uma criança com dificuldades de aprendizagens ou alterações do desenvolvimento estão tão centrados no “problema” que perdem de vista a criança em crescimento. Com efeito, prepará-la para obter sucesso escolar ou para vir a ser um cidadão autónomo e integrado socialmente são importantes questões. A terapia da fala, a intervenção psicomotora, estimulação precoce e clínica e outras, estimulam as áreas em atraso de desenvolvimento e dão contributos cruciais para a concretização desses objetivos. Todavia, o bem-estar da criança não pode ser esquecido. A oportunidade de ter amigos, de brincar, de receber e dar carinho, de errar ou de tentar sozinha geram autoestima, novas aspirações e novo autoconceito, e destas novas representações internas resultam a motivação e a felicidade impulsionadora de novas aprendizagens, competências e afetos (Fuertes & Santos, 2015).

O futuro é difícil de prever e raramente é o que esperamos. Convém refletir. O que estamos a fazer hoje? Que oportunidades estamos a dar à criança hoje? Elas são válidas em si mesmas ou só fazem sentido a longo prazo? Que sonhos e aspirações tem a criança? O que diz a criança? O que dizem à criança? Ela é feliz? E adulto que com ela vive é feliz? E é feliz com ela?

## Referências bibliográficas

Bairráo, J. (1995). A perspectiva ecológica em psicologia da educação. *Psicologia*, X, 3, 7-30

Bairráo, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 17, 1, 15-29.

<sup>1</sup> A Associação Pais em Rede oferece aos pais de crianças com incapacidades ou perturbações de desenvolvimento a oportunidade de formarem redes de suporte e de obterem apoio em grupos de pais.

Barnett, W.S. (2011). Effectiveness of early educational intervention. *Science*, 19; 333(6045), 975-8. doi: 10.1126/science.1204534.

Broman, S. H. & Fletcher, Jack M. (1999, Ed). *The changing nervous system: Neurobehavioral consequences of early brain disorders*. New York, NY, US: Oxford University Press

Castro, G. & Mastropieiri, M .A. (1986) The efficacy of early intervention programs: A metaanalysis. *Exceptional Children*, 52(5), 417-424.

Carey, N. (2011). *The Epigenetics Revolution*. UK: Icon Books.

Dewey, J. (1979). *Democracia e educação: introdução à filosofia da educação (4ª Ed)*. São Paulo: Nacional.

Dunst, C., Trivette, C. M. & Deal, A. G. (1994). *Supporting and strengthening families –Methods, strategies and practices*. Cambridge: Brookline Books.

Dunst, C. J. & Bruder, M. B. (2002). Values outcomes of service coordination, early intervention and natural environments. *Council for Exceptional Children*, 68(3), 361-375.

Fuertes, M. & Luis, H. (2014). Vinculação, práticas educativas na primeira infância e intervenção precoce. *Revista Interacções*, 30(10) 1-7.

Fuertes, M. & Santos, M. (2015). Parenting and Attachment in Portuguese Families. In G. Nicolas, A. Bejarano, & D. L. Lee. *Contemporary Parenting: A Global Perspective* (pp. 156-171). London: Routledge Press.

Fuertes, M. (2011). Intervenção Precoce: em que perspectiva?. In T. Vasconcelos, *Conselho Nacional das crianças dos 0 aos 3 anos*, (pp. 117-120). Lisboa: CNE.

Fuertes, M. (2010). Se não pergunta como sabe? Dúvidas dos pais sobre a educação de infância. In M. Dias & O. Sousa *Escola e Comunidade* (ebook). Lisboa: ESELx/IPL.

Guralnick, M. J. (1997). *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul Brookes Publishing Cº.

Guralnick, M. J. (Ed.). (2005). *A developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Brookes.

Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., .... & Brummell, K. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis *Arch Dis Child*, 82, 443–451.

King, G., Strachan, D., Tucker, M. Duwyn, B., Desserud, S. & Shillington, M. (2009). The Application of a Transdisciplinary Model for Early Intervention Services. *Infants & Young Children*, 22, (3), 211–223.

Lazar, I. & Darlington, R. (1982). Lasting effects of early intervention: A report from the consortium for longitudinal studies. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47 (2-3, Serial Nº. 195).

- Ludwig, J. & Miller, D.L. (2007). Does Head Start Improve Children's Life Chances? Evidence from a Regression Discontinuity Design. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 159-208.
- McCollum, J. & Maude, S. (2002). Retrato de uma área em mudança: a política e a prática na Educação de Infância Especial. *Manual de Investigação em Educação de Infância*, 795-825.
- McGonigel, M. J., Woodruff, G., & Roszmann-Millican, M. (1994). The transdisciplinary team: A model for family-centered early intervention. In L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. LaMontagne, J. B. Jordan, J. J. Gallagher, P. L. Hutinger, & M. B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three* (2nd ed., pp. 95–131). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Meisels, S.J. & Shonkoff, J.P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.) *Handbook of early childhood intervention* (2nd. Ed. Pp. 3-31). Cambridge: University Press.
- Noonan, M. J. & McCormick, L. (1993). *Early Intervention in Natural Environments: Methods and Procedures*. ERIC.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotion*. New York: W. W. Norton & Company.
- Sameroff A.J. & Fiese B.H. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels. *Handbook of Early intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Simeonsson, R. J., & Bailey, D. B. (1990). Family dimensions in early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early intervention* (pp. 428-444). Cambridge: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J.P., & Phillips, D.A. (2000). *From neurons to neighborhoods. The Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academy Press.



# Estudo da Sensibilidade Materna em Díades de Risco Biológico, Ambiental e Acumulado

Ana Serradas

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa  
[anaserradas@gmail.com](mailto:anaserradas@gmail.com)

Barbara Tadeu

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa  
[babatadeu@hotmail.com](mailto:babatadeu@hotmail.com)

Hélia Soares

Unidade de Saúde da Ilha Terceira  
[hmssoares@outlook.com](mailto:hmssoares@outlook.com)

Marina Fuertes

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa  
[marinaf@eselx.ipl.pt](mailto:marinaf@eselx.ipl.pt)

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.062>

19

## Resumo

Inicialmente a sensibilidade materna foi definida como a capacidade da mãe reconhecer os sinais comportamentais da criança, interpretá-los corretamente e responder-lhes pronta e adequadamente (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971). Este constructo, por influência das abordagens sistémicas e bioecológicas, evoluiu para um conceito diádico resultante da interação mãe-filho(a).

No âmbito desta abordagem foi desenvolvida uma escala diádica de avaliação da qualidade do envolvimento materno e infantil com base na observação de díades portuguesas em jogo livre – A Mother-Infant Descriptive Dyadic System (MINDS) (Fuertes, Canelhas, Oliveira-Costa, Faria, Ribeiro, ... & Lopes dos Santos, 2014).

Com o intuito de testar a escala, bem como de avaliar a qualidade da interação mãe-filho em díades portuguesas foi aplicada a escala MINDS a 45 díades omc bebés de 11 meses. Foram estudados 4 grupos sem condições de risco assinaláveis para o desenvolvimento da criança, em risco biológico (e.g., prematuridade), ambiental (e.g., pobreza), ou acumulado,

A qualidade da interação diádica é diferenciada nos grupos em estudo e, tal como esperado, essa qualidade aumenta nos grupos com menos fatores de risco. Os resultados indicam que a qualidade diádica é afetada pelo gênero do bebê, pela escolaridade e empregabilidade materna. Discutimos neste trabalho se estes fatores podem ou não ser entendidos como fatores protetores.

Palavras-chave: sensibilidade materna, risco biológico, ambiental e acumulado e fatores protetores

## Introdução

20

Há quatro décadas Ainsworth foi a primeira a definir sensibilidade materna para fins de investigação. O seu constructo, de natureza diádica e interativa, foi definido como a capacidade da mãe reconhecer os sinais comportamentais da criança, interpretá-los corretamente e responder-lhes pronta e adequadamente (Ainsworth, Bell & Stayton, 1971; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Ainsworth e colaboradores (op.cit) descreveram quatro componentes da sensibilidade materna: (a) atenção aos sinais da criança; (b) interpretação precisa dos sinais; (c) resposta adequada às comunicações da criança; e (d) resposta pronta, de modo a que a reação seja percebida como contingente (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974).

Nos últimos 40 anos, a literatura sobre sensibilidade materna floresceu e diversos investigadores da área da psicologia, medicina, pediatria e desenvolvimento infantil tentaram replicar, expandir e até mesmo desafiar o trabalho desenvolvido por Ainsworth, lançando-se a discussão sobre quais os aspetos do comportamento materno que afetam mais o comportamento infantil.

De um modo geral, os investigadores têm operacionalizado a sensibilidade materna usando dimensões relativamente amplas e interrelacionadas (embora não idênticas) de parentalidade positiva, tais como respostas calorosas e sensíveis às necessidades da criança (Beeghly, Fuertes, Liu, Delonis, & Tronick, 2011). Contudo, a investigação é mais conclusiva quando usa qualidades negativas dos pais, como a severidade, o criticismo, o controlo coercitivo e a disciplina punitiva para definir insensibilidade materna. Apesar da ausência de consenso teórico e controversa quanto à direção dos efeitos (i.e., a mãe afeta o bebê ou o bebê afeta a mãe) (Beeghly et al., 2011), a sensibilidade materna ainda é o melhor preditor da segurança da vinculação na pequena infância (Bigelow et al., 2010; Tarabulsky, Bernier, Provost, Maranda, ... & Tessier R, 2005), conforme documentado em vários estudos meta-analíticos (e.g., DeWolff & van IJzendoorn, 1997; Goldsmith & Alansky, 1987). Mais, a sensibilidade materna é preditora de uma ampla gama de resultados nas crianças que a vinculação por si só não é, como melhor regulação fisiológica e emocional

(e.g., Calkins & Hill, 2007; Moore et al., 2009), menor nível de agressão com os pares (Crockenberg, Leerkes, & Barrig Jo, 2008; Leerkes, Blankson, & O'Brien, 2009) e ganhos no desenvolvimento cognitivo, social e emocional (Bernier, Carlson, & Whipple, 2010; Leerkes et al., 2009; Tamis-LeMonda, Bornstein, Baumwell, & Damast, 1996).

Mais recentemente, diversos autores (e.g., van den Boom, 1997) defendem uma perspectiva de influência bidirecional; isto é, a sensibilidade materna deve ser concebida como um constructo diádico. Assim, alguns autores (e.g., Belsky, 1999; Crittenden, 1999) passaram a atribuir importância às funções do comportamento de ambos os elementos da díade, sendo que a utilização de medidas diádicas na pesquisa mãe-filho(a) aumentou dramaticamente na década passada.

No entanto, de forma análoga à sensibilidade materna, a tarefa de reconceitualizar a qualidade da interação mãe-filho(a) em termos diádicos levou à construção de variadas definições multidimensionais, várias operacionalizações e métodos de avaliação diversificados. Por exemplo, alguns investigadores têm-se centrado sobre a dimensão da interação diádica, operacionalizada como correspondência afetiva e contato ocular (e.g., Chow, Haltigan, & Messinger, 2010; Feldman, 2003, 2007; Isabella & Belsky, 1990; Tronick & Cohn, 1989; Weinberg, Olson, Beeghly, & Tronick, 2006; Weinberg, Beeghly, Olson, & Tronick, 2008). Outros têm escolhido investigar a orientação mutuamente sensível, um constructo bidimensional operacionalizado pela responsividade contingente e afeto positivo partilhado (e.g., Aksan, Kochanska, & Ortmann, 2006; Kochanska, 1997; 2002; Kochanska & Aksan, 2004). Outros têm ainda explorado correção diádica e coordenação (e.g., Beebe, Jaffe, Lachmann, Feldstein, Crown, & Jasnow, 2000; Evans & Porter, 2009; Yale, Messinger, Cobo-Lewis, & Delgado, 2007), as construções relacionadas de sincronia ou conexão (e.g., Feldman, 2003; Isabella & Belsky, 1990; Raikes, 2007), e/ou reparação diádica e envolvimentos incompatíveis (e.g., Tronick & Cohn, 1989). Além disso, um grande número de investigadores (e.g., Landry, Smith, Miller-Loncar, & Swank, 1997; Landry, Smith, & Swank, 2006) tem avaliado processos de atenção conjunta mãe-filho(a).

Embora não idênticas, cada uma destas construções enfatiza que a mutualidade e qualidade bidirecional das interações mãe-filho(a) é melhor do que o foco num só parceiro (Harrist & Waugh, 2002).

Neste sentido, segundo Beeghly et al. (2011), o modelo de regulação mútua estipula que os bebés e as suas mães (ou outro significativo) formam um sistema diádico em que ambos corregulam as suas interações «dando e recebendo» afetos e aspetos comportamentais. O sucesso ou o fracasso da sua regulação mútua durante as interações sociais depende de quão clara e eficazmente cada parceiro é capaz de identificar o seu próprio significado e intenção, bem como de apreender e compreender o significado e intenção do outro. Especificamente, quatro processos recíprocos afetam a qualidade dos processos comunicativos mãe-filho(a): (a) a capacidade do bebé se auto-organizar e controlar os seus estados e comportamentos fisiológicos, (b) a integração e maturação de elementos no sistema comunicativo do bebé, ou seja, os sentidos e os neurónios sensoriais que apreendem e transmitem sinais a partir do ambiente externo; do cérebro que recebe e processa estes sinais, atribuindo significado aos mesmos e formulando mensagens de resposta; o sistema neuromuscular que transmite mensagens de resposta (e.g., um gesto), (c) a capacidade da mãe em apreender e compreender corretamente as comunicações do seu bebé, e (d) a motivação e capacidade da mãe em responder ao seu bebé de forma contingente e adequada, a fim de facilitar os esforços de regulação do seu filho(a) (Beeghly et al., 2011).

Com base no modelo de regulação mútua (Beebe et al., 2010; Beeghly & Tronick, 1994; Brazelton,

Kowalski, & Main, 1974; Tronick, 1989; Tronick & Beeghly, 2011) e na perspectiva sistémica do desenvolvimento (e.g., Bronfenbrenner & Morris, 1998; Cicchetti, 1996; Fogel & Thelen, 1987; Lewis, 2000; Sameroff, 2000; Smith & Thelen, 2003; Sroufe, 1979; Sroufe & Sampson, 2000; Werner, 1948) acreditamos que a sensibilidade materna é melhor entendida no contexto diádico do relacionamento mãe-filho(a), num nível de microanálise (i.e., através dos processos comunicativos interativos, que ocorrem ao longo do tempo, cada parceiro da díade atribui significados e intenções ao outro). No entanto, estes processos de nível micro não são particularmente tranquilos/suaves, mas sim caracterizados por erros interativos frequentes, ou desencontros. Ora, a capacidade das díades para reparar esses desajustes, hábil e coordenadamente a tempo, está associada a fatores interrelacionados, que interagem em vários níveis de análise, desde as características da criança, passando pelas características da mãe indo até às implicações socioecológicas e culturais do contexto.

Tendo em consideração o quadro teórico e conceptual acima apresentado, a presente investigação teve como principal objetivo contribuir para o estudo da sensibilidade materna entendida como um constructo de interação diádica e de regulação mútua. Assim sendo, são objetivos deste trabalho: (a) avaliar e descrever a qualidade de interação mãe-filho(a) conforme avaliadas pela CARE-Index e pela MINDS; (b) estudar associações entre qualidade de interação mãe-filho(a) conforme avaliada pelo CARE-Index e pela MINDS; (c) avaliar e descrever os dados sociodemográficos das famílias participantes, através da aplicação da MINDS; (d) avaliar e descrever a qualidade de interação mãe-filho(a) em crianças sem condições de risco assinalável, e em situação de risco biológico, ambiental ou acumulado, através da aplicação da MINDS; (e) desenvolver uma escala nacional para a observação e caracterização do envolvimento diádico MINDS.

## Método

### Sujeitos

Neste estudo participaram 45 díades mãe-filho(a) de nacionalidade portuguesa. Das 45 crianças participantes, 19 eram meninas, 26 eram meninos e 22 eram primíparas. As crianças em estudo foram selecionadas aleatoriamente dentro das amostras e separadas de acordo com os fatores de risco em que se encontravam: a) sem condições de risco ( $n = 31$ ); b) com risco biológico ( $n = 4$ ); c) com risco ambiental ( $n = 8$ ) e 4) com risco acumulado ( $n = 2$ ). As crianças foram observadas aos 12 meses de idade em situação de jogo livre com suas mães.

As crianças em estudo viviam com o pai e mãe e moravam na Ilha Terceira. Dez famílias eram de classe socioeconómica baixa (sobrevivência assegurada com subsídios) e as restantes de média-alta.

Foram recolhidos dados sociodemográficos das crianças e das suas famílias (i.e., o género da criança, a paridade, a idade gestacional, o peso gestacional, o Apgar aos 1' e 5', o número de irmãos, a idade da mãe e do pai à data do nascimento; o estatuto profissional da mãe, os anos de escolaridade materna e paterna, o tipo de parto e a hospitalização neonatal).

### Procedimentos e Instrumentos

Após aprovação do estudo pela Comissão de Ética da Direção Regional de Saúde da Ilha Terceira, a amostra foi recrutada nas unidades locais de saúde quando os bebés tinham 11 meses.

Aos pais que concordaram com a participação do bebê e assinaram o consentimento informado foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo. Os pais autorizaram, igualmente, o acesso aos dados clínicos do bebê. Para participarem nesta investigação as mães deslocaram-se com os bebês às suas unidades de saúde local.

Depois de explicado aos pais os procedimentos da recolha de dados pediu-se às mães que brincassem com os bebês espontaneamente, tal como faziam habitualmente.

Estava disponível e acessível às díades uma caixa com brinquedos para que pudessem escolher com o que queriam brincar. Na caixa havia materiais de construção, puzzles, livros, bonecos, jogos ação/reação, entre outros. Os brinquedos disponibilizados estavam dentro, acima e abaixo do nível etário das crianças.

Foi seguido o mesmo protocolo da avaliação em jogo livre CARE-Index. Com efeito, as díades foram filmadas em situação de jogo livre durante 3 a 5 minutos.

Antes de dar início às filmagens acautelamos que todos os bebês se encontravam com as suas necessidades fisiológicas satisfeitas (i.e., estavam alimentados, com a fralda limpa, sem sono e calmos).

As filmagens decorreram em espaços iluminados onde constava um tapete para que as mães e as crianças se sentassem no decorrer da interação.

Para avaliar a qualidade de interação mãe-filho(a) usamos duas escalas: A CARE-Index (Crittenden, 2003) e a MINDS (Fuertes et al., 2014).

### **Child-Adult Relationship Experimental (CARE-Index)**

A qualidade da interação mãe-filho(a) foi avaliada através da Child-Adult Relationship Experimental (Crittenden, 2003), igualmente designado por CARE-Index. Este é um instrumento constituído por 59 itens organizado em torno de sete aspetos do comportamento interativo diádico: expressão facial, expressão verbal; posicionamento e manipulação; expressão afetiva; reciprocidade; diretividade e jogo. A escala avalia três dimensões do comportamento interativo da mãe com o bebê (sensibilidade, controlo e não-responsividade) e quatro dimensões do comportamento interativo da criança com a mãe (cooperação, compulsividade/complacência, dificuldade e passividade). Para a cotação da CARE-Index, a cada item do comportamento interativo (materno e da criança) podem ser atribuídos 2 pontos, num total de 14.

Na escala global da sensibilidade e da cooperação, entre 11 - 14 pontos assume-se que o adulto é suficientemente sensível às necessidades da criança e a criança cooperativa. Entre 7 - 10 pontos indica-se que o adulto dá respostas adequadas e a criança mista (cooperativas com episódios de comportamento não participativo ou difícil). Nas escalas que pontuem abaixo dos 6 devem ser classificadas como necessitando de apoio (5 - 6) ou relações de risco (0 - 4) para cuidadores controladores, passivos ou ambos e para a criança com comportamentos difíceis, passivos ou ambos.

Três cotadores classificaram, independentemente, a sensibilidade materna e cooperação infantil com a escala CARE-Index, tendo obtido excelentes scores de acordo de .94 e .89 respetivamente.

### **Mother-Infant Descriptive Dyadic System (MINDS)**

A Mother-Infant Descriptive Dyadic System (MINDS, Fuertes, et al., 2014) apresenta uma pontuação de 35 pontos (que corresponde à sensibilidade máxima em todas as áreas avaliadas) igualmente distribuída por 5 áreas: resposta facial, resposta vocal, trocas afetivas, posicionamento e manipulação, diretividade, atividade lúdica e reciprocidade.

A MINDS é uma escala construída com base na narrativa de observação de 400 díades portuguesas sem condições de risco. Nesta escala analisam-se aspetos da qualidade da interação que incluem a sincronia e reciprocidade diádica, o grau de participação e envolvimento dos dois parceiros, o ambiente de interação (e.g., alegre, positivo, hostil), a qualidade das respostas afetivas, vocais e faciais (e.g. contacto ocular entre a díade, comunicação positiva, proximidade na interação), e a capacidade do adulto oferecer um jogo adequado para idade e desenvolvimento da criança (e.g., motivar, estruturar, dar novas oportunidades de exploração, expandir os conhecimentos da criança, estimular as competências emergentes).

As pontuações 5 e 4 correspondem a interações positivas, recíprocas e com qualidade de jogo. As pontuações 3 são situações intermédias com elementos positivos e de risco. As pontuações 2 e 1 correspondem a situações de risco que variam em qualidade e intensidade.

Tratando-se da primeira aplicação desta escala num estudo científico exploratório, sobre a sua consistência e validade optou-se pela cotação por acordo de juizes. Neste caso, três cotadores (que não participaram na cotação da CARE\_Index) classificaram independentemente as díades e as divergências resolvidas em conferência. Contudo, em 41 de 45 houve acordo quanto ao nível de risco e as divergências nunca ultrapassaram os 5 pontos dos 35 possíveis.

## Resultados

### Apresentação de resultados descritivos da CARE-Index e da MINDS

Os resultados médios da qualidade de interação das díades conforme avaliada pela CARE-Index variam entre 3 e 14 ( $M = 9.58$ ,  $DP = 2.39$ ) para a sensibilidade materna e os 4 e 13 ( $M = 9.49$ ,  $DP = 2.41$ ) para a cooperação infantil. Importa referir que se trata de uma escala que avalia de 1 a 14 pontos (cf. Tabela 1). Os resultados médios da qualidade de interação das díades conforme avaliada pela MINDS variam entre 9.00 e 34.94 ( $M = 23.74$ ,  $DP = 5.88$ ) para os comportamentos maternos e os 7.00 e 34.98 ( $M = 21.94$ ,  $DP = 7.71$ ) para os comportamentos infantis. Importa referir que se trata de uma escala de 7 a 35 pontos (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatística descritiva dos comportamentos maternos e infantis conforme avaliados pela CARE-Index e a MINDS

	M	DP	Mín.- Máx.
Qualidade dos comportamentos maternos na MINDS	23.74	5.88	9.00 – 34.94
Qualidade dos comportamentos infantis na MINDS	21.94	7.71	7.00 – 34.98
Sensibilidade materna segundo a CARE-Index	9.58	2.39	3 -14
Cooperação infantil com a mãe segundo a CARE-Index	9.49	2.41	4 -13

A qualidade de interação diádica conforme avaliada pela CARE-Index e a MINDS

O estudo das associações realizado permitiu obter resultados positivos estatisticamente significativos entre a sensibilidade materna, conforme avaliada pela CARE-Index e a pontuação global materna na MINDS ( $r = .884$ ;  $p < .001$ ); bem como entre a cooperação infantil, conforme avaliada pela CARE-Index e a pontuação global infantil na MINDS ( $r = .826$ ;  $p < .001$ ).

As pontuações da qualidade dos comportamentos interativos maternos e infantis na MINDS ( $r = .842$ ;  $p < .001$ ) obtiveram igualmente uma associação positiva estatisticamente significativa.

Os fatores sociodemográficos das famílias e a qualidade da interação diádica conforme avaliada pela MINDS  
Todas as variáveis sociodemográficas observadas foram testadas quanto ao seu efeito na qualidade da interação materna.

Os testes de bivariância permitiram verificar que algumas variáveis, nomeadamente: o género da criança, o estatuto profissional materno (traduzido na empregabilidade materna) e a escolaridade materna variavam relativamente ao comportamento interativo materno ou infantil.

Também a escolaridade paterna se correlacionou com os comportamentos interativos maternos.

No que concerne ao género da criança foram encontradas correlações com a qualidade da interação materna. Com efeito, e como podemos observar na Tabela 2, as mães são mais sensíveis (pontuam de forma mais elevada na escala MINDS) com as meninas do que com os rapazes [ $t(39) = 2.509$ ;  $p < .05$ ]; e a qualidade interativa com as meninas é superior em termos das respostas faciais [ $t(39) = 2.085$ ;  $p < .05$ ], das respostas afetivas [ $t(39) = 2.306$ ;  $p < .05$ ], da diretividade [ $t(39) = 1.986$ ;  $p < .05$ ], da reciprocidade [ $t(39) = 2.438$ ;  $p < .05$ ] e da qualidade de jogo [ $t(39) = 2.208$ ;  $p < .05$ ].

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas relativamente ao género e à qualidade da interação infantil.

Tabela 2 - Médias e desvios padrão dos comportamentos interativos maternos avaliados pela MINDS de acordo com o género das crianças

	Género	M	DP
Média global dos comportamentos interativos maternos	F	26.36	5.35
	M	21.75	7.24
Expressão facial	F	4.17	.956
	M	3.54	1.14
Expressão vocal	F	3.73	1.,31
	M	3.07	1.452
Expressão afetiva	F	4,04	.804
	M	3.34	1.22
Posicionamento e manipulação	F	3.64	.964
	M	3.23	1.23
Reciprocidade	F	3.93	.630
	M	3.22	1.25
Diretividade	F	3.27	1.21
	M	2.51	1.45

	F	3.80	.882
Jogo	M	3.04	1.40

As médias dos comportamentos interativos maternos variaram de acordo com o estatuto profissional materno entendido como a empregabilidade das mães (cf. Tabela 3). As mães empregadas, comparativamente às mães desempregadas, apresentam uma pontuação mais elevada na média global da MINDS [ $t(39)=2.633$ ;  $p<.01$ ], bem como melhor qualidade interativa com a criança a nível da expressão facial [ $t(39)=3.635$ ;  $p<.001$ ], expressão afetiva [ $t(39)=3.829$ ;  $p<.001$ ], posicionamento e manipulação [ $t(39)=2.488$ ;  $p<.05$ ], reciprocidade [ $t(39)=2.379$ ;  $p<.05$ ]. Por seu lado, os filhos de mães empregadas obtêm melhores scores na média global da MINDS [ $t(39)=2.520$ ;  $p<.05$ ], ao nível do posicionamento e manipulação [ $t(39)=3.010$ ;  $p<.005$ ], afetividade [ $t(39)=2.482$ ;  $p<.05$ ], tipo de jogo [ $t(39)=3.226$ ;  $p<.001$ ] e qualidade de jogo [ $t(39)=2.046$ ;  $p<.05$ ].

Tabela 3 - Médias e desvios padrão dos comportamentos interativos maternos avaliados pela MINDS de acordo com o estatuto profissional materno

	Estatuto profissional	M	DP
Média global dos comportamentos interativos maternos	Emprego estável	25.89	5.53
	Desempregada	16.73	8.02
Expressão facial	Emprego estável	4.16	.874
	Desempregada	2.26	.646
Expressão vocal	Emprego estável	3.61	1.26
	Desempregada	3.53	1.74
Expressão afetiva	Emprego estável	3.98	.755
	Desempregada	2.00	1.73
Posicionamento e manipulação	Emprego estável	3.77	.939
	Desempregada	2.33	1.15
Reciprocidade	Emprego estável	3.73	.904
	Desempregada	2.35	1.52
Diretividade	Emprego estável	3.19	1.32
	Desempregada	2.01	.976
Jogo	Emprego estável	3.60	1.15
	Desempregada	2.24	1.56

As correlações referentes à escolaridade parental obtiveram os seguintes resultados: a escolaridade da mãe correlacionou-se com a pontuação média global dos comportamentos interativos maternos da MINDS ( $r=.349$ ;  $p<.01$ ) e com a pontuação média global dos comportamentos interativos infantis ( $r=.383$ ;  $p<.005$ ); a escolaridade paterna correlacionou-se com a pontuação média global dos comportamentos interativos

maternos da MINDS ( $r=.288$ ;  $p<.05$ ).

### Os fatores de risco e a qualidade da interação conforme avaliada pela MINDS

A qualidade da interação mãe-filho(a) foi igualmente avaliada tendo em consideração as condições (ou ausência) de risco assinaláveis para o desenvolvimento da criança. Desta forma, dentro da amostra foram avaliadas 31 crianças sem condições de risco assinaláveis, 4 crianças com risco biológico, 8 crianças em risco ambiental, 2 crianças em risco agregado/acumulado. O tipo de risco e a sua ausência foi testado quanto ao seu efeito na qualidade da interação materna. Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos na qualidade da interação materna comparando risco biológico e ambiental.

Foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre o risco ambiental e o grupo de crianças sem risco assinalável. Com efeito, as mães de crianças sem risco revelaram melhor qualidade de interação a nível médio global da MINDS [ $t(39)=1.795$ ;  $p<.05$ ], na expressão facial [ $t(39)=2.117$ ;  $p<.05$ ], na expressão afetiva [ $t(39)=2.489$ ;  $p<.05$ ], e no posicionamento e manipulação [ $t(39)=3.227$ ;  $p<.05$ ] comparativamente às mães das crianças em risco ambiental (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Médias e desvios padrão dos comportamentos interativos maternos conforme avaliados pela MINDS de acordo o tipo de risco

	Tipo de risco	M	DP
Média global dos comportamentos interativos maternos	Sem condições de risco	24.81	5.64
	Risco ambiental	20.84	7.38
Expressão facial	Sem condições de risco	4.01	.954
	Risco ambiental	3.21	1.27
Expressão vocal	Sem condições de risco	3.67	1.25
	Risco ambiental	2.73	1.59
Expressão afetiva	Sem condições de risco	3.82	.857
	Risco ambiental	2.88	1.49
Posicionamento e manipulação	Sem condições de risco	3.69	.900
	Risco ambiental	2.55	1.17
Reciprocidade mãe	Sem condições de risco	3.58	.993
	Risco ambiental	3.35	1.14
Diretividade mãe	Sem condições de risco	3.00	1.33
	Risco ambiental	2.83	1.21

Jogo mãe	Sem condições de risco	3.41	1.15
	Risco ambiental	3.23	1.25

Na comparação entre o risco biológico e sem risco, apenas a dimensão qualidade do jogo materno proporcionado à criança foi afetado pelo tipo de risco. As mães com bebês em risco biológico proporcionavam melhores oportunidades de jogo e mais adequadas às capacidades das crianças [ $t(35)=2.535$ ;  $p<.05$ ].

## Discussão

O principal objetivo desta pesquisa foi contribuir para o estudo da sensibilidade materna através da aplicação, pela primeira vez, da escala nacional de envolvimento diádico: a MINDS e da escala internacional Care-Index. A construção da MINDS resulta da necessidade de construção de uma escala nacional de avaliação da relação mãe-filho(a). Previamente, a MINDS foi construída com base na narrativa de observação de 400 díades portuguesas sem condições de risco.

Os comportamentos maternos, avaliados pela MINDS, pontuam em média 23.74, se tivermos em consideração que varia entre 7 e 35 pontos, podemos concluir que os resultados encontrados são satisfatórios. A mesma avaliação pode ser feita para os comportamentos infantis que obtiveram uma pontuação global de 21.94.

28

Quando aplicada a escala CARE-Index, a sensibilidade materna, numa escala de 1 a 14 (14 como máximo de sensibilidade e cooperação possível), pontua em média 9.58 e cooperação infantil de 9.49. De acordo com a escala são contributos positivos e adequados para a interação diádicos.

Adicionalmente, quando avaliamos a associação entre as duas escalas verificamos que esta é muito forte. Esta associação pode justificar-se com o facto da MINDS e da CARE-Index avaliarem dimensões próximas dos comportamentos interativos maternos e infantis, partindo ambas de um constructo: a qualidade interativa diádica.

Os fatores sociodemográficos das famílias e a qualidade da interação diádica avaliada pela MINDS

Conforme referido na apresentação de resultados, todas as variáveis sociodemográficas observadas neste estudo foram testadas quanto ao seu efeito na qualidade da interação materna.

Na presente investigação, tal como prevíamos, a qualidade da interação materna parece variar em função do género das crianças. Observou-se que as mães tendiam a ser mais sensíveis com as meninas do que com os meninos, particularmente no que diz respeito às respostas faciais, afetivas, diretividade, reciprocidade e qualidade de jogo. Estes resultados parecem corroborar os resultados de Leaper, Anderson, e Sanders (1998, citado em Aguiar, 2006), que concluíram que as mães conversavam e tinham um discurso mais apoiante com as meninas. Igualmente, Bornstein et al. (2008) verificaram que as mães na interação com filhas eram mais sensíveis e promotoras de estruturação do que com filhos.

Curiosamente, a qualidade interativa materna parece variar em função do estatuto profissional. As mães empregadas, comparativamente às mães desempregadas, apresentaram uma pontuação mais elevada na média

global da MINDS, bem como melhor qualidade interativa com a criança a nível de expressão facial, expressão afetiva posicionamento/manipulação e reciprocidade. Estes resultados parecem ser concordantes com os resultados de Corwyn e Bradley (1999, citado em Aguiar, 2006) que verificaram que mães que trabalhavam eram mais aceitantes nas interações com os seus filhos do que mães desempregadas. Hipoteticamente, as mães desempregadas poderiam ser mais disponíveis para a interação. Não se tendo verificado esta hipótese, porventura o stress económico e/ou emocional poderá condicionar o comportamento materno. Ainda neste sentido um outro fator que poderá moderar esta relação relaciona-se com as redes de apoio social disponíveis. Dunst e Trivette (1988, citado em Aguiar, 2006) encontraram efeitos do apoio social recebido por mães (e pais) nos comportamentos interativos com a criança, sendo que a falta de apoio intrafamiliar estava associada à menor frequência de jogo de faz-de-conta, de jogo verbal e de jogo exploratório e que a presença de apoio estava positivamente associada à quantidade, qualidade e adequação das interações; e a estilos de interação responsivos. Costa, Lopes dos Santos e Fuertes (2014) referem que as mães e pais que se sentem apoiados não receiam o desemprego, pois sabem que têm os recursos básicos garantidos e daí terem maior disponibilidade e proficiência para se dedicarem aos seus filhos, comparativamente a famílias sob stress económico. Convém, no entanto, não esquecer que os resultados encontrados tendo em consideração o efeito do estatuto profissional têm sido mistos (Aguiar, 2006) e que Brooks-Gunn, Han, e Waldfogel (2002, citado em Aguiar, 2006), utilizando dados do NICHD Study of Early Child Care, encontraram efeitos negativos do emprego materno na sensibilidade materna e que as mães que trabalhavam 30 ou mais horas por semana revelavam menor sensibilidade em situações interativas diádicas. Relativamente ao efeito da escolaridade parental, a escolaridade da mãe correlacionou-se com a pontuação média global dos comportamentos interativos maternos da MINDS e com a pontuação média global dos comportamentos interativos infantis da MINDS. Do mesmo modo, a escolaridade paterna se correlacionou com a pontuação média global dos comportamentos interativos maternos da MINDS. Estes resultados associam-se aos resultados obtidos pela NICHD Early Child Care Research Network (1999, citado em Aguiar, 2006) que verificou a existência de efeitos positivos da educação materna na sensibilidade de resposta das mães. A pesquisa realizada em Portugal por Novais e Sá Lemos (2003, citado em Aguiar) indicou a existência de associações positivas entre o nível de escolaridade materno e a qualidade e adequação dos comportamentos interativos maternos, bem como uma associação negativa entre nível de escolaridade e quantidade de diretivas utilizadas pela mãe. Enquanto Aguiar (2006) constatou que a educação materna exerce um efeito positivo moderado na responsividade interativa, isto é, mães com mais anos de educação revelavam níveis superiores de responsividade estimulante e afetuosa no decurso de situações de jogo diádico com os seus filhos.

Relativamente ao facto da escolaridade paterna se correlacionar com a pontuação média global dos comportamentos interativos maternos da MINDS, Tamis-LeMonda, Shannon, Cabrera e Lamb (2004, citado em Aguiar, 2006) verificaram que o nível de educação dos pais estava associado aos comportamentos interativos das mães. Assim, mães cujos parceiros tinham mais anos de educação demonstravam maior sensibilidade.

### **Os fatores de risco e a qualidade da interação diádica avaliada pela MINDS**

Foram encontrados resultados estatisticamente significativos segundo o nível de risco: as mães de crianças sem condições de risco revelaram melhor qualidade de interação a nível médio global da MINDS,

na expressão facial, na expressão afetiva, no posicionamento e manipulação do que as mães das crianças em risco ambiental. Porque estarão as mães de crianças em risco ambiental menos disponíveis para a interação? A investigação tem demonstrado que a sensibilidade materna é resultante de várias influências contextuais que podem ocorrer em contextos proximais e/ou em contextos mais distais. Assim sendo, a qualidade da interação diádica de crianças em risco ambiental poderá dever-se a variados fatores, nomeadamente à qualidade da relação conjugal, ao rendimento socioeconómico familiar, a situações de pobreza, à falta de redes de apoio social, entre outros. No entanto, tendo em consideração as características da amostra em que 10 famílias eram de classe socioeconómica baixa, com a sobrevivência assegurada por subsídios, podemos sugerir que os fatores socioeconómicos e a situação de pobreza estão na base do risco ambiental. Todavia, consistente com a perspetiva de risco cumulativo (Sameroff, 2000), a qualidade interativa diádica pode ser condicionada quando as díades experimentam diversos fatores de risco, por exemplo fatores de stress individual e/ou familiar (e.g., depressão materna, consumos de álcool ou drogas, falta de apoio social, situações financeiras desfavoráveis) podem diferencialmente influenciar a qualidade de interação diádica (Kochanska, 1997; Tarabulsky et al., 2005).

As questões económicas são profusamente citadas na literatura como fatores de risco para parentalidade e desenvolvimento infantil (e.g., Beeghly et al., 2011; Brooks-Gunn & Markum, 2005; Ispa Fine, Halgunseth, Harper, Robinson, et al., 2004, Hoff, Laursen, & Tardif, 2002; Lansford et al., 2009; Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, & Teetsma, 2007). Mistry et al. (2002, citado em Aguiar, 2006) apresentam-nos uma explicação provável para tais comportamentos ao sugerirem que os pais preocupados com questões económicas revelam menor capacidade para interações favoráveis e afetuosas. Na perspetiva de risco cumulativo (Sameroff, 2000) identifica-se a pobreza, não como um fator de risco isolado, mas como um agregador de dimensões de risco. Como exemplo ilustrativo, Fuertes, Faria, Soares, e Crittenden (2009), num estudo testando o impacto da prematuridade e do risco SES (socioeconomic status), verificou que na presença deste risco, o efeito da prematuridade era diluído pela perigosidade do risco económico. Outros estudos nacionais como o Costa, et al. (2014) encontram relações significativas entre a pobreza e a sensibilidade materna, incorrendo, na maioria dos casos, em risco para a criança (uma ou mais alterações ligeiras ou acentuadas).

Os resultados obtidos suportam modelos explicativos sistémicos, dinâmicos e de risco cumulativo para compreender a sensibilidade materna e levantam novamente a necessidade de discutir o papel das práticas de IP na promoção da parentalidade positiva. Curiosamente não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as condições de risco e os comportamentos infantis.

Com base nos resultados sugerimos que as intervenções na vinculação se devem concentrar em ambos os parceiros: mãe e filho(a), promovendo a sensibilidade materna, a comunicação mãe-filho(a) e a interação recíproca entre eles.

Neste sentido, e enquanto escala de avaliação da qualidade interativa diádica mãe-filho(a), parece-nos que a MINDS poderá ser, aliada a outros instrumentos, uma potencial candidata a adotar por profissionais de intervenção precoce, de saúde e do desenvolvimento infantil. Note-se que foi construída com base na observação de 400 díades portuguesas, em situação de jogo livre, (i.e., está adaptada à realidade nacional), podendo ser útil para identificar problemáticas ao nível da interação diádica bem como para trabalhos de investigação, visto ser um instrumento que permite avaliar os comportamentos interativos maternos e infantis, possibilitando a reflexão sobre as características da interação diádica, ampliando a compreensão

dos profissionais e das famílias. Veja-se que, de acordo com a revisão bibliográfica, foram igualmente destacadas dimensões específicas da interação mãe-filho(a) de elevada qualidade e que preveem resultados positivos em bebés sem condições de risco assinaláveis, bem como em bebés em risco. De acordo com Beeghly et al (2011), comportamentos relevantes incluem: o envolvimento em regulação mútua através de responsividade contingente e reparação atempada de desencontros diádicos (e.g., Beeghly & Tronick, 1994; Feldman, 2003; Tronick, 1989; Tronick & Beeghly, 2011), bem como o estabelecimento de uma orientação mutuamente recetiva que inclui tanto a responsividade contingente, como a partilha de afeto positivo (e.g., Aksan, Kochanska, & Ortmann, 2006; Delonis et al., 2010; Kochanska & Aksan, 2004). Por fim, as intervenções concebidas para encorajar os pais a usufruir do jogo diádico com brinquedos e espaços ao ar livre são indicadores poderosos de resiliência cognitiva, linguística, social e resultados positivos em crianças com elevado risco bio-desenvolvimental (e.g., Landry et al., 1997; 2006). Os pais, mesmo em condições de risco, têm capacidades e competências que podem ser incentivadas e apoiadas pelos profissionais de intervenção precoce. Noutros casos, os pais precisam de apoio para lidarem com as condições de risco que afetam os seus comportamentos.

### **Agradecimentos**

O presente artigo foi elaborado no âmbito dos projetos de investigação PTDC/PSI\_EDD/110682/2009 e PTDC/MHC-PED/1424/2014 sobre o Estudo sobre o contributo da autorregulação infantil, da vinculação e da intervenção com a NBAS na vinculação no primeiro ano de vida em bebés de termo e prematuros financiados pela Fundação para a Ciência e Tecnologia/FEDER, coordenados por Marina Fuertes.

### **Referências**

Aguiar, C. (2006). *Comportamentos Interactivos Maternos e Envolvimento da Criança*. Dissertação de doutoramento. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Ainsworth, M. D., Bell, S., & Stayton, D. (1971). Individual differences in Strange-Situation behaviour of one-year-olds. In H.R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations* (pp. 17-52). New York: Academic Press.

Ainsworth, M. D., Bell, S., & Stayton, D. (1974). Infant mother attachment and social development: "socialization" as a product reciprocal responsiveness to signals. In *Integration of a Child into a Social World*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ainsworth, M.D.S, Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Aksan, N., Kochanska, G., & Ortmann, M. R. (2006). Mutually responsive orientation between parents and their young children: Toward methodological advances in the science of relationships. *Developmental Psychology*, 42, 833-848.

Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C., & Jasnow, M. (2000). Systems models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 21, 99-122.

Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Bahrnick, L., Andrews, H., & Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother- infant interaction. *Attachment & Human Development* 12, 3-141.

Beeghly, M., Fuertes, M., Liu, C., Delonis, M., Tronick, E. (2011). Maternal sensitivity in dyadic context: mutual regulation, meaning-making, and reparation. In D. W. Davis & M. C. Logsdon (eds.), *Maternal sensitivity: A scientific foundation for practice* (pp. 45-69). Hauppauge, NY: Nova science publishers.

Beeghly, M. & Tronick, E. Z. (1994). Effects of prenatal exposure to cocaine in early infancy: Toxic effects on the process of mutual regulation. *Infant Mental Health Journal*, 15, 158-175.

Belsky, J. (1999). Modern evolutionary theory and patterns of attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 249-264). New York: Guilford.

Bernier, A., Carlson, S. M., & Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81, 326-339.

Bigelow, A. E., Maclean, K., Proctor, J., Myatt, T., Gillis, R., & Power, M. (2010). Maternal sensitivity throughout infancy: Continuity and relation to attachment security. *Infant Behavior & Development*, 33, 50-60.

Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Heslington, M., Gini, M., Suwalsky, J. T. D. Venuti, P., de Falco, S., Giusti, Z., & Zingman de Galperin, C. (2008). Mother-child emotional availability in ecological perspective: Three countries, two regions, and two genders. *Developmental Psychology*, 44, 666-680.

Bowlby (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York, NY: Basic Books.

Brazelton, T. B., Kowalski, B., & Main, M. (1974). The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. In M. Lewis & L. A. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver* (pp. 49-76). New York, NY: Wiley.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In R.M. Lerner (Vol. Ed.) & W. Damon (Series Ed.), *Handbook of child psychology Vol. 1: Theoretical models of human development* (5th ed.). New York: Wiley.

Brooks-Gunn, J. & Markham, L. B. (2005). The contribution of parenting to ethnic and racial gaps in

school readiness. *Future of Children*, 15, 139-168.

Calkins, S. D. & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 229-248). New York, NY: Guilford.

Chow, S., Haltigan, J. D., & Messinger, D. S. (2010). Dynamic infant-parent affect coupling during the Face-to-Face Still-Face. *Emotion*, 10, 101-114.

Cicchetti, D. (1996). Regulatory processes in development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 1-12.

Costa, M. A., Lopes dos Santos, P., & Fuertes, M. (2014). Processamento sensorial e interacção diádica como promotores de resiliência nas crianças de famílias com baixos rendimentos. *Interações*, 30, 8-43.

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

Crittenden, P. M. (2003). CARE-Index Manual. Não publicado.

Crockenberg, S. C., Leerkes, E. M., & Barrig Jo, P. S. (2008). Predicting aggressive behavior in the third year from infant reactivity and regulation as moderated by maternal behavior. *Development and Psychopathology*, 20, 37-54.

Delonis, M S., Beeghly, M., Tronick, E. Z., Hixson, T., Dykehouse, T., Zeidan, A., Grimaj, F., & Ashtiani, H. (2010, March). Mother-toddler dyadic interaction quality as a predictor of developmental outcomes in a very preterm sample. Presented at the biennial meetings of the International Conference on Infancy Studies, Baltimore, MD.

DeWolff, M. S. & Van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.

Evans, C. A. & Porter, C. L. (2009). The emergence of mother-infant co-regulation during the first year: Links to infants' developmental status and attachment. *Infant Behavior and Development*, 32, 147-158.

Feldman, R. (2003). Infant-mother and infant-father synchrony: The co-regulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal*, 24, 1-23.

Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony: Biological foundations and developmental outcomes. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 340-345.

Fogel, A. & Thelen, E. (1987). Development of early expressive and communicative action: Reinterpreting the evidence from a dynamic systems perspective. *Developmental Psychology*, 23, 747-761.

Fuertes, M., Canelhas, Oliveira-Costa, A., Faria, A., Ribeiro, Soares, H., Sousa & Lopes dos Santos, P. (2014). Mother-infant descriptive dyadic system - MINDS.

Fuertes, M., Faria, A., Soares, H., & Crittenden, P. (2009). Mother-child patterns of interaction: the impact of premature birth and social economical background. *Acta Ethologica*, 12(1), 1-11.

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

Harrist, A. W. & Waugh, R. M. (2002). Dyadic synchrony: Its structure and function in children's development. *Developmental Review*, 22, 555-592.

Hoff, E., Laursen, B., & Tardif, T. (2002). Socioeconomic status and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol 2., pp. 231-252). Mahwah, MJ: Erlbaum.

Isabella, R.A. & Belsky, J. (1990). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development*, 62, 373-384.

Ispa, J. M., Fine, M. A., Halgunseth, I. C., Harper, S., Robinson, J., Boyce, L., Brooks-Gunn, J., & Brady-Smith C. (2004). Maternal intrusiveness, maternal warmth, and mother-toddler relationship outcomes: Variations across low-income ethnic and acculturation groups. *Child Development*, 75, 1613-1631.

Kochanska, G. (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development*, 68, 94-112.

Kochanska, G. (2002). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: A context for the early development of conscience. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 191-195.

Kochanska, G. & Aksan, N. (2004). Development of mutual responsiveness between parents and their young children. *Child Development*, 75, 1657-1676.

Landry, S.H, Smith, K.E., Miller-Loncar, C.L., & Swank, P.R. (1997). Predicting cognitive-language and social growth curves from early maternal behaviours in children at varying degrees of biological risk. *Developmental Psychology*, 33, 1040-1053.

Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2006). Responsive parenting: Establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental Psychology*, 42, 627-642.

Lansford, J. E., Criss, M. M., Dodge, K. A., Shaw, D. S., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2009). Trajectories of physical discipline: Early childhood antecedents and developmental outcomes. *Child Development*, 80, 1385-1402.

Leerkes, E. M., Blankson, A. N., & O'Brien, M. (2009). Differential effects of maternal sensitivity to

infant distress and nondistress on social-emotional functioning. *Child Development*, 80, 762-775.

Lewis, M. D. (2000). The promise of dynamic systems approaches for an integrated account of human development. *Child Development*, 71, 36-43.

Moore, G. A., Hill-Soderlund, A. L., Propper, C. B., Calkins, S. D., Mills-Koonce, W. R., & Cox, M. J. (2009). Mother-infant vagal regulation in the Face-to-Face Still-Face paradigm is moderated by maternal sensitivity. *Child Development*, 80, 209-223.

Paulussen-Hoogbeem, M. C., Stams, G. J. M., Hermanns, J. M. A., & Teetsma, T. T. D. (2007). Child negative emotionality and parenting from infancy to preschool: A meta-analytic review. *Developmental Psychology*, 43, 438-453.

Raikes, H. A. (2007). Developmental trends in self-regulation among low-income toddlers. *Social Development*, 16, 128-149.

Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 297-312.

Smith, L. B. & Thelen, E. (2003). Development as a dynamic system. *Trends in Cognitive Sciences*, 7, 343-348.

Sroufe, L. A. (1979). The coherence of individual development: Early care, attachment, and subsequent developmental issues. *American Psychologist*, 34, 834-842.

Sroufe, L. A. & Sampson, M. C. (2000). Attachment theory and systems concepts. *Human Development*, 43, 321-326.

Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., Baumwell, L., & Damast, A. M. (1996). Sensitivity in parenting interactions across the first two years: Influences on children's language and play. In C. S. Tamis-LeMonda (Guest Ed.) *Parenting Sensitivity: Individual, contextual and cultural factors in recent conceptualizations*. *Early Development and Parenting*, 5, 173-183.

Tarabulsky, G. M., Bernier, A., Provost, M. A., Maranda, J., Larose, S., Moss, E., Larose, M. & Tessier R. (2005). Another look inside the gap: Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother-infant dyads. *Developmental Psychology*, 41, 212- 224.

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.

Tronick, E. Z. & Beeghly, M. (2011). Infants' meaning-making and the development of infant mental health problems. *American Psychologist*, 66(2), 107-109.

Tronick, E. Z., & Cohn, J. F. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60, 85- 92.

van den Boom, D.C. (1997). Sensitivity and attachment: Next steps for developmentalists. *Child*

Development, 68, 592-594.

Weinberg, M. K., Olson, K. L., Beeghly, M., & Tronick, E. Z. (2006). Making up is hard to do especially for mothers with high levels of depressive symptoms and their infant sons. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47, 670-683.

Weinberg, M. K., Beeghly, M., Olson, K. L., & Tronick, E. Z. (2008). Effects of maternal depression and panic disorder on mother-infant interaction in the Face-to-Face Still-face paradigm. *Infant Mental Health Journal*, 29, 472-491.

Werner, H. (1948). *Comparative psychology of mental development*. Chicago: Follett.

Woodward, I. J., Anderson, P. J., Austin, N. C., Howard, K., & Inder, T. E. (2006). Neonatal MRI to predict neurodevelopmental outcome in preterm infants. *New England Journal of Medicine*, 355, 685-694.

Yale, M. E., Messinger, D. S., Cobo-Lewis, A. B., & Delgado, C. F. (2007). The temporal coordination of early infant communication. *Developmental Psychology*, 39, 815-824.

# A Importância do Pai na Qualidade da Autorregulação do Bebê

Inês Gonçalves

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa

[inesmariagoncalves@gmail.com](mailto:inesmariagoncalves@gmail.com)

Marina Fuertes

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa

[marinaf@eselx.ipl.pt](mailto:marinaf@eselx.ipl.pt)

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.063>

## Resumo

Os comportamentos e o tipo de autorregulação do bebê observado na relação com figura materna têm sido associados à qualidade da vinculação e do desenvolvimento subsequente. Contudo, a literatura escasseia no que respeita à qualidade destes comportamentos do bebê na interação com o pai. Como intuito de estudar os processos de autorregulação do bebê e o papel paterno na interação foram observados: 19 bebês entre os 3 e os 9 meses. Os participantes deste estudo agruparam-se em 10 díades pai-bebê (6 meninos e 4 meninas) e 9 díades mãe-bebê (5 meninos e 4 bebês meninas). As respostas de autorregulação emocional do bebê e de interação diádica foram observadas na situação experimental Face-to-Face-Still-Face. Os resultados indicaram que, na nossa amostra, os bebês apresentaram os mesmos padrões de comportamento (Socialmente Positivo, Socialmente Negativo e Orientado para o Auto-conforto) com pais e mães, porém, exibiram tendencialmente mais comportamentos positivos com a mãe e mais comportamentos negativos com o pai. Contudo, considerando a diferença entre pais e mães, as mães exibiram mais comportamentos de intrusividade. Relativamente aos fatores demográficos, estes comportamentos de autorregulação pareceram estar significativamente associados a variáveis parentais (escolaridade e a idade dos pais) e a variáveis infantis (género, peso gestacional e paridade). Desta forma, os dados deste trabalho permitiram-nos concluir que a autorregulação infantil não deve ser compreendida apenas como um contributo do bebê, mas como um produto diádico.

## Introdução

38

A investigação na área da autorregulação do bebé tem-se focado, na maioria dos estudos, em díades mãe-bebé, em detrimento das díades pai-bebé (e.g., Braungart-Rieker, Garwood & Notaro, 1998). No entanto, foi possível perceber que a figura paterna e materna são igualmente sensíveis e mutuamente envolvidos em interação com os bebés (Braungart-Rieker et al., 1998).

Os resultados de Fuertes, Beeghly, Lopes dos Santos e Tronick (2011) indicam que as respostas sociais do bebé parecem ser afetadas pelo comportamento interativo materno. Deste modo, o conceito de autorregulação é entendido como um constructo diádico em que bebé e adulto respondem aos comportamentos e emoções um do outro, de forma a regular as interações momento-a-momento, mutuamente (Tronick, Als, Adamson & Brazelton, 1978; Beeghly, Fuertes, Liu, Delonis & Tronick, 2011). No presente estudo procuramos analisar o impacto do contributo dos pais e das mães nos comportamentos de autorregulação do bebé.

### **Diferenças individuais e formas de organização comportamental na autorregulação emocional infantil**

Em 1978, Tronick e equipa desenharam um paradigma experimental denominado Face-to-Face-Still-Face no qual as mães ficavam subitamente inexpressivas durante dois minutos. A generalidade dos bebés fica perturbado com a ausência de resposta materna (e.g., maior agitação, sinais de frustração). Todavia, alguns estudos identificam variações individuais no comportamento dos bebés. Por exemplo, Mayes e Carter (1990), observaram que durante o episódio Still-Face, aproximadamente um quinto dos bebés da amostra (23%), de 3 a 4 meses de idade, tinha a capacidade para se manter ligado a adultos que não interagem, manifestando comportamentos positivos ou a ausência de comportamentos negativos.

Tronick e Weinberg (1990) criaram um sistema micro-analítico, o Infant Regulatory Scoring System (IRSS), cujo objetivo assenta na cotação do comportamento infantil na Situação Still-Face, segundo a segundo. Posteriormente, numa outra investigação, Fuertes, Lopes dos Santos, Beeghly e Tronick (2006), agruparam os comportamentos cotados no IRSS em três categorias: (i) Orientação Socialmente Positiva; (ii) Orientação Socialmente Negativa; e (iii) Auto-conforto. De acordo com Fuertes e seus colegas (2011), cada uma destas categorias subdivide-se em unidades de comportamento que podem ocorrer de forma isolada ou em combinação.

Um método original, criado por Tronick e Weinberg (1990) era prevista a avaliação da intensidade afetiva expressa pelo comportamento do bebé e ampliar a pontuação nas três categorias. Desta forma, Fuertes e colegas (2006, 2009) num estudo com uma amostra de bebés pré-termo saudáveis, identificam três padrões de autorregulação infantil na situação Still-Face, através de uma análise de clusters: o Padrão Socialmente Positivo (positive to others direct coping), o Padrão Socialmente Negativo (negative to others direct coping) e o Padrão Orientado para o Auto-conforto (self-direct coping). Por sua vez, e através dessa análise de clusters dos valores totais das três dimensões foram gerados três grupos de caracterização comportamental de bebés (Fuertes et al., 2011): Padrão Socialmente Positivo (grupo 1): os bebés deste grupo tendem a apresentar comportamentos socialmente positivos ao longo dos episódios da experiência de Still-Face, embora estes comportamentos positivos diminuam de forma acentuada no segundo episódio. Outra característica deste grupo reside no facto de os comportamentos negativos e de auto-conforto ser significativamente menor em todos os episódios, em relação aos outros dois grupos; Padrão Socialmente Negativo (grupo 2): desde o primeiro episódio da situação Still-Face que estes bebés exibem comportamentos de desconforto. No segundo episódio (Still-Face) revela-se um aumento considerável da expressão negativa (a maioria destes bebés chora e o episódio tem de ser interrompido), não existindo recuperação no último episódio (Reunião). Neste grupo, são quase inexistentes os comportamentos de auto-conforto, tal como os comportamentos positivos apenas tendem a expressar-se no primeiro episódio; Padrão Orientado para o Auto-conforto (grupo 3): os bebés deste grupo são caracterizados pelos seus comportamentos de auto-conforto e regulação dos estados emocionais, quando comparados aos outros dois grupos. Porém, estes comportamentos de autorregulação são tendencialmente mais elevados no primeiros e último episódio, tendendo a diminuir consideravelmente no segundo episódio (Still-Face). Uma outra característica deste grupo é a presença de uma expressão negativa em todos os episódios.

## **Contributos da autorregulação para o desenvolvimento infantil**

Ao relacionar autorregulação e desenvolvimento infantil, os resultados de alguma investigação sugerem uma relação entre problemas de regulação e problemas de socialização e saúde mental (Moore, Cohn, & Campbell, 2001), assim como um desempenho académico menos favorável (Feldman, 2007). Estudos indicam que bebés com maior reatividade ao stress têm maior tendência a apresentar mais dificuldades em termos de desempenho cognitivo aos 4 anos, tal como no desenvolvimento da linguagem (Feldman, 2007). Estes são dados que sugerem que a forma como o bebé aprende a auto-regular as suas emoções é determinante no seu desenvolvimento subsequente e pode ser entendido como um processo desenvolvimental em si mesmo (Fuertes, 2005).

## Contributos da interação com o pai para a autorregulação infantil

Apesar de muito menos estudado que as relações mãe-bebé, as crianças também formam relações de vinculação, seguras ou inseguras, com o pai (Braungart-Rieker, Garwood, Powers & Wang, 2001).

Braungart-Rieker, Garwood e Notaro (1998) examinaram a sensibilidade materna e paterna durante a interação com os seus bebés e as respostas sociais dos bebés durante o FFSF. Os resultados não indicaram diferenças entre a sensibilidade materna e paterna perante os bebés. Os pais e as mães mostraram níveis semelhantes de envolvimento com os filhos. No mesmo sentido, o efeito Still-Face, ou seja, a perturbação no episódio Still-Face, foi observado tanto com a mãe como com o pai.

De acordo com a meta-análise de Mesman, van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (2009), as relações seguras com um pai (figura parental) estão apenas modestamente relacionadas com a segurança na relação com o outro. Na mesma investigação, os autores referem que a proporção de tempo que os bebés passaram em estado positivo e estado negativo durante a situação experimental Still-Face não foi significativamente diferente com as mães em comparação com os pais. Porém, os bebés apresentaram mais comportamentos de auto-conforto com a mãe, enquanto com o pai foram mais frequentes os comportamentos sociais dirigidos ao adulto (Mesman et al., 2009). Os resultados deste estudo longitudinal indicaram que tanto a sensibilidade dos pais, como a regulação afetiva da criança aos 4 meses eram preditores da relação de vinculação a um ano de idade, exibindo resultados similares para a mãe como para o pai. Verificou-se que a sensibilidade paterna não estava significativamente relacionada com o afeto positivo, afeto negativo ou autorregulação do bebé durante o Still-Face pai-bebé. (Braungart-Rieker et al., 2001). Se a comportamento das mães contribui para a auto-regulação do bebé, o puzzle dos dados recolhidos pela investigação sobre o papel dos comportamentos dos pais está longe de ser compreendido.

Forbes, Cohn, Allen e Lewinsohn (2004), ao estudar a interação diádica em situação Still-Face entre mãe-bebé e pai-bebé, entre os 3 e os 6 meses, com o objetivo de compreender se as diferenças entre pai e mãe se refletem no afeto do bebé, concluíram que os bebés eram mais positivos com as mães do que com os pais, tanto aos 3 como aos 6 meses de idade. Contudo, fora da situação Still-face estes dados não se confirmam (Faria, Lopes dos Santos & Fuertes, 2014).

## Objetivos de estudo

Neste estudo pretendemos estudar o padrão de autorregulação dos bebés no paradigma experimental Face-to-Face-Still-Face entre os 3 e os 9 meses de idade com díades pai-bebé e comparar com díades mãe-bebé. Adicionalmente, pretendemos investigar o contributo diádico dos bebés e dos pais para a qualidade da organização dos comportamentos dos bebés. Nestesentido, pretendemos identificar padrões de autorregulação de bebés entre os 3 e os 9 meses ao longo dos episódios do paradigma experimental FFSF, na relação com a figura parental, comparar o padrão de autorregulação infantil em díades pai-bebé e mãe-bebé, identificar a relação entre os comportamentos interativos materno/paterno e os comportamentos de autorregulação do bebé ao longo da situação FFSF e descrever o impacto dos contributos parentais e infantis no comportamento interativo no paradigma FFSF e nos padrões de autorregulação.

## Metodologia

### Participantes

Neste estudo participaram dois grupos compostos por 19 bebês: dez díades pai-bebé constituídas por seis bebês do género masculino e quatro bebês do género feminino e nove díades mãe-bebé formadas por cinco bebês do género masculino e quatro bebês do género feminino. Os dois grupos da amostra foram emparelhados quanto a: i) idade dos bebês; ii) género dos bebês; iii) lugar na fratria dos bebês; iv) idade dos pais; v) nível de escolaridade dos pais, e vi) nível socioeconómico das famílias.

Os bebês e os seus pais foram observados no paradigma experimental Face-to-Face Still-Face (Tronick et al., 1978) entre os 3 e os 9 meses de idade. A amostra de conveniência foi recrutada pela investigadora, fazendo-se notar a grande dificuldade de adesão ao estudo por parte dos pais às diversas e variadas solicitações. Aos pais que participaram foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo, concordaram com a participação do bebê e assinaram o consentimento informado.

Os bebês em estudo foram selecionados segundo os seguintes critérios: a) terem entre 3 e os 9 meses de idade; b) não existirem fatores de risco identificados; e c) não existirem referências a psicopatologia materna ou paterna. Quanto aos dados demográficos (Tabela 1), todos os bebês em estudo viviam com o pai e com a mãe, sendo famílias portuguesas na totalidade.

Tabela 1. Dados Demográficos da Amostra

DADOS DEMOGRÁFICOS	
GÉNERO	
Feminino	8
Masculino	11
IDADE DO BEBÉ EM MESES	
M	6,68
(D.P.)	2,540
PESO GESTACIONAL	
Média	3371,11
(D.P.)	536,85
IDADE GESTACIONAL	
Média	39,67
(D.P.)	1,048
LUGAR NA FRATRIA	
Primíparo	12
Multíparo	7
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (MÃE/PAI)	
Entre 9 e 12 anos de escolaridade	12
Curso Superior	7

IDADE (MÃE/PAI)	
Entre os 27 e os 32 anos	12
Entre os 33 e os 35 anos	7
ESTADO CIVIL (MÃE/PAI)	
Casados	10
União de Facto	9
NÚMERO FILHOS POR FAMÍLIA	
Média	1,42
(D.P.)	,607

Nesta amostra, 11 bebés pertenciam ao género masculino e oito ao género feminino. No período de recolha de dados, os bebés tinham em média 6 meses de idade, na sua maioria, primíparos (63,2%), sem condições assinaláveis de risco, sendo bebés de termo com idade gestacional de 39 semanas, em média, e peso gestacional médio de 3.371kg. Os seus pais tinham entre os 27 e os 32 anos, na maioria, não excedendo os 35 anos de idade, com percentagens residuais relativamente ao estado civil (casados – 52%; união de facto – 47%) e, em média, o 12º ano de escolaridade.

## Procedimentos

42

### Recolha de dados

Os participantes deste estudo foram observados na situação experimental Face-to-Face-Still-Face (FFSF) e, para o efeito, a investigadora deslocou-se ao local mais conveniente para as famílias, nomeadamente, ao domicílio e ao contexto educativo de frequência dos bebés. Foi seguido o protocolo original da experiência (Tronick, et al., 1978). O procedimento tem um total de 9 minutos, os quais estão divididos em intervalos de três episódios. No primeiro episódio é dada a instrução aos pais para brincar com a criança, tal como normalmente o fazem, sem recorrer à chucha ou a outros brinquedos, durante 3 minutos. O segundo episódio é marcado pela instrução para mudar para uma expressão facial fixa e neutra, sem expressão por parte dos pais, que também não poderá responder às solicitações do bebé durante 3 minutos. No terceiro e último episódio, caracterizado pelo regresso dos pais à interação com o bebé, de forma normal, tal como aconteceu no primeiro momento, durante mais 3 minutos. Antes de dar início ao procedimento, prevenimo-nos que todos os bebés se encontrassem alimentados, sem sono e calmos.

### Cotação do Comportamento de Autorregulação Infantil através do Paradigma Experimental FFSF

Com o objetivo de descrever o comportamento das crianças ao longo dos episódios do FFSF, o sistema de cotação está organizado em sete descrições de comportamento. As descrições de comportamento incluem o comportamento infantil ao longo dos episódios do FFSF e organiza-o em diferentes tipos, intensidade e qualidade dos comportamentos exibidos, assim como a capacidade de a criança recuperar no último episódio do FFSF.

Algumas das definições dos comportamentos específicos, como vocalizações, olhares, gestos, comportamentos de auto-conforto, entre outros, podem ser consultados em Tronick e Weinberg (1990). O sistema de cotação atual e utilizado neste estudo baseia-se em várias definições de comportamentos do IRSS, mas sobretudo na descrição de comportamentos decorrente das narrativas (scripts) realizado pela equipa de Fuertes e colegas (2006, 2009, 2011).

A descrição das narrativas indicou-nos três grandes grupos de comportamento autorregulatórios: Comportamento Socialmente Positivo, Comportamento Socialmente Negativo e Comportamento Orientado para o Auto-conforto, correspondentes a formas de auto-organização, mas com variações na expressão deste comportamento que são apresentadas em sete estilos funcionais de autorregulação observados no FFSF em bebés dos 3 aos 9 meses.

As descrições apresentadas correspondem a sete estilos de comportamento mutuamente exclusivos em categorias discretas. Conceptualmente estes sete grupos correspondem a três categorias comportamentais que identificámos com as categorias comportamentais descritas no trabalho quantitativo e micro-analítico de Fuertes et al. (2006, 2009). As descrições dos Estilos VII, VI, V correspondem ao Padrão de Comportamento Socialmente Positivo, enquanto as descrições dos Estilos IV e III correspondem ao Padrão de Comportamento Socialmente Negativo e, por fim, o Estilo II corresponde ao Padrão de Comportamento Orientado para o Auto conforto. Ao trabalho quantitativo, as narrativas acrescentam a descrição do funcionamento destas formas de autorregulação infantil e a compreensão de que no seio dos padrões previamente descritos se encontram formas de variabilidade em Estilos comportamentais.

### **Qualidade do Envolvimento Parental na Interação com o Bebê em Situação FFSF**

Para analisar a qualidade do envolvimento parental no primeiro e terceiro episódio da situação experimental FFSF foi aplicada a escala Infant and Caregiver Engagement Phases (ICEP) de Weinberg e Tronick (1992). Esta escala apresenta sete categorias de pontuações que avaliam o comportamento do adulto, progressivamente, do envolvimento positivo ao envolvimento negativo (Tabela 2), assim como as fases do envolvimento infantil (Tabela 3).

As fases de envolvimento infantil e do adulto são mutuamente exclusivas, tendo em comum a combinação de três fatores: expressão facial, direção do olhar e vocalizações (Weinberg & Tronick, 1992). A escala ICEP é um sistema de pontuações utilizado para codificar as interações adulto-bebé (Weinberg & Tronick, 1999, citado por Nash, 2013). É administrado através de um esquema de codificação micro-analítica onde o investigador observa segundo a segundo, classifica e codifica o comportamento parental e da criança em análises exclusivas (Nash, 2013).

Tabela 2. Pontuação e Descritores das Fases de Envolvimento do Adulto

Pontuação	Descritores da Escala de Envolvimento do Adulto
	Comportamento de Envolvimento Positivo Exagerado
8	Comportamentos que incluem a exibição de expressão facial, tom de voz e/ou ações exageradas. A expressão facial do adulto inclui risos, brincadeiras e surpresas exageradas. As vocalizações são exageradas e podem incluir cantigas, baby-talk, narrativas animadas ou vocalizações associadas a jogos.
	Comportamento de Envolvimento Social Positivo
7	Comportamentos de expressão de afeto positivo, tais como sorrisos cheios, risos ou expressões de brincadeira.
	Comportamentos de Envolvimento Positivo
6	Comportamentos que incluem uma expressão facial neutra, interessada e/ou com sorrisos, o olhar do adulto está focado na criança ou na atividade da mesma. Apesar da expressão facial ser neutra, as vocalizações são positivas.
	Comportamento de Monitorização Social
5	O adulto olha com atenção focada para a criança ou para a atividade da criança, mantendo uma expressão facial neutra. O adulto pode olhar atento para a mesma e, ocasionalmente, mostrar um sorriso, estar em silêncio ou vocalizar para o bebé de forma neutra.
	Comportamentos de Envolvimento não focado na Criança
4	O adulto não está a dar atenção à criança e está envolvido numa atividade não focada na criança, por exemplo, a ajeitar a própria roupa; falar para o investigador; olhar para um objeto que a criança não esteja a olhar; esfregar os olhos e a cara devido ao cansaço.
	Comportamento de Ausência
3	O adulto está minimamente envolvido com a criança. As expressões faciais são tristes ou sem expressão e não há sorrisos. Pode estar em silêncio, falar ou sussurrar num tom monótono ou sem expressão. Pode estar recostado na sua cadeira, não tocar no bebé, parecer hesitante ou sem ideia do que fazer.

Comportamentos de Envolvimento Negativo com Hostilidade/Intrusividade	
2	O envolvimento do adulto é caracterizado por comportamentos hostis ou intrusivos, variando deste o chatear/aborrecer e irritar à agressão, zanga ou hostilidade. A expressão facial do adulto pode ser tensa, franzida, repreensiva, zangada ou hostil. O tom afetivo das vocalizações pode ser zangado, alto ou explosivo.
Comportamentos de Envolvimento Negativo	
1	O adulto é negativo, intrusivo, hostil ou ausente. A sua expressão facial é de zanga, hostil, severo, triste, sóbrio ou sem expressão. Não há sorrisos. As vocalizações têm uma expressão de zanga, altas ou não têm expressão. O adulto pode estar em silêncio ou falar num tom monótono.
0	Não Cotável

Tabela 3. Pontuação e Descritores das Fases de Envolvimento Infantil

Pontuação	Descritores das Fases de Envolvimento Infantil
9	Dormir A criança está a dormir.
Comportamentos de Envolvimento Social Positivo	
6	A criança deverá demonstrar expressão facial de alegria, particularmente sorrisos. Deverá olhar para a face do cuidador. Pode vocalizar, rindo, balbuciando ou guinchando. A criança pode estar envolvida com o adulto num ritmo social de brincar.
Comportamento de Monitorização Social	
5	A atenção da criança é dirigida ao cuidador, com expressão facial neutra ou de interesse. O olhar deve estar orientado para a face do adulto e pode vocalizar de forma neutra/positiva.

Comportamentos de Envolvimento focado no Objeto/Ambiente	
4	A criança olha para objetos que estão proximais (ex.: cadeira/assento) ou distais (ex.: câmara) e pode vir a manipulá-los. O olhar deve ser dirigido a um objeto, as expressões faciais são tipicamente interessadas ou neutras mas podem, ocasionalmente, ser positivas. Poderá ou não vocalizar. Os objetos podem incluir as próprias mãos, pés, barriga ou roupa, o corpo do adulto (ex.: tronco, mãos, jóias) ou objetos que fazem parte do setting do laboratório (ex.: fitas da cadeira, câmaras ou cortinas). Note-se que a face do adulto não constitui um objeto.
Comportamentos de Ausência	
3	A criança está ausente, fechada e minimamente envolvida com o cuidador. As expressões faciais são particularmente sérias e tristes, incluindo aversão do olhar. As vocalizações são caracterizadas por resmungo e choramingo. Comportamento apático e postura caída. A criança está pouco envolvida com o adulto.
Comportamentos de Protesto	
2	A criança está a protestar. Frequentemente exhibe expressões faciais de zanga, caretas, está agitada ou a chorar. A criança tende a estar ativa durante esta fase: pode arquear as costas, tentar fugir, gesticular, quer ser levantada, bater, puxar ou afastar o adulto.
Comportamentos de Envolvimento Negativo	
1	A criança é negativa, protesta ou retira-se. A criança demonstra expressões faciais negativas (ex.: rosto de zanga, tristeza, angústia ou choro). Não há critérios para o olhar. Há uma variedade de comportamentos gestuais e posturais que podem ocorrer (ex.: afastar o adulto e contorcer-se na cadeira).
0	Não Cotável

## Resultados

### Padrões de autorregulação da criança e comportamentos dos pais e mães

De acordo com a escala ICEP, os pais com filhos de Padrão Socialmente Positivo apresentavam médias superiores de Comportamentos de Envolvimento Social Positivo no terceiro episódio do Still-Face [ $t(17)=2.284$ ;  $p<.05$ ]. Por seu lado, as crianças de Padrão Socialmente Positivo também apresentam médias superiores de Comportamentos de Envolvimento Social Positivo no terceiro episódio do Still-Face, em comparação com as crianças de Padrão Socialmente Negativo [ $t(17)=2.733$ ;  $p<.05$ ]. No mesmo sentido, tal como se pode observar na Tabela 4, os filhos tendem a exibir mais comportamentos socialmente positivos com a mãe e mais comportamentos socialmente negativos com o pai.

Tabela 4. Padrões de Comportamento Infantil

Padrões de Comportamento Infantil	Figura parental		Total
	Mãe	Pai	
Socialmente Positivo	5	3	8
Socialmente Negativo	3	7	10
Auto-Conforto	1	0	1
Total	9	10	19

### Diferenças entre pais e mães

As mães, em média, exibem mais Comportamentos de Envolvimento Negativo com Hostilidade/Intrusividade do que os pais [ $t(17)=2.506$ ;  $p<.05$ ] no primeiro episódio do Still-Face, de acordo com a escala ICEP.

Correlação entre os comportamentos interativos parentais e infantis, avaliados com a situação experimental Face-to-Face-Still-Face

Pela escala ICEP, observam-se correlações significativas entre os seguintes comportamentos interativos parentais (mãe e pai, analisados no seu conjunto) e infantis (Tabela 5).

Tabela 5. Correlações significativas entre os Comportamentos Parentais e Infantis, avaliados com a situação experimental FFSF pelo ICEP

Correlações significativas entre os Comportamentos Parentais e Infantis, avaliados com a situação experimental FFSF pelo ICEP	
Adulto	Criança
Comportamentos de Envolvimento Negativo com Hostilidade/Intrusividade no primeiro episódio	(+) Comportamentos de Ausência no primeiro episódio
Comportamentos de Envolvimento Negativo com Hostilidade/Intrusividade no terceiro episódio	(-) Comportamentos de Envolvimento Social Positivo no primeiro episódio
Comportamentos de Ausência no primeiro episódio	(+) Comportamentos de Ausência no primeiro e terceiro episódios
Comportamentos de Ausência no terceiro episódio	(+) Comportamentos de Envolvimento Social Positivo no primeiro episódio
Comportamentos de Monitorização Social no primeiro episódio	(+) Comportamentos de Monitorização Social no terceiro episódio
	(-) Comportamentos de Ausência no terceiro episódio

Comportamentos de Monitorização Social no terceiro episódio	(-) Comportamentos de Monitorização Social no primeiro episódio
	(+) Comportamentos de Envolvimento Focado no Objeto/Ambiente no primeiro e terceiro episódios
Comportamentos de Envolvimento Positivo no primeiro episódio	(+) Comportamentos de Envolvimento Positivo Social no terceiro episódio

Os pais e mães com mais Comportamentos de Envolvimento Negativo com Hostilidade/Intrusividade no primeiro episódio correlacionam-se positivamente com Comportamentos de Ausência no primeiro episódio dos filhos ( $Rho=.517$ ;  $p<.05$ ) e negativamente com Comportamentos de Envolvimento Social Positivo no primeiro episódio ( $Rho=-.467$ ;  $p<.05$ ). No mesmo sentido, este comportamento parental no terceiro episódio correlaciona-se com Comportamentos de Ausência da criança no terceiro episódio ( $Rho=.751$ ;  $p<.01$ ) e no primeiro episódio do Still-Face ( $Rho=.584$ ;  $p<.01$ ).

Os Comportamentos de Ausência dos pais e mães no terceiro episódio correlacionam-se com Comportamentos de Monitorização Social da criança no terceiro episódio ( $Rho=.835$ ;  $p<.01$ ) e no primeiro episódio ( $Rho=.580$ ;  $p<.01$ ), assim como os mesmos comportamentos do adulto no primeiro episódio se correlacionam com Comportamentos de Envolvimento Social Positivo da criança no primeiro episódio do Still-Face ( $Rho=.480$ ;  $p<.05$ ).

48

Os pais com mais Comportamentos de Monitorização Social no terceiro episódio têm filhos com menos Comportamentos de Monitorização Social no primeiro episódio ( $Rho=-.514$ ;  $p<.05$ ). Contudo, este tipo de comportamento parental correlaciona-se com Comportamentos de Envolvimento Focado no Objeto/Ambiente dos filhos no primeiro episódio ( $Rho=.480$ ;  $p<.05$ ) e no terceiro episódio do Still-Face ( $Rho=.665$ ;  $p<.01$ ). Em adição, estes comportamentos do adulto no primeiro episódio correlacionam-se negativamente com Comportamentos de Ausência da Criança no terceiro episódio ( $Rho= -.458$ ;  $p<.05$ ).

Os Comportamentos de Envolvimento Positivo dos pais e mães no primeiro episódio correlacionam-se com Comportamentos de Envolvimento Social Positivo da criança no terceiro episódio do Still-Face ( $Rho=.767$ ;  $p<.01$ ), ou seja, as crianças com comportamentos de envolvimento social positivo no terceiro episódio têm pais com mais comportamentos de envolvimento positivo no primeiro episódio.

### **Impacto do contributo parental no comportamento interativo em situação experimental FFSF**

As mães e os pais com mais anos de escolaridade têm mais Comportamentos de Envolvimento Positivo ( $Rho=.490$ ;  $p<.05$ ) e Comportamentos de Monitorização Social ( $Rho=.442$ ;  $p<.05$ ) com os filhos, no terceiro episódio do Still-Face.

Apesar de todas as crianças terem nascido de termo (36 semanas ou mais), as crianças com mais peso gestacional tendem a exibir mais Comportamentos de Monitorização Social no primeiro episódio do Still-Face ( $Rho=.880$ ;  $p<.001$ ). Enquanto os seus pais e mães (analisados no seu conjunto) apresentam mais Comportamentos de Monitorização Social no primeiro episódio Still-Face ( $Rho=.752$ ;  $p<.005$ ), mais Comportamentos

de Envolvimento Positivo Exagerado no primeiro ( $Rho=.836$ ;  $p<.001$ ) e terceiro ( $Rho=.730$ ;  $p<.005$ ) episódio Still-Face, e mais Comportamentos de Envolvimento Social Positivo no primeiro ( $Rho=.717$ ;  $p<.05$ ) episódio do Still-Face.

As mães e os pais dos primíparos exibem, em média, mais Comportamentos de Envolvimento Positivo no primeiro [ $t(17)=2.323$ ;  $p<.05$ ] e terceiro episódio [ $t(17)=2.081$ ;  $p<.05$ ] do Still-Face, enquanto os pais de múltiplos exibem mais comportamentos de Monitorização Social no primeiro episódio do Still-Face [ $t(17)=-2.284$ ;  $p<.05$ ]. Ainda que subsignificativo, verificam-se Comportamentos de Envolvimento Negativo com Hostilidade/Intrusividade do adulto no terceiro episódio Still-Face [ $t(17)=2.00$ ;  $p=0.62$ ], com os primíparos.

A idade dos pais e mães correlacionou-se negativamente com Comportamentos de Envolvimento Negativo com Hostilidade/Intrusividade do adulto no primeiro episódio ( $Rho=-.518$ ;  $p<.05$ ) e com Comportamentos de Ausência da criança ( $Rho=-.413$ ;  $p<.05$ ). Adicionalmente, a idade dos pais correlacionou-se positivamente com Comportamentos de Envolvimento focado no Objeto/Ambiente no primeiro episódio ( $Rho=.685$ ;  $p<.05$ ).

As meninas, em comparação com os meninos, protestam mais no primeiro episódio do Still-Face [ $t(17)=-2.170$ ;  $p<.05$ ], enquanto os pais e as mães das meninas apresentam mais Comportamentos de Monitorização Social no terceiro episódio do Still-Face [ $t(17)=2.152$ ;  $p<.05$ ].

## Discussão dos Resultados

Neste estudo procurámos, numa amostra portuguesa, investigar a autorregulação infantil com pais e mães. Para o efeito, observámos 10 díades paternas e nove díades maternas com bebés entre os 3 e os 9 meses de idade, sem risco assinalável, na situação experimental Face-to-Face-Still-Face.

Em primeiro lugar, neste estudo foi possível encontrar os mesmos padrões de comportamento infantil nas díades maternas e paternas, os quais: Socialmente Positivo, Socialmente Negativo e Orientado para o Auto-conforto, os quais foram identificados por Fuertes e colegas (2009) numa amostra de bebés prematuros saudáveis de 3 meses, e, mais recentemente, em díades maternas com bebés de termo (Seixas, 2015). Deste modo, replicam-se em díades paternas os mesmos estilos comportamentais diádicos já observados em díades maternas. Assenta aqui a originalidade deste trabalho, considerando que pela primeira vez foram testados e observados os padrões comportamentais encontrados por Fuertes e colegas (2009), em díades paternas.

Com efeito, apurámos que os bebés da nossa amostra apresentam mais comportamentos do Padrão Socialmente Positivo com a figura materna e comportamentos do Padrão Socialmente Negativo com a figura paterna. O que poderá contribuir para que as díades pai-bebé sejam consideravelmente mais negativas? A literatura anterior indica que os bebés são geralmente mais positivos com as mães do que com os pais, verificando-se também esta diferença de forma significativa na nossa amostra. Sublinhamos que a nossa amostra é muito reduzida e de conveniência, daí que os resultados não podem ser generalizados. Não obstante, foi observado que os pais tinham mais dificuldade na reparação das emoções com os bebés, nomeadamente as emoções negativas, do que as mães. Bem como, para os pais foi mais difícil manter uma interação positiva por um período mais longo, fazendo-se notar um leque menor de estratégias relacionais. Os pais mencionaram

por diversas ocasiões o facto de estarem a ser filmados, o que nos pode levar a tomar em consideração uma diminuição da espontaneidade. Poderá a filmagem afetar mais os pais? Outro ponto comum entre as díades pai-bebé assentou na associação recorrente que os pais faziam entre as manifestações negativas dos bebés e o facto de estarem sentados e presos na cadeira. Por exemplo, muitas vezes, tentavam pegar no bebé, criando uma eventual expectativa negativa no bebé de que seriam pegados ao colo, contribuindo para um aumento comportamentos negativos dos filhos.

À semelhança do que foi mencionado por Forbes e colegas (2004) em que os pais exibem mais brincadeira física do que as mães, e tal como revisto por Faria, Lopes dos Santos e Fuertes (2014) num artigo exploratório e de revisão do papel materno e paterno, em que referem que as interações com o pai envolvem brincadeiras emocionantes, divertidas, robustas e fisicamente emocionantes, colocamos a hipótese de os pais se sentirem impedidos de interagir com os filhos de acordo com os seus recursos habituais e que lhes são aparentemente mais naturais. Ou seja, devido à especificidade da situação experimental, por se sentirem limitados e impedidos de utilizar brincadeiras fisicamente mais envolventes, os pais ficam com menos recursos interativos e relacionais. Fica assim a questão: Será que os pais utilizam uma menor variedade de estratégias comportamentais interativas e de envolvimento com os filhos?

Aos comportamentos mais intrusivos maternos e paternos associaram-se menos comportamentos positivos dos filhos. Concomitantemente, e considerando a diferença entre pais e mães, as mães são tendencialmente mais intrusivas do que os pais, exibindo mais Comportamentos de Envolvimento Negativo com Hostilidade/Intrusividade, de acordo com a escala ICEP. Estes comportamentos de intrusividade adquirem a forma de estimulação excessiva do bebé sem que lhe seja dado tempo para estruturar as suas emoções, de modo a encontrar estratégias de auto-conforto. Estes resultados, tal como os de estudos realizados anteriormente com díades maternas, como por exemplo a meta-análise realizada por Mesman e colaboradores (2009), indicam uma forte associação entre a sensibilidade materna e o afeto exibido bebé, em situação FFSE.

A intrusividade do envolvimento materno pode ser compreendida como uma estratégia de controlo da relação, porém, contribui para a autorregulação do bebé, reforçando o aumento de respostas negativas e dificultando a organização de estratégias de auto-conforto. Assim sendo, como será que o bebé contribui para a relação? Sabemos que os bebés são atores sociais ativos que contribuem para a interação social (Tronick et al., 1978). Num estudo da autoria de Faria e Fuertes (2007), com o intuito de explorar a relação entre a reatividade infantil em situação Still-Face e a qualidade do comportamento materno observado em jogo livre, verificou-se o comportamento dos bebés em condições desencadeadoras de stress apresentar alguma (mas não totalmente) continuidade com o comportamento infantil em interação livre. Ou seja, apesar da consistência comportamental infantil em diferentes situações interativas, as autoras defendem que a criança não está afeta a uma única estratégia comportamental. Num outro estudo nacional com bebés prematuros, Fuertes e seus colaboradores (2011) encontraram resultados indicativos de que as respostas sociais precoces parecem ser afetadas pelo comportamento interativo materno. Desta forma, e pelas observações do nosso estudo, faz-nos sentido retomar o conceito de autorregulação diádica, nomeadamente, o Modelo de Regulação Mútua da interação mãe-bebé, o qual é sustentado pela importância que o sistema afetivo da criança tem na regulação da interação social, propondo que a díade tem um objetivo interativo e um conjunto de competências (demonstrações afetivas) para o realizar. Esse objetivo passa por atingir um estado de reciprocidade, ou melhor, de regulação mútua, dos seus comportamentos interativos (Tronick,

2007).

Em relação aos contributos parentais, quais os que têm maior peso para a autorregulação dos bebés? Como referem Beeghly e seus colaboradores (2011), é vasta a literatura que documenta os contributos que as características parentais trazem para a qualidade da autorregulação diádica. Na nossa amostra, surgem variáveis significativas, tais como a escolaridade e a idade dos pais. Desta forma, os pais e as mães com mais escolaridade parecem envolver-se emocionalmente de forma mais positiva com os filhos. De facto, a escolaridade dos pais parece estar relacionada a relações mais seguras (Pederson & Moran, 1996, citado por Faria et al., 2014). De acordo com a literatura nacional, a variável escolaridade dos pais é compreendida como sendo um fator explicativo dos resultados de vinculação e da qualidade da interação entre pais e filhos (Fuertes et al., 2009).

Relativamente à idade dos pais, esta parece contribuir num sentido decrescente em termos de comportamentos hostis, sendo que os filhos de pais com mais idade tiveram mais comportamentos de envolvimento com o objeto. Relativamente a este fator, existe pouca literatura e os resultados não são coerentes. Em diversos estudos internacionais a idade materna é reportada como um fator significativo que afeta as práticas parentais (Ragozin et al., 1982; Bornstein, Putnick, Suwalsky & Gini, 2006). Muitos desses estudos comparam amostras de mães adolescentes e mães adultas. As mães adolescentes são descritas como menos verbais, estimulantes, sensíveis e responsivas perante os filhos, do que as mães adultas (Berlin, Brady-Smith & Brooks-Gunn, 2002). As mães adultas, ou seja, com mais de 20 anos de idade, reportaram maior satisfação e capacidade para cuidar dos seus filhos, comparativamente às mães adolescentes (Moore & Brooks-Gunn, 2002). Num estudo conduzido por Bornstein e colaboradores (2006), observou-se que mães com mais de 27 anos de idade tendiam a aumentar a frequência e a duração da comunicação verbal para a criança, a sensibilidade materna e a estruturação do ambiente infantil. Assim, mães mais velhas (com mais de 30 anos) percebiam os seus filhos como mais difíceis e consideravam mais difícil a adaptação aos desafios normativos infantis associados ao ajustamento ao recém-nascido, do que as mães mais jovens. Além do exposto, este estudo refere, também, que as mães mais jovens têm mais apoio social e familiar alargado, enquanto as mães com mais idade têm apoio mais doméstico.

Como efeito, os bebés contribuem para a interação com os pais. No nosso estudo as meninas parecem protestar mais. Este resultado corrobora não só literatura internacional (Mayes & Carter, 1990; Braungart-Rieker et al., 1998), mas também corrobora os dados do recente estudo nacional com mães, conduzido por Seixas (2015).

Verificámos, também, que os pais de bebés com maior peso gestacional tendem a exibir mais comportamentos positivos exagerados. Estes resultados convergem com o estudo de Fuertes (2005), relativamente à análise dos fatores demográficos, em que se verifica que a sensibilidade materna é superior em mães com maior escolaridade, com bebés com menos problemas de saúde e Índice de Apgar superior. Num estudo realizado com gémeos, observou-se que o gémeo mais saudável era a quem a mãe dedicava mais atenção, independentemente de outros fatores, como por exemplo, ser o mais bonito, chorar menos ou nascer primeiro (Mann, 1992). Mais recentemente, Seixas (2015) também observa que o índice de Apgar mais elevado ao 1º minuto contribui para que os bebés sejam mais positivos, tanto aos 3 como aos 9 meses. Neste ponto colocamos as seguintes questões: De que forma a qualidade de vida no momento do nascimento afeta a forma como os pais interagem com o bebé? Será que a condição de saúde, mais precisamente, o peso gestacional, por não causar motivos de risco traz aos pais menor preocupação que, por sua vez, lhes permite uma maior descontração na relação com

os bebês, ao ponto de exagerar nos comportamentos de interação?

Por outro lado, observamos que os pais de primíparos se envolvem de forma mais positiva. Não podemos deixar de questionar: Será que o primeiro filho traz uma novidade, com contornos de entusiasmo, ao ponto de promover o envolvimento positivo, em relação aos segundos filhos?

Desta forma, alguns fatores associados à criança e à família relacionam-se com os comportamentos maternos e paternos, corroborando os modelos de análise teórica do desenvolvimento: modelo bioecológico (Bronfenbrenner & Morris, 1998) e modelo transacional (Sameroff & Fiese, 1990) do desenvolvimento humano.

Em suma, pais e filhos são geradores de uma ligação recíproca e bidirecional em constante evolução, tal como referido por Faria e Fuertes (2007). Assim, pensando a autorregulação do bebê como um produto diádico e não apenas um contributo do bebê, e considerando as diferenças individuais na autorregulação infantil como preditores de posteriores relações de vinculação, os resultados deste estudo podem ser úteis aos profissionais de intervenção precoce como base de trabalho com as famílias, especificamente pela sua importância na prevenção. Em particular, os resultados desta investigação sugerem que a figura paterna também é central no desenvolvimento da autorregulação infantil, pelo que sugerimos que os mesmos sejam incluídos em momentos de avaliação e intervenção familiar. Tal como previamente sugerido por Fuertes e colegas (2009), as intervenções devem ser específicas tanto em relação às formas de autorregulação do bebê como da qualidade do comportamento interativo parental. Por outro lado, devem assim ser observados e descritos o funcionamento da tríade: pai, mãe e criança, em interação conjunta (Veríssimo, Monteiro & Santos, 2006 citados por Faria e colegas, 2014).

## Referências

- Beeghly, M., Fuertes, M., Liu, C. H., Delonis, M. S., & Tronick, E. (2011). Maternal sensitivity in dyadic context: Mutual regulation, meaning-making, and reparation. *Maternal sensitivity: A scientific foundation for practice*, 45-69.
- Berlin, L. J., Brady-Smith, C., & Brooks-Gunn, J. (2002). Links between childbearing age and observed maternal behaviors with 14-month-olds in the Early Head Start Research and Evaluation Project. *Infant Mental Health Journal*, 23, 1-2, 104-129.
- Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Suwalsky, J. T. D., & Gini, M. (2006). Maternal chronological age, prenatal and perinatal history, social support, and parenting of infants. *Child Development*, 77(4) 875-892.
- Braungart-Rieker, J., Garwood, M. M., & Notaro, P. C. (1998). Infant Affect and Affect Regulation during the Still-Face Paradigm with Mothers and Fathers: The Role of Infant Characteristics and Parental Sensitivity. *Developmental Psychology*, 34(6), 1428-1437.
- Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P., & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child Development*, 72(1), 252-270.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human development*, Vol.1 (pp. 993-1027). New York: John Wiley & Sons.

Cohn, J. F., & Tronick, E. (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 242-248.

Faria, A., & Fuertes, M. (2007). Reactividade infantil e a qualidade da interacção mãe-filho. *Análise Psicológica*, 4, XXV, 613-623.

Faria, A., Lopes dos Santos, P., & Fuertes, M. (2014). Pais e mães protegem, acarinham e brincam de formas diferentes. *Análise Psicológica*, 4, XXXII, 419-437.

Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 329-354.

Forbes, E. E., Cohn, J. F., Allen, N. B., & Lewinsohn, P. M. (2004). Infant affect during parent-infant interaction at 3 and 6 months: differences between mothers and fathers and influence of parent history of depression. *Infancy*, 5, 1, 61-84.

Fuertes, M. (2005). Rotas da Vinculação – O desenvolvimento do comportamento interativo e a organização da vinculação no primeiro ano de vida do bebé prematuro. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M. & Tronick, E. (2006). More Than Maternal Sensitivity Shapes Attachment: Infant Coping and Temperament. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094 (Resilience in Children), 292-296.

Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M. & Tronick, E. (2009). Infant Coping and Maternal Interactive Behavior Predict Attachment in a Portuguese Sample of Healthy Preterm Infants. *European Psychologist*, 14(4), 320-331.

Fuertes, M., Beeghly, M., Lopes dos Santos, P., & Tronick, E. (2011). Predictors of infant positive, negative and self-direc coping during face to face still-face in a Portuguese preterm sample. *Análise Psicológica*, 4, XXIX, 553-565.

Mann, J. (1992). Nurturance or negligence: maternal psychology and behavioural preference among preterm twins. In Barkow, J. H., Cosmides, L., Tooby, J. *The adapted mind. Evolutionary psychology and the generation of culture* (pp.367-390). New York: Orford University Press.

Mayes, L. C, & Carter, A. S. (1990). Emerging social regulatory capacities as seen in the Still-Face situation. *Child Development*, 61, 754-763.

Mesman, J., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). The many faces of the Still-

Face Paradigm: A review and meta-analysis. *Developmental Review*, 29(2), 120-162.

Moore, G. A., Cohn, J. F., & Campbell, S. B. (2001). Infant affective responses to mother's still face at 6 months differentially predict externalizing and internalizing behaviors at 18 months. *Developmental Psychology*, 37(5), 70-76.

Moore, M. R., & Brooks-Gunn, J. (2002). Adolescent parenthood. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: vol 3, Status and social conditions of parenting* (2<sup>nd</sup> ed., pp.173-214). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Nash, J. M. (2013). *Maternal Sensitivity in Mother-Infant Interactions for Infants with and without Prenatal Alcohol Exposure* (Doctoral dissertation). University of Washington. Consultada em <http://hdl.handle.net/1773/23370>

Ragozin, A. S., Basham, R. B., Crnic, K. A., Greenberg, M. T., Robinson, N. M. (1982). Effects of Maternal Age on Parenting Role. *Developmental Psychology*, 18(4), 627-634.

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp.119-149). Cambridge: Cambridge University Press.

Seixas, I. (2015). *Contributos maternos para a autorregulação do bebé na situação experimental face-to-face still-face*. Tese de Mestrado. Tese não publicada. Escola Superior de Educação de Lisboa.

---

54 Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). Infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 1-13.

Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (1990). *The infant regulatory scoring system (IRSS)*. Unpublished manuscript, Children's Hospital/Harvard Medical School, Boston.

Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of Infants and Children*. NY: Norton.

Weinberg, M. K., & Tronick, E. (1992). *Infant and Caregiver Engagement Phases*. Unpublished manuscript. Boston: Children's Hospital/Harvard Medical School.

## A força de um olhar partilhado

Eduarda Coimbra

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação de Lisboa

[ducha73@hotmail.com](mailto:ducha73@hotmail.com)

Inês Ferreira

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação de Lisboa

[inesfmusic@gmail.com](mailto:inesfmusic@gmail.com)

Sónia Cabral

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação de Lisboa

[soniacabral.email@gmail.com](mailto:soniacabral.email@gmail.com)

55

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.064>

### Resumo

Neste artigo, lança-se um olhar atento e partilhado sobre um menino de 5 anos, o Lucas (nome fictício) que nos seus contextos de vida apresentava um desenvolvimento atípico para a sua idade, além de revelar comprometimento do desenvolvimento global. O Lucas encontrava-se perdido no meio das outras crianças, à margem do que seria expectável, destacando-se dos demais pelos seus comportamentos desajustados e de oposição. A família, onde o avô é principal cuidador e força, não tinha consciência das verdadeiras dificuldades do Lucas. Procurou-se numa intervenção centrada na família com base na suas necessidades, recursos e forças, lançar um olhar atento sobre a diferença do Lucas. A nossa intervenção teve como principais objetivos: apoiar a família de modo a capacitá-la e ajudando-a a encontrar as suas próprias soluções; reforçar as competências parentais dos pais e aumentar confiança do Lucas nos seus cuidadores promovendo com eles relações positivas e recíprocas. Desta forma, discute-se a força do olhar atento e partilhado entre todos os intervenientes perante a intervenção com uma família como a do Lucas.

## Introdução

56

A história da nossa intervenção começa com o Lucas, uma criança com 5 anos e 11 meses, a frequentar uma sala heterogénea de jardim-de-infância, de uma IPSS, desde os 3 anos e 3 meses, sempre acompanhado pela mesma educadora e auxiliar. O Lucas nasceu de termo e de parto distócico, fruto de uma gravidez desejada e acompanhada (segundo os pais). A mãe fez terapia medicamentosa para a epilepsia durante a gestação (contraindicada na gravidez) o que gerou alguma ansiedade na família durante este período. Na alta da maternidade, a mãe e a criança ficaram na casa dos avós maternos que lhe prestaram os primeiros cuidados. O avô assumiu o papel de principal cuidador do Lucas, desde os primeiros dias de vida, visto que os pais e a avó apresentavam uma frágil condição de saúde. Como principal responsável pelo Lucas, o avô tem sido o decisor nas questões relacionadas com a sua educação, saúde, higiene e alimentação.

Aos 3 anos e 3 meses de idade o Lucas ingressou no Jardim de infância e passou por uma adaptação longa e complicada, tanto para ele como para a sua família, que revelava ansiedade com a separação. Aos 5 anos e 11 meses, durante o dia e perante algumas situações de stress o Lucas evidencia dificuldade em autorregular-se, frustra-se com facilidade e desiste, se contrariado reage, habitualmente, de forma violenta (birras, choros, atira-se para o chão e corre para fora da sala) numa atitude opositora relativamente aos seus pares e adultos. Revela também períodos curtos de concentração, impulsividade, dependência da atenção dos adultos, e dificuldade em explorar livremente o espaço do jardim-de-infância manifestando diversos medos. Ao nível da autonomia pessoal destaca-se o facto de não controlar os esfíncteres, ser dependente no despir/vestir e na sua alimentação. Relativamente à linguagem, possui um bom vocabulário para a idade, mas apresenta um discurso incoerente que não se coaduna com a realidade. Destaca-se ainda dificuldade ao nível da motricidade global e falta de interesse na exploração de materiais comuns. O seu desenvolvimento global apresenta-se abaixo do esperado para a sua idade.

Ao longo dos anos de frequência do Jardim de Infância, a educadora do Lucas apercebeu-se das suas dificuldades e procurou ajuda junto da família. Todavia, a família demonstrou dificuldade em aceitar o problema do Lucas e, por vezes, esteve pouco envolvida. Durante dois anos letivos o Lucas não foi alvo de qualquer intervenção adequada ao seu desenvolvimento harmonioso nem às suas necessidades. Nem a sua família!

O Lucas encontrava-se perdido no seu caminho, porém, um olhar mais atento dentro do seu contexto educativo (uma educadora de outra sala), envolveu-se no processo, aliando as forças existentes na procura de caminhos de intervenção que levassem a uma resposta adequada, uma intervenção centrada na família, onde “família e profissionais trabalham em equipa com vista a planear uma intervenção adequada às preocupações, necessidades e recursos específicos”. (Almeida, 2009, p. 149).

Neste sentido, o foco da intervenção viria a assentar nos desejos, nas prioridades e nas preferências da família, de modo a conhecer a sua organização, os papéis e valores de cada um e a conhecer a sua história. Pretendeu-se cativá-la cada vez mais, tentando envolver todos os elementos que dela fazem parte, ajudando os cuidadores a pensar, planificar, criar e maximizar oportunidades de aprendizagem para o Lucas, nas rotinas, nos diferentes contextos naturais. Deste modo, os eixos prioritários de intervenção nesta família foram a promoção de uma relação de confiança através das práticas reflexivas Touchpoints (Brazelton & Sparrow, 2003), que permitiram uma abordagem de partilha e interajuda positiva no sentido de motivar, reforçar, apoiar, encorajar, respeitar, ouvir, elogiar, informar, acarinhar, envolver e dar, de modo a obter sucesso em objetivos concretos, como o controle dos esfíncteres e o aumento das interações positivas com os seus pares.

Como estratégias de intervenção, recorreremos a alterações nas rotinas diárias da criança, uma vez que estas oferecem muitas e variadas oportunidades diárias de aprendizagem. Todos os contextos têm potencial, os profissionais apenas precisam de ajudar a descobrir o que faz mais sentido para uma criança em particular e para a sua família (Dunst, 2001).

### **Primeiros Contactos – O primeiro olhar**

Seguindo uma abordagem baseada na metodologia Touchpoints (Brazelton & Sparrow, 2003) partimos do pressuposto que todas as famílias têm as suas forças e querem o melhor para os seus filhos; que esta família conhecia o Lucas melhor do que ninguém e que por isso é imprescindível a sua colaboração. O processo de intervenção deve pautar-se por um apoio empático cooperativo no sentido de permitir a resolução de dificuldades, potenciando as forças da família para suprimir as suas necessidades. Tentámos em primeiro lugar partilhar a mesma visão sobre a criança, reconhecendo o que poderíamos trazer para interação, conhecendo as dificuldades deste processo, mas reconhecendo na família potencial e capacidade para as superar, sendo um olhar partilhado a força primordial da nossa intervenção. Como referem Breia, Almeida e Colôa (2004) “A intervenção centrada na família parte do princípio de que esta é o elemento chave do desenvolvimento da criança e baseia-se na premissa de que todas as famílias têm competências e capacidades que deverão ser reconhecidas e valorizadas” (p.47).

Neste sentido, o avô que anteriormente era descrito como austero e pouco comunicativo, na nossa

intervenção mostrou-se colaborativo desde os primeiros contactos. Desde logo apercebemo-nos da enorme ansiedade que estava a sentir pela aproximação da entrada para o primeiro ciclo e a primeira tomada de consciência efetiva que a criança não estaria a desenvolver-se de modo compatível com os seus pares. Este facto constituiria o mote para podermos intervir ajudando na resolução dos diversos problemas que emergiam, recorrendo a dois processos de extrema importância em intervenção precoce: capacitar e responsabilizar. A educadora do Lucas também acompanhou todo este processo sendo um elemento facilitador no mesmo.

Através do preenchimento do roteiro de anamnese olhámos para o Lucas e para a sua família de modo a conhece-los e entender o seu percurso de vida até aquele momento. Percecionámos as fragilidades de saúde do pai, da mãe e da avó, no sentido de fazer um enquadramento assertivo do avô enquanto principal cuidador, não só de uma criança pequena com dificuldades, mas também como a força principal de uma família que depende da sua capacidade e discernimento.

Iniciámos uma relação baseada na confiança, de modo a que o avô se envolvesse e compreendesse a possibilidade real de ajudarmos o seu neto. O pai também se envolveu desde os primeiros momentos, estando sempre presente, embora menos colaborativo. A mãe delegava o seu papel apontando o avô como principal responsável pela criança e principal decisor. Foi necessário encorajá-la a participar, incentivando-a no seu papel de mãe, ajudando-a a compreender que o seu contributo seria de extrema importância em todo o processo.

A análise dos Mapas de Rotinas da Família trouxe-nos o olhar da casa do Lucas, as principais preocupações da família, o funcionamento da criança nas rotinas do dia-a-dia, o seu envolvimento, independência, as relações sociais, funcionamento e grau de satisfação da família nas rotinas. Considerámos também prioritárias as preocupações da família e o seu olhar sobre as mudanças que se poderiam realizar (McWilliam, 2012). Através da relação positiva e de confiança estabelecida com a família sobressaíram outras questões dentro dos contextos naturais da criança que ainda não eram conhecidos: o facto de dormir na cama com os avós; de usar fralda; da ausência de autonomia no despir e vestir, nos seus cuidados primários diários de higiene e alimentação; e a frequente manifestação de medos inexplicáveis (medo de uma televisão antiga, de diversos sons, das portas). Perante os problemas emergentes convidámos a família a estabelecer as suas prioridades e objetivos. Ao adotar estas práticas pretendemos não ser meramente conselheiros capazes de identificar as necessidades da família, queríamos ser parceiros na identificação de recursos para suprimir as suas necessidades existindo uma corresponsabilização na procura ativa de soluções.

Olhando esta família considerámos desde o início que a poderíamos ajudar. Segundo Dunst, Trivette e Deal (1994), ajudar é o ato de promover e apoiar o funcionamento da família de forma a maximizar a aquisição das competências que permitem um maior controlo familiar sobre as atividades subsequentes, ao mesmo tempo que a estamos a capacitar criando oportunidades para que adquiram competências que reforcem o seu funcionamento familiar. Neste sentido, priorizamos a nossa intervenção a partir dos objetivos da família, atuando nos ambientes naturais de aprendizagem, do dia-a-dia, através de experiências significativas para a criança, envolvendo e corresponsabilizando a família num caminho que facilitasse a sua aceitação e posterior resolução do(s) problema(s). O nosso objetivo mais relevante

foi o empoderamento, o fortalecer dos pais e do avô, por forma a que melhorassem a sua capacidade (da família) para satisfazer as suas necessidades e aspirações, e, de forma a promover um sentido claro de controlo e domínio familiar sobre aspetos importantes do seu funcionamento (Dunst, et al., 1994). A família evidenciou necessidade de procurar um outro olhar, o olhar de um neuropediatra, por forma a identificarem as causas da alteração de desenvolvimento do Lucas, e conseguirem paralelamente receber e encontrar estratégias eficazes para aumentar o seu bem-estar e potenciar o seu desenvolvimento.

## Processo de Observação – Olhar investigador

Segundo Katz e Chard (1997), a metodologia de investigação-ação tem como base a necessidade de intervir numa determinada situação e de a melhorar, implicando conseqüentemente, a investigação dessa mesma situação. A apresentação da história de vida do Lucas dá lugar à ilustração da metodologia que orientou a recolha de dados sobre o seu caso, e cuja análise forneceu resultados significativos que fundamentaram a construção de um plano de intervenção.

### Quadro I - Metodologia, Instrumentos e Resultados

INSTRUMENTOS	OBJETIVOS	RESULTADOS
Roteiro de anamnese e de Caracterização para Crianças em Idade Pré-Escolar – Entrevista aos Pais	Conhecer dados biográficos; Situação sociofamiliar; Situação clínica; Marcos do desenvolvimento; Necessidades da família relativas ao desenvolvimento da criança.	Da entrevista realizada com o avô e com o pai destacam-se, além dos dados biográficos, as questões de saúde, independência e funcionalidade dos pais (epilepsia); as condições e implicações durante a gravidez da mãe (medicação); a indicação médica de microcefalia e desenvolvimento borderline nos primeiros meses de vida do Lucas; a depressão da avó materna e a identificação do avô como responsável por toda a família por questões de saúde. As principais necessidades da família em relação ao Lucas: o controlo dos esfíncteres, as dificuldades de relacionamento com pares, o interesse pelas atividades pré-escolares e a autonomia.
Entrevista à Educadora	Conhecer as diversas dimensões da criança em ambiente escolar, identificar comportamentos (elementos facilitadores e disruptivos) que emergem neste contexto, recolher informações sobre as relações jardim-de-infância/família.	Das informações cedidas pela educadora surgiram as seguintes questões em relação à criança: pouco interesse por materiais e atividades, falta de colaboração; comportamentos de oposição; tempos de concentração reduzidos; interações sociais difíceis com pares e adultos; pouca autonomia no controlo das suas necessidades (alimentação, higiene e vestuário). Principal necessidade para a Educadora: o controlo dos esfíncteres.
Observações Naturalistas	Observar a criança em situações formais e informais no jardim-de-infância; a sua adaptação às rotinas; funcionalidade; integração social; relações com os pares; resposta a atividades estruturadas.	Recolheram-se os seguintes dados em relação à criança: dificuldade nas transições, com sinais de ansiedade e stress. Respostas agressivas em situações de conflito com pares; falta de autonomia geral nas rotinas. Implicação e envolvimento reduzidos nas atividades propostas. Em relação ao ambiente: falta de respostas, atividades e estímulos adequados às necessidades e interesses do Lucas; relação com principal cuidador neste ambiente comprometida.

<p>Mapas de Rotinas da Criança</p>	<p>Conhecer e analisar as formas de organização típicas do grupo familiar, analisar a previsibilidade na ocorrência de acontecimentos.</p>	<p>Rotinas maioritariamente asseguradas pelo avô (por questões que se prendem com a funcionalidade e capacidade de autonomia dos pais da criança), mas ocasionalmente é o pai que assegura essas rotinas, ainda assim a dinâmica da criança parece ser idêntica, alguns comportamentos difíceis na criança são emergentes nos dois ambientes (por exemplo dormir na cama dos adultos, pais e avós, usar fralda para dormir). Clima afetivo proporcionado pelo avô que quando acorda a criança diz: “Dá-me um abraço e vais ver o que eu te faço”. Clima estimulante pobre. O avô aparece sempre como principal cuidador, é ele quem assegura todas as necessidades básicas da criança. O pai aparece como parceiro de brincadeiras. Os pais, em conjunto estão ocasionalmente nas rotinas da criança, assumindo um baixo nível de responsabilidades parentais.</p>
<p>Inventários das Necessidades, Forças e Recursos da Família (Bailey &amp; Simeonsson, 1988)</p>	<p>Identificar as necessidades e preocupações da família, localizar recursos e extrafamiliares, e apoios que vão ao encontro dessas necessidades; Estabelecer prioridades e metas para a intervenção e mobilizar apoios e recursos.</p>	<p>Identificaram-se como forças: as boas condições da residência, a participação dos avós maternos e tios-avós maternos, o Jardim de Infância, os cuidados ao nível da higiene e da alimentação. Como recursos: a viatura própria, equipamentos e brinquedos, emprego estável dos pais, situação económica estável dos avós, a consulta do Hospital. Necessidades identificadas: avaliação em neuropediatria; controlo dos esfíncteres; assiduidade no Jardim de Infância; elaboração de programa de IP; informação sobre desenvolvimento infantil para os pais; promoção de redes de apoio para família; promoção do ambiente, rotinas, atividades e comunicação junto da educadora de JI; auto-estima da mãe, envolvimento e empoderamento parental.</p>
<p>Mother-Infant Descriptive Dyadic System (MINDS, Fuertes et. al, 2014)</p>	<p>Avaliação das relações afetivas e de vinculação cuidador/criança</p>	<p>A partir da análise descrita verificou-se que este cuidador é diretivo, excessivo, e intenso orientado toda a atividade lúdica para a demonstração de competências. O jogo proporcionado está abaixo do esperado relativamente à idade cronológica da criança. Observam-se momentos com contacto ocular e com trocas afetivas embora exageradas. É o adulto que está no centro da interação, mas tentando envolver a criança. Esta interação permitiu compreender o nível de afeto e segurança que o avô tenta transmitir evidenciando-se como figura de referência para a criança. A criança revelou pouca proximidade ou contacto físico com o cuidador, esboçando ocasionalmente sorrisos ténues. As iniciativas da criança raramente são aceites sendo reforçados positivamente os comportamentos desejáveis do ponto de vista do adulto. A criança utilizou alguns olhares periféricos, mostrando alheamento, baixa implicação e pouco cooperatividade em toda a interação. A criança explora os objetos, mas procura obter segurança nas respostas do avô. Nesta interação a criança mostrou-se mais positiva, descontraída e cómoda do que na díade com o pai, apresentando menos rigidez a nível das respostas faciais e mostrando-se mais confortável nas trocas afetivas. Ainda assim através dos dados obtidos verifica-se que existem dificuldades no processo de vinculação colocando a criança em situação frágil e em risco.</p>

The Schedule Of Growing Skills II (SGS, Bellman, Lingman, & Aukett, 1996.)	Avaliar a criança em nove áreas de competência e comparar os seus resultados com os resultados esperados para pares da mesma idade, Conhecer áreas fortes, fracas e intermédias.	Com base na análise dos resultados da escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil (SGSII) é possível referir que o Lucas, tendo uma idade cronológica de 67 meses apresenta um quociente cognitivo de 18 meses. Os dados da avaliação mostram que o Lucas tem as competências locomotoras mais desenvolvidas, todas as outras áreas se encontram muito comprometidas com cotações muito abaixo do esperado para a sua idade cronológica. No entanto, o Lucas revela aptidão para desenvolver as suas capacidades e evoluir aproximando-se mais das características esperadas para o seu perfil, através de um programa de estimulação adequada e uma intervenção eficaz que coloque em equilíbrio os fatores de risco a que parece estar sujeito com fatores de proteção.
Early Childhood Environment Rating Scale – Revised Edition (ECERS-R, Harms, Clifford, & Cryer, 2008)	Avaliação dos contextos próximos de vida da criança fora da família; avaliar os aspetos educativos do ambiente educativo.	Baixa qualidade dos itens linguagem/raciocínio e atividades, importa por isso fazer uma reflexão cuidadosa que possa levar a encontrar soluções de melhoria e de adequação profissional para a promoção de situações desenvolvimentalmente adequadas e práticas intencionalizadas

## Mapas de Forças, Recursos e Necessidades

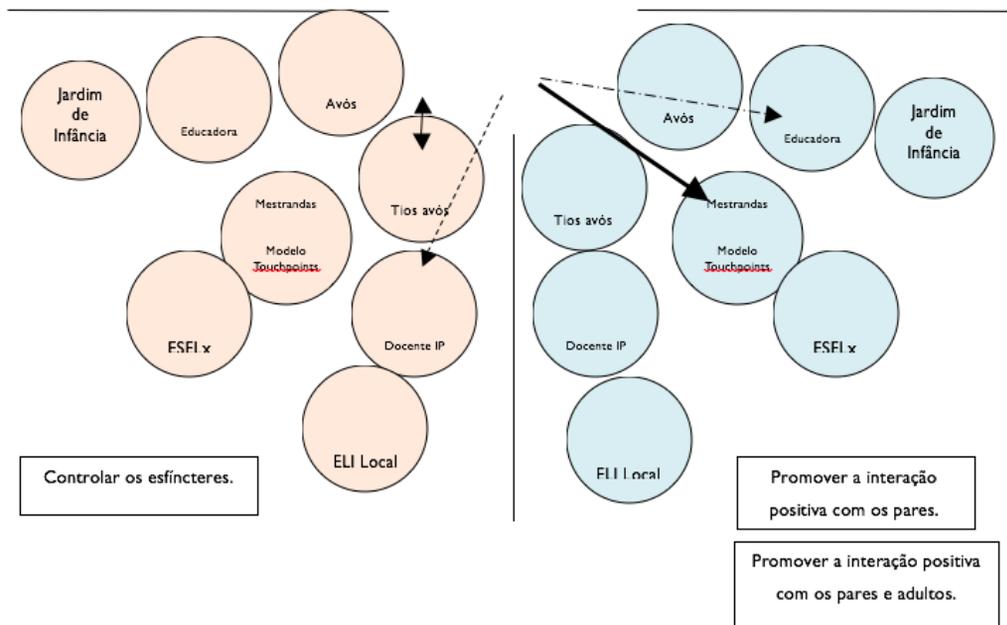
A partir dos instrumentos utilizados e já mencionados foi possível determinar as seguintes forças/recursos e necessidades da família, através das quais definimos as nossas prioridades, uma vez que uma prática centrada na família deve realçar as suas forças (aspetos fortes da família), dando-lhe a oportunidade de escolher os recursos que possui para suprimir as suas necessidades, este processo poderá ser apoiado numa relação recíproca e afetuosa entre família e equipa.

### Quadro II - Forças, Recursos, e Necessidades da Família Lucas (CS)

Sistemas	Forças /Recursos	necessidades
Microsistema (contexto mais imediato)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casa com boas condições.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação sobre a entrada para o 1ºciclo.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avós maternos e tios-avós maternos</li> <li>• Jardim de Infância.</li> <li>• Cuidados básicos ao nível da higiene e da alimentação.</li> <li>• Viatura própria.</li> <li>• Equipamentos e brinquedos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação sobre desenvolvimento infantil, nomeadamente como lidar com o comportamento da criança (falta de atenção e concentração).</li> <li>• Divisão equitativa da responsabilidade parental</li> <li>• Melhorar a auto - estima da mãe</li> <li>• Melhorar os cuidados de Saúde maternos e paternos</li> <li>• Melhorar a formação parental</li> <li>• Aumentar a responsabilização</li> <li>• Melhorar os recursos familiares</li> <li>• Melhorar a assiduidade da criança no Jardim de Infância.</li> <li>• Apoiar a criança no controlo dos esfíncteres, linguagem, motricidade fina, conceitos básicos relacionados com as tarefas da vida diária</li> <li>• Iniciar um Programa de IP com vista a colmatar atraso de desenvolvimento global da criança (ao nível da cognição e da linguagem, funcionalidade e autonomia)</li> <li>• Sugerir a frequência de atividades extracurriculares fora do jardim-de-infância</li> <li>• Realizar Avaliação de Neuropediatria.</li> </ul>



→	Relações normais
→→	Relações Fortes
↔	Relações Bidirecionais
~~~~~	Relações Conflituosas
- - - - - →	Relações Stressantes
- - - - - →	Relações ténues e distantes



Quadro III - Plano de Intervenção Precoce

Áreas/ Domínio	Objetivos	Estratégias/Atividades	Fontes de Apoio	Avaliação
Família	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover uma relação de confiança, partilha e interajuda.</li> <li>Referenciar o Lucas à equipa local de IP.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Família.</li> <li>Contexto Educativo</li> <li>ELI Local</li> <li>Consulta de Neuropediatria.</li> </ul>	
Jl	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cooperar na elaboração e implementação do PIIP.</li> <li>encaminhar a família para uma consulta de Neuropediatria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dialogar com o avó seguindo a metodologia Touchpoints.</li> <li>Preencher ficha de referenciação.</li> </ul>		
ELI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhar o processo de avaliação/intervenção consulta de Neuropediatria.</li> <li>Criar momentos de excelência para troca de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reunir com técnica de IP e Educadora.</li> </ul>		
PIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partilhar estratégias funcionais (família e Jl).</li> </ul>			

MESOSSISTEMA: As Relações

- Elaborar em conjunto o Plano Individual de IP.
- Implementar as estratégias delineadas no PIIP.
- Construir materiais para a execução do plano.
- Informar a família sobre a importância da avaliação do Lucas na consulta de neuropediatria.
- Implementar as estratégias indicadas no relatório de avaliação do PIN.
- Utilizar os tempos de acolhimento e saída para promoção de diálogo.
- Realizar reuniões para avaliar e discutir o plano de intervenção.
- Promover a partilha de experiências entre pais/famílias.
- Promover experiências culturalmente enriquecedoras.

Sempre que necessário em reunião com a família e por níveis.

Áreas/ Domínio	Objetivos	Estratégias / Atividades	Fontes de Apoio	Avaliação
Autonomia	Controlar os esfínteres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Duas fases: intensiva e de continuidade/manutenção</li> <li>■ Usar roupa prática e tirar as fraldas durante o dia.</li> <li>■ Fazer registo de todas as ocorrências durante 2 semanas.</li> <li>■ Tornar a casa de banho num local mais agradável.</li> <li>■ Realizar um mapa com o sistema de símbolos tangíveis com a rotina das idas à casa de banho.</li> <li>■ Realizar uma tabela com um sistema de pontuação por bolinhas onde a criança possa visualizar o seu progresso.</li> <li>■ Acompanhar a criança à casa de banho e treinar algumas crianças da sala para realizarem trabalho de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Família.</li> <li>■ Contexto Educativo</li> <li>■ ELI Local</li> <li>■ Consulta de Neuropediatria.</li> </ul>	
Socialização	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promover a interação positiva com os pares e</li> <li>■ Reduzir episódios de agressões verbais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Definir regras e limites claros.</li> <li>■ Dar instruções diretas e específicas.</li> <li>■ Dar tempo.</li> <li>■ Dar reforço e feedback positivo. O elogio deve ser específico e estar relacionado com o bom comportamento ou com a etapa que o Lucas superou.</li> <li>■ Ensinar exemplificando o melhor possível</li> <li>■ Aproveitar os interesses do Lucas.</li> <li>■ Reduzir os estímulos à sua volta.</li> <li>■ Organizar as rotinas (favorecer um contexto estruturado e que contemple rotinas organizadas e</li> <li>■ Utilizar a palavra <sup>fixas</sup> "não" quando Lucas é <sup>desobediente</sup></li> <li>■ Ignorar, negociar, fazer uma pausa.</li> <li>■ Dar responsabilidades ao Lucas dentro de casa e no J.I. ligadas a ordem, organização, regras, limites e</li> <li>■ Promover o trabalho de pares.</li> </ul>		Sempre que necessário em reunião com a família e por níveis.

MICROSSISTEMA: A Criança

Áreas/ Domínio	Objetivos	Estratégias / Atividades	Fontes de Apoio	Avaliação
MICROSISTEMA: A Criança e a Família	Ultrapassar os medos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Encaminhar o Lucas para consulta de psicologia.</li> <li>■ Identificar os medos que fazem parte do dia-a-dia do Lucas.</li> <li>■ Dialogar sobre os medos através de histórias e jogos explorando concretamente o conteúdo do medo.</li> <li>■ Acalmar a criança nas situações em que esta sente medo e reforça-la positivamente.</li> <li>■ Trabalhar o medo como um sentimento e não como uma sensação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Família.</li> <li>■ Contexto Educativo</li> <li>■ ELI Local</li> </ul>	
	Socialização	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promover a formação parental.</li> <li>■ Promover a participação dos pais nas rotinas da criança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ajudar os pais a ler o comportamento do Lucas.</li> <li>■ Redefinir as rotinas de modo a que os pais participem ativamente.</li> <li>■ Criar momentos de interação pais/criança, nomeadamente de lazer.</li> <li>■ Promover a participação ativa dos pais nas atividades educativas.</li> <li>■ Ajudar os pais a escolher brinquedos e materiais adequados e estimulantes para a criança.</li> <li>■ Evidenciar as competências positivas do Lucas de modo a que os pais as percecionem.</li> </ul>	

Áreas/ Domínio	Objetivos	Estratégias / Atividades	Fontes de Apoio	Avaliação
Desenvolvimento Motor	Desenvolver a motricidade grosseira e fina.	Utilizar materiais que a criança possa explorar de forma sensorial (massas de cores, plasticina, pastas).	Família.	Sempre que necessário em reunião com a família e por níveis.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilizar modelos que a criança possa explorar construindo figuras para reproduzir.</li> <li>■ Incentivar o uso de diferentes materiais: lápis de cor e cera, giz, pincéis, canetas e marcadores, tesoura.</li> <li>■ Realizar jogos cooperativos.</li> <li>■ Incentivar o Lucas a participar na expressão físico-motora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Contexto Educativo</li> <li>■ ELI Local</li> </ul>	
Transversal	Aumentar o tempo de atenção/concentração	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estabelecer o tempo de permanência adequado para cada atividade.</li> <li>■ Começar uma nova tarefa apenas quando concluir a anterior.</li> <li>■ Utilizar o sistema de calendário nas rotinas.</li> <li>■ Valorizar pequenos sucessos.</li> </ul>		

Níveis de Avaliação:

NA- Deixou de ser objetivo. | 1- Objetivo não atingido. | 2- Mantém-se o objetivo. | 3- Objetivo foi atingido, mas não de acordo com a satisfação da família. | 4- Objetivo parcialmente atingido. | 5- Objetivo atingido de acordo com a satisfação da família.

A construção e implementação PIIP decorreu de janeiro a julho de 2016, baseado numa atuação transacional, bioecológica e sistémica, nomeadamente na avaliação nas interações que ocorrem entre a criança e o ambiente e que atuam ao longo do tempo, os designados processos proximais e distais que vão influenciar o desenvolvimento da criança. Considerando a família como célula de intervenção, como a linha mestra que conduziu este trabalho, as suas forças e recursos permitiram desenvolver um plano que respondesse às necessidades sentidas nos diferentes contextos identificados pela própria família. Assim, as estratégias apresentadas foram organizadas por níveis de intervenção ecológica, nos níveis em que as necessidades da família emergiam: microssistema e mesossistema.

No que diz respeito ao microssistema, foram delineadas estratégias que envolviam diferentes contextos como o jardim-de-infância, a família e a consulta de neuropediatria. Este processo assentou num olhar partilhado através do estabelecimento de uma relação empática com o avô que permitiu obter a confiança da família e deste modo os objetivos delineados no plano foram implementados de forma coerente e coesa

respeitando os tempos e as necessidades de cada interveniente. Neste sentido é pertinente referir avaliando o plano nesta data que foram alcançados objetivos importantes, uma vez que a família está a acompanhar de forma envolvente e muito positiva todo o processo.

A nossa equipa contava com um olhar particular, atento e generoso da educadora de infância da sala ao lado do Lucas, a qual conseguiu adequar a rotina da sala às suas necessidades particulares envolvendo-o através de momentos incluídos nas rotinas que constituíram situações desafiantes indo ao encontro dos seus interesses, dando-lhe as oportunidades de treino, nomeadamente através da criação de alguns materiais específicos indispensáveis à sua aprendizagem, que se traduziram em resultados positivos e significativos. A equipa realizou, também, junto da educadora de infância do Lucas algumas ações de sensibilização para que compreendesse a relevância da utilização de momentos de interação positiva na utilização de atividades do dia-a-dia que, parecendo triviais, poderiam ser usadas como oportunidades de ensino e aprendizagem e de desenvolvimento. Todavia, não se conseguiu concretizar este objetivo, uma vez que a educadora titular se ausentou por baixa de parto, sendo substituída nos últimos dias do Lucas na instituição.

A nova docente trouxe consigo muito dinamismo, questionando positivamente e procurando através do diálogo a resolução destes problemas. Tentou desde logo lançar o seu olhar, prestando atenção à criança e sua família, resultando num envolvimento entre todos os parceiros cujo objetivo comum era a aplicação das estratégias que tinham sido delineadas no PIIP. Este novo elemento procurou ainda outras estratégias igualmente eficazes ao focar a sua atenção nas necessidades de uma aprendizagem que respeitasse os interesses da criança, o que a ajudou a criar as bases para uma interação positiva e eficaz entre os adultos e o Lucas, e no relacionamento entre as próprias crianças do grupo.

Foram fomentadas, pela família e na sala de jardim-de-infância, estratégias que conduziram o Lucas a um maior grau de autonomia, principalmente no que concerne o controlo dos esfíncteres, tendo a equipa verificado o seu sucesso, uma vez que o Lucas já consegue este controlo durante alguns dias seguidos. No espaço exterior, o Lucas começa a revelar interesse em estabelecer alguns jogos cooperativos com os colegas interagindo positivamente. Perante o facto do Lucas estar a transitar este ano para o período de escolaridade obrigatória, houve alguma flexibilidade de aceitação das suas dificuldades emergentes por parte da família, e foi possível aliar o conhecimento da técnica de intervenção precoce para encontrarmos soluções conjuntas que ajudassem a desbloquear esta situação. Deste modo, procedeu-se à referenciação do Lucas e a família conta agora com o apoio de uma docente da Equipa Local de Intervenção Precoce.

A investigação refere que diferentes rotinas têm efeitos distintos, quer na quantidade, quer no nível de envolvimento (e.g., Almqvist, 2006; de Kruif, Zully, McWilliam, Scarborough, & Sloper, 1998; McWilliam, Trivette, & Dunst, 1985), o ambiente pode ser modificado para promover o envolvimento, nomeadamente através de diferentes estratégias e estilos de ensino. McWilliam (2005) sugere, ainda, métodos de promoção do envolvimento, alertando, todavia, para a necessidade de prevenir a ocorrência de níveis baixos de envolvimento. Dando cumprimento a estes princípios a educadora procedeu a alterações no espaço da sala, colocando um mapa de suporte visual que ajudasse a criança a organizar a sua rotina, principalmente melhorando o controlo dos esfíncteres; que lhe permitisse paralelamente melhorar a sua

autoestima e incrementar um relacionamento positivo com os seus pares; realizou-se também um trabalho comum em toda a sala com vista à expressão das emoções para que as crianças pudessem experimentar o medo como uma sensação e não como um sentimento, nesta medida recorreu-se a um trabalho de pequeno projeto a partir do qual as crianças encontraram em conjunto definições para o medo, privilegiaram-se neste sentido momentos essencialmente lúdicos (faz-de-conta, histórias, movimento e expressão corporal), ao mesmo tempo foram envolvidas algumas crianças da sala que ajudassem o Lucas realizando trabalho de pares, esta medida foi utilizada para ajudar a criança a circular nas áreas comuns evitando as suas reações de medo.

Paralelamente, foram tomadas algumas medidas de sensibilização com os adultos do contexto educativo no sentido de se prevenirem situações de conflito que podiam surgir com a criança e foram dadas pistas de ação de modo a diminuir ou evitar o seu surgimento, deste modo a criança consegue recorrer aos adultos para procurar apoio na resolução de situações tensas que ocorrem facilitando a sua interação positiva com os seus pares e o aprofundando as suas relações potenciando assim a sua autoestima. Focar a atenção do Lucas também é uma prioridade da educadora, utilizando como estratégias atividades que sejam do maior agrado da criança, partindo-se da utilização de materiais que permitem exploração sensorial e que despertam o seu envolvimento.

O envolvimento do olhar de outras famílias foi, também, de extrema importância no sentido em que ajudaram esta família no seu processo de compreensão e aceitação. Apoiada pela experiência vivida por outra família foi possível recorrer-se à equipa de neuropediatria, de modo a proceder-se a uma avaliação do desenvolvimento global da criança aferindo paralelamente a necessidade de acompanhamento em neuropediatria e em psicologia, tendo já sido realizado relatório de avaliação que refere que o Lucas “... apresenta características e um funcionamento típico de carácter ligeiro de um quadro de perturbação do espectro do autismo, com questões associadas de uma perturbação de hiperatividade e défice de atenção”. Assim sendo, a criança está já a ter acompanhamento em psicologia, uma vez por semana, aspeto que se reveste de capital importância se atendermos ao esforço financeiro em que os pais e avô se envolveram.

Apesar de a criança continuar a residir com os avós devido à situação frágil de saúde dos pais, estes revelam uma participação mais ativa nas rotinas lúdicas do Lucas uma vez que mostraram interesse em procurar brinquedos adequados às necessidades da criança e nas atividades que envolvem atenção e coordenação motora fina. Paralelamente os avós fizeram um quarto próprio para o Lucas de modo a que este gradualmente largue a cama dos avós onde dormia. Outra estratégia interventiva nesta família foi o adquirir conhecimentos para saberem lidar com as birras do Lucas. Como afirma Brazelton e Sparrow (2004) “a disciplina tem de ser adaptada a cada criança e deve ser equilibrada, são necessárias regras e expectativas claras e consistentes e as consequências do seu desrespeito devem fazer sentir-se com firmeza.” (p.15)

Na sequência da intervenção realizada deverá manter-se uma avaliação dinâmica e flexível do plano e dar continuidade aos objetivos parcialmente atingidos. Neste sentido, pretende-se numa próxima fase promover a autonomia do Lucas ao nível das rotinas de cuidados, envolver os pais em ações sobre parentalidade (em grupos de pais), promover a participação do Lucas nas visitas de estudo e colónias de férias de final de ano letivo e apoiar a transição de Jardim de Infância do Lucas (articulação).

## Considerações Finais

Intervir precocemente é estar atento a múltiplos fatores que potencialmente podem gerar alterações de desenvolvimento, é prestar atenção aos sinais de alerta, às angústias e apelos trazidos pelos pais, educadores e outros técnicos de forma a minorar e colmatar as situações quotidianas (Correia, Alvares & Abel, 2003, p.19).

Uma vez que a intervenção não pode ter sucesso se as mudanças forem operadas exclusivamente na criança; são necessárias igualmente mudanças no ambiente onde esta se integra. O contexto de desenvolvimento da criança é tão importante quanto as suas características na determinação de um desenvolvimento com sucesso (Sameroff & Fiese, 2000).

para a operacionalização das práticas de corresponsabilização da família, a intervenção realizada com base em recursos existentes na comunidade, dotou a família com a informação necessária de forma a capacitá-la e simultaneamente corresponsabilizá-la pela concretização dos objetivos iniciais que correspondem à satisfação das suas necessidades. Nesta perspetiva Dunst, Trivette e Deal (1994) referem que as práticas de IP devem integrar as seguintes características: abrangência e flexibilidade, pois possibilitam a identificação das necessidades, forças e recursos da família de forma a encontrar as respostas consonantes; processo individualizado, ou seja a planificação da intervenção deve ter em conta os desejos e prioridades da família no seu conjunto. Sendo a prática desenvolvida nos contextos de vida, a partir das rotinas diárias e contemplando os objetivos relacionados com o desenvolvimento da criança; respeito pelos valores e desejos da família durante o processo de avaliação e intervenção.

Deste modo, o Modelo de Intervenção baseado nas rotinas de McWilliam (2005) refere os conceitos de envolvimento, independência e relações sociais, bem como quatro dimensões do processo de ensino e aprendizagem em contextos de educação, nomeadamente ambiente, atividades, abordagem inicial e interações, e especifica como estes podem ser utilizados para planificar intervenções promotoras da qualidade das interações da criança. Sendo assim, para obtermos efeitos benéficos quer para a criança quer para a sua família foi determinante considerarmos os ambientes naturais de aprendizagem do dia-a-dia, as experiências e oportunidades normalizadoras, bem como o envolvimento ativo e corresponsabilização da família, (Dunst, Raab, Trivette, & Swanson, 2010). Nesta perspetiva, as rotinas da família tiveram uma relevância fundamental, implicando um modelo de colaboração com a mesma de modo a que esta seja capaz de tomar decisões informadas. De forma a prosseguirmos com a implementação do nosso programa nos ambientes diários e naturais da criança contámos com a participação ativa da família, principalmente do avô, como principal cuidador desde o primeiro momento, para realização do PIIP foram delineadas estratégias em conjunto nomeadamente para o controlo dos esfíncteres, incrementação da autonomia da criança e a procura de soluções para que o Lucas pudesse ter um espaço seu para brincar e dormir, a família procurou o neuropediatra aconselhado onde se sentiram apoiados e onde a criança passou a ser acompanhada. A família procurou soluções, pediu ajuda, aconselhamento e força na equipa.

Sabendo que a aprendizagem deve ser concretizada de formas diversificadas que incluam experiências de aprendizagem para as crianças com necessidades especiais nos seus ambientes naturais e rotinas diárias nos diferentes espaços, nomeadamente no jardim-de-infância (McWilliam, 2005), o brincar deverá ser

considerado como o veículo privilegiado para a aquisição dos objetivos de aprendizagem (Widerstrom, 2004). As rotinas devem ser definidas como sendo repetitivas, previsíveis, e permitam a alternância de turnos (dar e tomar a vez), nos rituais e atividades (Yoder e Warren, 1993). As estratégias definidas e aplicadas no processo de intervenção revelaram-se positivas para a família permitindo uma clara evolução do Lucas.

Ao estabelecer relações sociais mais positivas e bem-sucedidas com os seus pares o Lucas começou a exprimir-se de forma mais adequada com adultos e com os seus pares. Daqui decorre a nossa análise reflexiva, sobre o papel do educador de infância e sobre as suas práticas quando recebe no seu grupo uma criança com características diferentes. Atuando num contexto privilegiado para prevenir possíveis riscos de desenvolvimento o educador de infância tem um papel determinante devendo olhar todas as crianças no sentido de potenciar o seu desenvolvimento, criando um ambiente inclusivo, maximizando oportunidades de aprendizagem com atividades interessantes e significativas em que a criança se encontre envolvida, onde esta possa assumir um sentimento de mestria sobre as suas capacidades, sobre os outros e sobre o meio ambiente. É ainda importante que o educador seja um aliado da família partilhando as suas dificuldades, planificando uma intervenção que respeite as suas preocupações e prioridades.

Assentando a nossa relação no respeito e valorização da família, estabeleceu-se a confiança necessária entre as partes, onde a partilha e auscultação de parte a parte, desencadeou o desenvolvimento de ações que contribuíram para os objetivos que traçamos em conjunto.

---

**70** Sabe-se hoje que as crianças em idades precoces aprendem através de interações repetidas de uma forma dispersa ao longo do tempo e não nos breves períodos em que decorrem as intervenções. Sabe-se, também, que, se as intervenções dos profissionais têm pouco efeito directamente na criança, têm um impacto importante na melhoria das competências e da autoconfiança dos pais, famílias e outros prestadores de cuidados, que por sua vez têm uma influência grande na promoção do desenvolvimento da criança (McWilliam, 2012).

O sentimento de aceitação, compreensão e suporte devolvido a esta família, onde a força de um olhar partilhado com o avô, fonte de afetos e amor permitiu uma intervenção onde a participação e o envolvimento da família através de mudanças nas interações entre todos os membros da família foram de extrema importância no sentido de reforçar laços e implementar a mudança necessária na vida desta criança. A Intervenção Precoce assume um papel fundamental nos afetos, o qual permite alcançar mudanças na vida das crianças e das famílias intervencionadas, melhorando a sua qualidade de vida e bem-estar.

## Referências

Almeida, I. C. (2009). Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.

Almqvist, L. (2006). Patterns of engagement in young children with and without developmental delay. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(1), 65-75.

Bailey, B., Simeonsson, J. (1988). Family assesment in early intervention. Columbus: Merril Publishing Company.

Brazelton, T. & Sparrow, J. (2004). A criança e a disciplina. Lisboa: Editorial Presença.

Brazelton, B.T. & Sparrow, J. (2003). The Touchpoints: TM Model of Development. Boston: Harvard Medical School – Child Development Unit. Online: [http://www.brazeltontouchpoints.org/wpcontent/uploads/2011/09/Touchpoints\\_Model\\_of\\_Development\\_Aug\\_2007.pdf](http://www.brazeltontouchpoints.org/wpcontent/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf)

Bellman, M. H., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). Schedule of growing skills II: Reference manual. London: NFER Nelson.

Breia, G., Almeida, I. C. & Colôa, J. (2004). Conceitos e Práticas em Intervenção Precoce. Lisboa: Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, Direção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.

Chaves de Almeida, I., Carvalho, L., Ferreira, V., Grande, C., Lopes, S., Pinto A., Portugal, G., Santos, P., Serrano, A. (2011). Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projeto de formação investigação. *Análise Psicológica*, 29, 1, 83-98.

Correia, D., Álvares, J., & Abel, M. (2003). Uma abordagem em Intervenção Precoce centrada na família. *Cadernos de Educação de Infância*, 67, 19-22.

Correia, L.M. & Serrano, E.M. (1998). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspetiva ecológica de atendimento. In Correia e Serrano (orgs), *Envolvimento parental em intervenção precoce – Das práticas centradas nas crianças às práticas centradas nas famílias*. (pp:11-32). Porto: Porto Editora.

De Kruif, R. E. L., Zully, R. A., McWilliam, R. A., Scarborough, A. A., & Sloper, K. M. (1998). Cases of responsiveness and directiveness and different levels of teaching. University of North Carolina, Chapel Hill.

1. Dunst, C. J. (1998). Apoiar e Capacitar as Famílias em Intervenção Precoce: O que aprendemos? *Envolvimento Parental em Intervenção precoce- das Práticas centradas na criança às Práticas centradas na família*.

Dunst, C., Trivette, C. M. & Deal, A. G. (1994). *Supporting and strengthening families –Methods, strategies and practices*. Cambridge: Brookline Books.

Dunst, C., Trivet, C., Humphries, T., Raab, M., & Roper, N. (2001). Contrasting approaches to natural learning environment interventions. *Infants and Young Children*, 14(2), 48-63.

Dunst, C.J., Raab, M., Trivette, C., & Swanson, J. (2010). Community-based everyday child learning opportunities. In R. McWilliam (Ed.), *Working with families of children with special needs* (pp. 60-81). New York.NY: The Guilford Press.

Harms, T., Clifford, R., & Cryer, D. (2008). *Escala de Avaliação do Ambiente em Educação de Infância*. (Centro de Psicologia da Universidade do Porto – Investigação Desenvolvemental, Educacional e Clínica

em Crianças e Adolescentes, Trad.). Porto: Livpsic/Legis Editora.

Fuertes, M. (2010). Estudo exploratório sobre a classificação da vinculação atípica: desorganização ou adaptação? *Psychologica*, 1, 349-370.

Fuertes, M., Canelhas, Oliveira-Costa, A., Faria, A., Ribeiro, Soares, H., Sousa & Lopes dos Santos, P. (2014). Mother-infant descriptive dyadic system - MINDS.

Katz, L. & Chard, S. (1997). *A Abordagem de Projecto na Educação de Infância*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

McWilliam, R. A. (2005). *Foundations for learning in a modern society*. Nashville, Tennessee: Center for Child Development, Vanderbilt University Medical Center. Manuscrito não publicado

McWilliam, R. A. (2012). *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades educativas especiais*. Porto: Porto Editora.

McWilliam, R. A., Trivette, C. M., & Dunst, C. J. (1985). Behavior engagement as a measure of the efficacy of early intervention. *Analysis and Intervention on Developmental Disabilities*, 5, 59-71.

McWilliam, P.J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto: Porto Editora.

Sameroff A.J. & Fiese B.H. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels. *Handbook of Early intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Widerstrom, A. H. (2004). *Achieving learning goals through play*. Baltimore, MD: Paul Brookes.

Yoder, P. J. & Warren, S. F. (1993): Can developmentally delayed children's language development be enhanced through prelinguistic intervention? In A. Kaiser & D. Gray (Eds.), *Enhancing children's communication. Research foundations for intervention* (pp. 35-61). Baltimore, MD: Paul Brookes.

## Vidas entre Continentes – Uma História de Resiliência

Ana Rita Almeida

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação

[anaritasilva06@gmail.com](mailto:anaritasilva06@gmail.com)

Maria Alice Domingos

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação

[maria.alice.domingos@gmail.com](mailto:maria.alice.domingos@gmail.com)

Maria Elisabete Vaz

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação

[mbeta\\_vaz@hotmail.com](mailto:mbeta_vaz@hotmail.com)

73

Maria João Alves

Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Educação

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.065>

### Resumo

Neste artigo narra-se uma história de vida e de resiliência. A Márcia é uma menina com três anos, que brinca alegremente com os seus colegas no recreio, mas apresenta dificuldades evidentes na comunicação e interação. Por estas dificuldades, mãe e filha atravessaram continentes deixando o seu país de origem e, conseqüentemente, a sua família, os seus hábitos, a sua cultura em busca de melhorar a qualidade de saúde e de vida da Márcia, direito que não estava assegurado.

Iniciado o longo e complexo percurso no Sistema Nacional de Saúde em Portugal, mãe e filha passam a contar também com o apoio do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), através de uma Equipa Local de Intervenção (ELI), que a par e passo com elas tem avançado num caminho de mudança.

Neste acompanhamento, considerou-se importante delinear um plano de intervenção com

base no Modelo Bioecológico e Transacional. Nesta intervenção ecossistêmica, e com base nos seus recursos, forças e necessidades, estabelecemos com a mãe um conjunto de prioridades de intervenção. Procuramos neste artigo descrever o processo de intervenção com a Márcia e a sua mãe, fundamentado em três eixos: i) uma intervenção centrada na relação mãe-filha (princípios Touchpoints, como ferramenta de apoio à família); ii) a inclusão no jardim de infância; iii) a promoção do desenvolvimento pessoal, social e de linguagem da Márcia. Uma história de determinação e resiliência de mãe e filha, que têm vindo a enfrentar obstáculos e a aprender a viver um dia de cada vez, com a esperança de em breve poderem reunir novamente toda a família.

Palavras-chave: Resiliência, Família, Intervenção Precoce, Planificação, Objetivos Funcionais.

## Uma História De Resiliência

74

Nos estudos realizados com amostras infantis, a resiliência é frequentemente definida como a capacidade das crianças que são expostas a fatores de risco ultrapassarem esses riscos, e evitarem problemas tais como a delinquência, problemas comportamentais, inadaptação psicológica, dificuldades académicas e complicações físicas (e.g., Rak & Patterson, 1996). Luthar, Cicchetti e Becker (2000) referem a resiliência como sendo “um processo dinâmico que enquadra uma adaptação positiva no âmbito de um contexto de adversidade significativa” (p.543).

O caso da Márcia é um exemplo desta multiplicidade de fatores de risco associados ao seu problema de saúde. A Intervenção Precoce (doravante IP) centrada na família e na relação mãe-filha, tem constituído para esta criança o maior alicerce no seu processo de resiliência.

A investigação tem indicado que a IP deve assentar numa abordagem centrada na família, capacitando-a para responder às suas necessidades (Almeida, 2000). Nesta perspetiva, pais e técnicos trabalham em parceira durante todo o processo de avaliação e intervenção. O objetivo está em promover o apoio e o bem-estar da família, agindo nos contextos de vida da criança e adaptando as condições desses contextos ao seu desenvolvimento (ibid).

Neste artigo apresentamos o caso da Márcia que apresenta uma má formação congénita com dificuldades de visão, audição e comportamento, mas cujas dificuldades consegue superar com a sua autodeterminação e apoio materno. Tendo em conta a história de vida e o percurso da Márcia e da mãe consideramos importante abordar os temas da Vinculação e da Resiliência, uma vez que o caminho percorrido por esta família é ilustrativo do papel das relações de vinculação.

A investigação no domínio da vinculação tem identificado a mãe como a sendo principal figura de vinculação (revisão em Fuertes, 2012). A teoria da vinculação (Bowlby, 1969) associa a relação de vinculação segura

ao desenvolvimento socioemocional equilibrado. Não se trata porém, de um único caminho, dado que as diferenças individuais na qualidade da vinculação são moldadas pela experiência e pelas representações estabelecidas a partir dessas experiências em modelos dinâmicos de representação interna (Bowlby, 1969; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

A interação diádica mãe-criança tem sido considerada um elemento chave do desenvolvimento (Shonkoff & Phillips, 2000). Estes autores salientam que o principal prestador de cuidados, sendo geralmente a mãe pode ser outro adulto, aquele que mais investe na criança do ponto de vista emocional e que está disponível para ela de uma forma consistente, tornando esta relação a base de um desenvolvimento emocional saudável (Bowlby, 1969). Quem preenche este papel constitui um fator menos importante do que a qualidade da relação que estabelece com a criança (Aguiar, 2006).

De acordo com Barnett, Butler e Vondra (1999) no caso da criança com alterações biológicas e/ou com problemas de desenvolvimento, as suas dificuldades podem afetar a habilidade em expressar emoções de afeto (Barnett & Vondra, 1999; Pipp-Siegel, Siegel, & Dean, 1999 citados por Crittenden, 1999). No entanto, e segundo os mesmos autores, se os cuidados maternos não apresentarem alterações de maior, então as dificuldades da criança não serão suficientes para suscitar a atipicidade da vinculação. Mais recentemente, Fuertes (2012) aponta que dadas as alterações biológicas ou neuromotoras, a estratégia de vinculação pode surgir acompanhada de alguns comportamentos aparentemente desorientados ou desorganizados (ibid).

Nos últimos anos o estudo dos fenómenos da vinculação junto dos chamados grupos de risco tem vindo a merecer um interesse crescente, acreditando-se que estas abordagens possibilitarão, não só conhecer melhor estes grupos, mas também levar a uma compreensão mais exata dos processos implicados no desenvolvimento em condições adversas (Lopes-dos-Santos & Fuertes, 2005).

Sabendo que a qualidade da vinculação afeta a formação da personalidade e o desenvolvimento infantil, a compreensão da relação entre pais e filhos é crucial para o sucesso das práticas de IP. A vinculação é simultaneamente uma área de atuação (em situações de risco como o abuso e o mau trato) e uma força (quando a família é uma base segura) passível de superar desvantagens sociais e atrasos de desenvolvimento (Fuertes, 2012).

Neste artigo procuramos, partindo da Márcia, refletir em que medida as relações de vinculação podem contribuir para a resiliência de crianças com problemas de desenvolvimento.

## **Caracterização do caso**

A Márcia é uma criança de origem cabo-verdiana atualmente com 39 meses (idade cronológica), que apresenta uma malformação congénita complexa craniofacial, com fenda facial na linha média e criptofalmia e microftalmia do olho esquerdo, com franca distorção anatómica do globo ocular e atrofia do nervo ótico esquerdo, não tendo sido detetadas alterações anatómicas do olho direito.

Encontra-se em Portugal desde dezembro de 2013 ao abrigo do Acordo no Domínio da Saúde entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República de Cabo Verde, assinado em 4 de novembro de 1976 ao abrigo do Decreto-lei nº 24/77. Mesmo após cirurgia Reconstructiva Crânio Facial no Hospital de Santa Maria complexa, ocorrida em abril de 2015, em que estiveram envolvidas diferentes especialidades nomeadamente Neurocirurgia e Cirurgia Plástica e Reconstructiva, persiste extenso defeito frontal

bilateral mediano e paramediano esquerdo, bem como lateral direito, com ligeiro encefalocele associado. Os aspetos craniofaciais e intracranianos descritos são enquadráveis no Síndrome craniofacial mediano tipo B (Displasia Craniofacial).

A vinda para Portugal permitiu que a Márcia recebesse cuidados médicos fundamentais, contudo o pai e a sua irmã Mayra (7 anos) não a puderam acompanhar por motivos económicos e legais. Em Cabo Verde, entretanto, aconteceram mudanças na estrutura desta família: o pai foi trabalhar para os EUA e a irmã que ficou inicialmente a cargo do avô materno está agora, três anos depois, com a mãe da madrinha da Márcia. A Mayra não voltou a estar com a sua mãe e a irmã desde então, situação que causa muita ansiedade e tristeza para a mãe.

Quanto à família alargada da Márcia, encontram-se em Portugal a avó e tio materno, e muito recentemente também o avô materno. O contacto que mantém com estes familiares é pouco regular.

A permanência da Márcia em Portugal não é estável, estando dependente de avaliações médicas para manter o visto de permanência.

Desde o início da sua estada em Portugal, a família beneficia de subsídio de subsistência do Governo de Cabo Verde através da Embaixada de Cabo Verde em Lisboa. Muito recentemente conseguiu apoio pela Segurança Social e pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa para pagamento da mensalidade do jardim de infância. No acompanhamento à Márcia e à mãe está envolvida a Associação Girassol Solidária - Associação de apoio aos doentes de Cabo Verde.

Decorrente da situação clínica, o caso foi sinalizado pelo Hospital Beatriz Ângelo para uma Equipa Local de Intervenção (ELI), pertencente à região de Lisboa e Vale do Tejo a qual faz um acompanhamento em terapia da fala, ensino especial, e ainda consultoria por uma Assistente Social.

Atualmente a Márcia frequenta jardim de infância, estando integrada na sala dos 3 anos.

## **Fases do processo de intervenção em intervenção precoce na infância**

O processo de intervenção foi construído degrau a degrau, à medida que se foi conhecendo melhor a família. Foi um percurso faseado, realizado em colaboração entre todos os elementos da equipa e em parceria com os serviços envolvidos.

Seguidamente apresentamos as fases do processo de intervenção que seguimos com a Márcia e a sua mãe.

### **Primeiros Contatos**

Nos primeiros contatos constatámos que a mãe se encontrava imersa em inúmeras consultas. Toda a informação recebida era avultada, desorganizada e espartilhada. Era evidente um sentimento de vulnerabilidade global, agravado pela dificuldade linguística.

Em casa, partilhada com outras pessoas, também ao abrigo do acordo de cooperação, mãe e filha partilhavam o mesmo quarto e cama. Não existia um espaço organizado para a Márcia, e havia poucos brinquedos adequados ao seu desenvolvimento.

A partir destes primeiros contatos, a equipa averiguou a prioridade de acompanhamento à mãe no sentido construir uma rede social de suporte e esclarecer a informação clínica. Pela frente afigurava-se um grande desafio e missão em conseguir ajudar esta família, com a expectativa de um trabalho intenso com uma menina que encanta e com uma mãe a precisar de orientação e organização.

### **Avaliação da Criança, Família e Contextos (Familiar e Educativo)**

O desenvolvimento é um processo de mudanças complexas e interligadas nas quais participam todos os aspetos de crescimento e maturação dos aparelhos e sistemas dos organismos. Cada criança apresenta o seu padrão característico de desenvolvimento, visto que as suas características inerentes sofrem a influência constante de uma cadeia de transações que ocorrem entre a criança e o seu ambiente. Segundo o Modelo Bioecológico e Transacional, o desenvolvimento da criança é influenciado por todos as interações e informações resultantes do contexto em que está inserida.

Para conhecer melhor as forças, recursos, potencialidades e dificuldades da Márcia foi realizada uma recolha de dados tendo como pano de fundo o modelo ecossistémico. Com a referenciação havia já uma base informativa: a Ficha de Referenciação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e os relatórios médicos. Com o objetivo de recolher dados demográficos, historial clínico e desenvolvimental, recorreu-se à utilização de entrevistas semiestruturadas: Entrevista aos Pais (Roteiro de Anamnese e de Caracterização para Crianças em idade Pré-escolar) e Entrevista à Educadora (Roteiro de Anamnese e de Caracterização para Crianças em idade Pré-escolar). A entrevista à mãe teve lugar no domicílio, e a entrevista à Educadora na creche, mediante prévio agendamento.

A família é o primeiro contexto de socialização e de desenvolvimento da criança e provavelmente aquele que assume maior peso na determinação das trajetórias desenvolvimentais mais ou menos adaptativas das crianças. A investigação tem revelado associações positivas entre a qualidade do ambiente familiar e os resultados de desenvolvimento da criança (Cruz, Lima, Barros, Costa & Pacheco, 2011) tornando premente a análise sistematizada do ambiente familiar (i.e., avaliação da qualidade do contexto familiar). Para o efeito foi aplicada a Escala de Avaliação do Ambiente Familiar que se apresenta como sendo a versão portuguesa da Home Observation for Measurement of the Environment (HOME in Pessanha, 2008). Esta escala permite avaliar a qualidade e quantidade das experiências de estimulação, suporte e estrutura que são proporcionadas pelo ambiente familiar às crianças, bem como a utilização dos recursos existentes na comunidade onde a família está inserida (Cruz, Lima, Barros, Costa & Pacheco, 2011). Este instrumento facultou informações de diferentes ordens: i) uma atitude muito passiva da mãe no que diz respeito à estimulação global do desenvolvimento, estabelecendo poucas experiências diferenciadoras de aprendizagem; ii) ausência de hábitos/rotinas estimulantes do desenvolvimento infantil revelando algum desconhecimento acerca das etapas do desenvolvimento global da criança; iii) condições habitacionais que não promoviam a autonomia da Márcia (i.e., ausência cama própria, sendo o espaço para brincar reduzido e sem privacidade); iv) relações restritas com adultos, dado que a família alargada é reduzida mantendo só contato regular com avó materna.

Para a avaliação do desenvolvimento global da criança recorreu-se à aplicação da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil – Schedule of Growing Skills (SGS II, Bellman, Lingam, & Aukett, 1996). Foi possível verificar que a Márcia apresentava um perfil de desenvolvimento abaixo da média para a sua idade, sobretudo nas áreas da linguagem expressiva, autonomia e desenvolvimento social.

No intuito observar a qualidade da interação da díade mãe-filha foi aplicada a Mother-Infant Descriptive Diadic System – MINDS, que surge como sendo a versão portuguesa adaptada do sistema Care-Index de Patricia Crittenden (Fuertes, Costa, Faria, Soares, Sousa & Lopes dos Santos, 2014). Da cotação

das interações, e segundo a organização proposta nesta escala, obteve-se uma pontuação para a mãe que aponta para uma relação de risco intermédio com descritor para comportamento misto. Para a filha, e de um ponto de vista meramente qualitativo (uma vez que não foi possível cotar todos os domínios) o seu descritor de base é B que aponta para um comportamento cooperativo.

Em síntese, é possível referir que a mãe da Márcia apresentou um comportamento passivo, não mostrou grande disponibilidade para a interação positiva e diádica, o contato ocular com a Márcia foi reduzido e o seu tom de voz pouco expressivo (pouco melodioso). Foram observados comportamentos diretivos quando eles impediram à Márcia hipóteses de escolha das atividades, ou não deram espaço à sua vontade e autonomia. As trocas comunicativas foram escassas, sem a mãe assumir uma atitude comunicativa modeladora. Por seu turno a Márcia aceitou esta atitude ao esperar as sugestões maternas e mostrou-se pouco comunicativa. No entanto, brincou com os materiais de forma positiva e bem-disposta.

A ECERS-R foi o instrumento de observação utilizado para avaliar a qualidade do ambiente em contexto educativo, tendo em conta que a Márcia se encontrava em idade pré-escolar (Harms, Clifford & Cryer, 1998). De uma forma global, verificou-se que as cotações mais elevadas se situaram nas áreas da Estrutura do Programa e das Rotinas/Cuidados pessoais, e as mais baixas nas áreas Atividades e Linguagem Raciocínio. Decorrente destes resultados foi possível concluir que o contexto educativo observado apresentava um nível de qualidade considerado Mínimo, com uma pontuação média total igual a 3.30.

Todo o processo de avaliação realizado pretendeu sobretudo ajudar a traçar um perfil funcional da Márcia.

### **Avaliação dos Recursos, Necessidades e Forças da Família**

78

Quer as crianças de risco, quer as suas famílias apresentam necessidades para as quais uma resposta eficaz implica o seu envolvimento ativo (Simeonsson & Bailey, 1990). Para além disso, não podemos ignorar que as famílias das crianças de risco apresentam elas próprias necessidades que poderão estar para além do apoio específico ao desenvolvimento do seu filho(a). A satisfação dessas necessidades contribui igualmente de um modo direto e indireto para o resultado último de desenvolvimento do seu filho(a). Assim, para ser eficaz, a intervenção tem que ser consistente com os objetivos e prioridades da família, (Bailey & Wolery, 1992; Correia & Serrano, 2000).

A IP deve englobar uma prestação de serviços à família e à criança com base nos recursos formais e informais existentes na comunidade por forma a capacitá-la e responsabilizá-la na satisfação das suas necessidades (Almeida, 2007). Os recursos formais representam as instituições (hospitais, serviços especiais, segurança social, programas de IP, entre outros) ou os profissionais liberais (médicos, educadores, psicólogos, assistentes sociais, etc.) e os recursos informais compreendem os indivíduos (familiares, vizinhos, amigos, etc.) ou os grupos sociais (associações religiosas, clubes, organizações voluntárias, etc.) (Correia & Serrano, 2000).

Um outro aspeto a considerar é apontado por Simeonsson e Bailey (1990) e consiste na identificação e estabelecimento de prioridades no que respeita aos apoios sociais que consolidam o núcleo familiar (Correia & Serrano, 2000).

De forma a avaliar e recolher os recursos, as necessidades e as forças, para além das entrevistas semi-estruturadas realizadas ao longo da interação com a família, foram ainda aplicados os seguintes instrumentos: Mapa de Rotinas, Inventário de Rotinas da Família, Inventário das Necessidades da Família de Rune e Simeonsson (1990); Escala de Suporte Social e a Escala de Avaliação do Apoio Social à Família (Dunst,

Jenkins & Trivette, 1994).

A tabela apresenta, de forma sistematizada os dados recolhidos e permitiu a definição de prioridades a contemplar no plano de intervenção de apoio à família.

Níveis de Sistema Ecológico	Recursos e Forças	Necessidades
Microsistema	Casa limpa e arrumada; Frequência de JI; Interesse de disponibilidade da criança para a educação; Persistência e disponibilidade da mãe.	Interação mãe/filha passiva; Mãe sem redes de suporte; Pouca ajuda familiar; Saber como lidar com o comportamento da Márcia; Compreender as informações técnicas que recebe de médicos e outros profissionais; Aumentar a autoestima da mãe; Mudar para uma escola da rede pública; Espaço próprio em casa para brincar; Cama própria para a Márcia; Clima pouco estimulante; Linguagem e controlo dos esfíncteres; Avaliação em ORL.
Mesosistema	Boas relações/ligações entre os microsistemas: mãe/educadora, criança/educadora, família e técnicos do JI e da ELI.	
Exossistema	Equipa Local de Intervenção Precoce; Equipas Hospitalares; Centro de Saúde; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; Associação Girassol ; Embaixada de Cabo Verde;	Carências a nível socioeconómico; Benefício de subsídio; Desemprego da mãe; Trazer a irmã para Portugal;
Macrossistema	Valorização cultural da família e do papel dos pais; Valorização cultural da infância.	Desemprego; Cuidados de saúde; Decréscimo de apoios a nível social.

Legenda: Tabela com resumo dos recursos, forças e necessidades identificadas (Adaptado de Palacios e Rodrigo, 1998; Gabarino & Ganzel, 2000 citado em Almeida, 2007).

## Esquematização da Intervenção

Na tentativa de melhor esquematizar a nossa intervenção e com o intuito de reunir toda a informação recolhida num mapa de fácil compreensão, elaborámos com a mãe da Márcia um Ecomapa. Para a sua elaboração tivemos o suporte da teoria bioecológica onde são representadas, em diagrama as ligações, recursos e apoios da família, bem como a força de cada um (Hartman, 1995).

### Elaboração e Aplicação do Plano de Intervenção de Apoio à Família (PIAF)

A planificação deste plano de intervenção teve em conta o modelo bioecológico e integra a perspetiva pessoa-processos-contextos-tempo. No microssistema foram definidos os seguintes domínios como prioritários da intervenção: pessoal e social, linguagem e comunicação, relação mãe-filha, contexto escolar, saúde e apoio social.

A concretização do plano teve por base o apoio de uma equipa transdisciplinar, constituída por uma terapia da fala, uma psicomotricista, uma educadora de infância e uma assistente social. Foram realizados apoios semanais em terapia da fala e educação de infância (esta última em contexto escolar) e vistas domiciliárias pelos vários membros da equipa de IP.

O trabalho de planificação da intervenção foi alvo de contínuos ajustamentos, ainda que não substanciais, em função das conquistas obtidas e mudanças ocorridas. Deste plano destacamos sumariamente os seguintes objetivos e estratégias:

**Tabela 1- Nível microssistema**

80

### **Objetivo Geral: Desenvolver as competências pessoal-social e linguísticas da criança e promover as competências parentais**

<b>Domínio</b>	<b>Pessoal-Social</b>
<b>Objetivos</b>	<b>Estratégias/Atividades</b>
<b>Adquirir o controlo dos esfíncteres</b>	Criar rotina de ir à casa de banho com horários fixos e compatíveis com as necessidades da Márcia. Oferecer-lhe um livro para manusear e ver imagens durante o tempo que está no bacio/sanita. Valorizar comportamentos e atitudes positivas através de reforços positivos.
<b>Dormir em cama própria</b>	Adquirir uma estrutura de proteção para a cama para possibilitar que a Márcia passe para uma cama própria.
<b>Aumentar a diversidade de sabores na alimentação</b>	Utilizar os comportamentos alimentares dos pares como modelo. Criar pratos com cores apelativas. Promover a alimentação com empratamento criativo (caras, bonecos, flores).
<b>Participar em jogos de imitação</b>	Recorrer coreografias de músicas que a Márcia gosta. Utilizar suportes em vídeo.

<b>Domínio</b>	<b>Linguagem e Comunicação</b>
<b>Objetivos</b>	Estratégias/Atividades
<b>Adequar a motricidade orofacial</b>	Utilizar Chupa-chupa para a Márcia comer, bolas de sabão/serpentinhas para que possa soprar, cremes/espumas de barbear para espalhar e massajar a cara, imitar caretas em frente ao espelho em brincadeira com o adulto ou por imagens observadas e escolhidas em livros.
<b>Estimular a linguagem compreensiva e expressiva</b>	Introduzir Sistemas de Comunicação Aumentativa: Realizar lotos de associação, Descrever imagens com ações, Contar pequenas histórias; Cantar canções adaptadas com símbolos.
<b>Domínio</b>	<b>Relação Mãe/Filha</b>
<b>Objetivos</b>	Estratégias/Atividades
<b>Criar momentos de interação mãe/filha (criar situações de jogo, brincadeiras e lazer)</b>	Passar com a criança (idas a parques infantis, espetáculos para crianças). Acompanhar e participar nas brincadeiras da criança. Contar uma história diária, por exemplo na hora de deitar. Criar o “cesto dos tesouros”.
<b>Estimular as competências parentais</b>	Valorizar o seu empenho enquanto cuidadora; Valorizar o conhecimento que tem sobre a própria filha, (princípios do Modelo Touchpoints). Partilhar com a mãe as aquisições da Márcia, valorizando as suas conquistas. Conversar com a mãe sobre a importância de estabelecer limites/regras com a Márcia.

Tabela II – Nível mesossistema

**Objetivo Geral: Adequar a sua integração nos diferentes contextos e promover o acesso a Serviços de Saúde**

<b>Domínio</b>	<b>Contexto Educativo</b>
<b>Objetivo</b>	<b>Estratégia</b>

<b>Promover o envolvimento com os pares</b>	Estabelecer um período de tempo, aproximadamente 10 minutos, para que a Márcia permaneça na mesma atividade/área escolhida juntamente com os pares. Visionar livros com adultos e pares. Proporcionar oportunidades para que a criança escolha o que vai fazer, como e com quem. Em atividades de grupo, proporcionar à Márcia decidir quais os que materiais deseja utilizar; Procurar conhecer a sua inclinação para uma criança que possa ser um amigo de referência.
<b>Estimular o envolvimento da educadora</b>	Construir material lúdico/trabalho em conjunto com a Educadora de forma a envolvê-la. Programar antecipadamente e em conjunto atividades a desenvolver.
<b>Entrar num JI da Rede Pública</b>	Visitar com a mãe o novo JI para conhecimento do novo espaço e dos Educadores. Reunir na Sede de Agrupamento para a apresentação da Márcia.

<b>Domínio</b>	<b>Saúde</b>
<b>Objetivo</b>	<b>Estratégia/Atividade</b>
<b>Melhorar a qualidade de vida/saúde da Márcia</b>	Ajudar nas marcações das consultas; Acompanhar a mãe e a Márcia nas diferentes consultas; Orientar a mãe na otimização de recursos (CHLN,HBA, HSX, etc.); Tentar centralizar as consultas no hospital de referência; Marcar consultas médicas com a finalidade de agilizar o processo médico (ex: otorrino) Elaborar dossier organizado com documentação médica, com toda a informação clínica da Márcia.

Tabela III - Nível exossistema

**Objetivo Geral: Aconselhamento e acompanhamento nas diligências a realizar junto das diferentes Instituições.**

<b>Domínio</b>	<b>Apoio Social</b>
<b>Objetivo</b>	<b>Estratégia/Atividade</b>
<b>Informar-se legalmente sobre os seus direitos (Segurança Social)</b>	Desenvolver competências para recorrer aos diferentes subsídios (abono de família, subsídio por deficiência, etc.).
<b>Acompanhar o processo de regularização do visto de permanência em Portugal (CNAE)</b>	Agilizar a obtenção dos documentos necessários e mantê-los organizados e válidos com recurso a portfólio.

<b>Manter contacto próximo com a Embaixada de Cabo Verde</b>	Acompanhar o processo da entrega atempada de toda a documentação para a sua permanência em Portugal. Entrega do orçamento dos óculos para a sua comparticipação.
<b>Promover a procura de emprego (IEFP)</b>	Inscrição no Centro de emprego e formação profissional. Construção de CV.

### Avaliação do Plano de Intervenção

Ao longo da intervenção foi sendo realizada a avaliação do processo, nomeadamente através da monitorização dos progressos, o que permitiu fundamentar as tomadas de decisão subsequentes. Na verdade, um plano de intervenção deve ser encarado como um processo contínuo (Portugal & Laevers, 2010).

Importa que desde o início da intervenção sejam identificados e compreendidos os resultados esperados pela família, quais as suas expectativas relativamente à criança, a si própria e aos serviços, para que ao longo da intervenção eles se possam harmonizar com as expectativas dos profissionais, num processo que se pretende de colaboração (Simeonsson, Huntington, McMillen, Haugh-Dodd., Halperin, Zipper, et al., 1996).

A intervenção centrada na família procura que a família participe ativamente no processo de avaliação, sendo simultaneamente agente e objeto desse processo. Para análise dos resultados são visados dois níveis: o progresso da criança em cada objetivo definido no PIAF e a satisfação da família na sequência deste (Carvalho et al., 2016). Assim, e numa abordagem funcional foi recolhida informação acerca do sucesso, capacidades e participação da Márcia nos seus contextos naturais e na análise do nível de funcionalidade da criança em casa, na comunidade e noutros contextos de vida como consequência da intervenção planeada. A avaliação da satisfação da família mostrou-se essencial para que a mesma se sentisse envolvida e valorizada, reforçando a importância do seu parecer quanto aos aspetos mais positivos e as eventuais limitações da intervenção. Esta análise parte da premissa de McGonigel et al (1991), de que o nível de realização dos objetivos e de satisfação das necessidades deve ser avaliado utilizando as mesmas medidas e procedimentos utilizados na sua definição.

Para a avaliação dos objetivos traçados, foi utilizada a Escala de Avaliação de Objetivos proposto por Dunst, Trivette e Deal, (1989).

Tabela 2: Escala de Avaliação de Objetivos do Plano Individual de Intervenção Precoce

<b>Pontuação</b>	<b>Critérios</b>
<b>1</b>	Situação alterada – já não é uma necessidade
<b>2</b>	Situação inalterada – continua a necessidade e objetivo
<b>3</b>	Implementação iniciada – continua a necessidade
<b>4</b>	Objetivo parcialmente alcançado, mas sem a satisfação da família
<b>5</b>	Objetivo alcançado, mas sem a satisfação da família
<b>6</b>	Objetivo maioritariamente alcançado, com a satisfação da família
<b>7</b>	Objetivo totalmente alcançado, com a satisfação da família

## Síntese Atual

Tendo por base os aspetos discutidos no ponto anterior, apresentam-se de seguida e de forma resumida, algumas conquistas alcançadas que se consideram primordiais para um adequado desenvolvimento da Márcia:

- Maior sensibilização das pessoas próximas da família para a problemática da situação;
- A mãe demonstra compreender melhor as necessidades inerentes às etapas de desenvolvimento da filha, procurando saber quais os materiais e estratégias, de modo a adequarem-se ao desenvolvimento da Márcia, evidenciando maior capacidade para o promover;
- A mãe apresenta uma visão mais positiva dos progressos de desenvolvimento da Márcia e do seu futuro, elogiando as suas aquisições;
- A Márcia já brinca com materiais, atividades e brincadeiras apropriados à sua idade;
- Na sequência da sua entrada no JI, foi possível que a Márcia usufrui-se de um maior número de relações sociais positivas, o que inclui conviver com outras crianças e relacionar-se com adultos, convivência que estava limitada à mãe e ao grupo de pessoas que partilhavam casa com ela;
- Ocorreu uma adaptação do penteado da Márcia, que manteve as suas características culturais sem ser um elemento causador de distração;
- Foi marcada para consulta de otorrinolaringologista em tempo útil, de forma a realizar despiste da área auditiva;
- A mãe valoriza-se mais, como pessoa e como mãe, tendo iniciado regime alimentar, e demonstrando maior preocupação com a sua imagem, o que se tem traduzido num aumento de bem-estar pessoal que influencia de forma positiva a sua relação com a Márcia e com a comunidade envolvente;
- A autoconfiança percebida da mãe aumentou em relação às suas próprias competências e valoriza cada conquista.

Desta forma, a Márcia redescobre o mundo, com novas possibilidades e oportunidades, e a mãe uma nova forma de parentalidade, com mais confiança no futuro. Contudo, no futuro continuaremos a:

- Implementar o Sistema Aumentativo de Comunicação iniciado, envolvendo a família, escola e pessoas próximas da Márcia;
- Reorganizar um espaço, em casa, específico para a Márcia, com mobiliário e brinquedos para estimular a sua aprendizagem, onde ela possa BRINCAR, IMAGINAR e SONHAR;
- Melhorar a sua independência e confiança para resolver situações relacionados com as questões educativas da Márcia, para fazer escolhas e tomar decisões informadas sobre serviços e recursos, e para advogar de forma eficaz a favor dos serviços e apoios necessários à criança e à família.

## Considerações Finais

No caso da Márcia, a intervenção centrada na família permitiu que ela, atualmente, demonstre de forma sincera e em diversos contextos a sua alegria e autodeterminação.

Enquanto técnicos, o nosso trabalho com a Márcia ensinou-nos a confiar na criança e nas suas potencialidades bem como ensinou-nos a persistir pois pouco a pouco e o caminho vai sendo construído com a participação de todos.

Quanto à sua mãe, que inicialmente se sentia confusa com tanta informação médica quando confrontada com a necessidade de tomar diversas decisões e contactar com vários serviços, é agora capaz de compreender e de lidar com esta informação. Por outro lado, observamos um reforço na relação entre a Márcia e mãe, com maior confiança mútua e mais prazer na interação que se traduz em brincadeiras promotoras do desenvolvimento da criança.

Este caso adiciona-se à evidência empírica que indica que, embora algumas crianças que necessitem de uma intervenção especializada, é também a família deve ser apoiada e orientada para lidar com as necessidades específicas e especiais do seu filho. Efetivamente, o apoio emocional aos pais no sentido de os ajudar a ultrapassar o impacto que um diagnóstico grave pode ser essencial. A família é ajudada a ajudar o ou a filha, a manter unida e resiliente.

Com este olhar humanizado foi possível acompanhar a Márcia e a sua mãe como membros de uma sociedade de princípios iguais, integradora em que os seus direitos são salvaguardados perdendo progressivamente a visão paternalista/assistencialista de alguns apoios.

## Referências

Aguiar, C. (2006). *Comportamentos Interactivos Maternos e Envolvimento da Criança*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Almeida, I. (2000). *Evolução das teorias e modelos de intervenção precoce: Caracterização de uma prática de qualidade*. Cadernos CEAF, 15/16, 29-46.

Almeida, I. C. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade do Porto.

Barnett, D., Butler, C. M., & Vondra, J. I. (1999). Atypical patterns of early attachment: Discussion and future directions. In J. I. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk* (Society for Research in Child Development Monograph No.238, 172-192). Malden, MA: Blackwell.

Bailey, D. & Wolery, M. (1992). *Teaching children and preschoolers with disabilities* (2ª ed.). New York: Merrill

Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skills II: User`s Guide* (2nd ed.) Windsor: NFER: Nelson Publishing Company Ltd.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Vol. I) London: Penguin Book.

Bronfenbrenner, U., & Morris. P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human development*, Vol.1 (pp.993-1027). New York: John Wiley & Sons.

Carvalho, L. & et al (2016). Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na infância. Um guia para profissionais (1ª ed.). Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.

Correia, L. & Serrano, A. (2000). Intervenção Precoce Centrada na Família: uma perspectiva ecológica de atendimento. Envolvimento Parental em Intervenção Precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família. Coleção Educação Especial. Lisboa: Porto Editora.

Crittenden, P. M. (1999). Danger and development: The organization of self-protective strategies. In J. I. Vondra and D. Barnett, (Eds.) *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk*. Monographs of the Society for Research on Child Development, 145-171.

Cruz, O., Lima, I., Barros, S., Costa, P., & Pacheco, C. (2011). A Escala de Avaliação do Ambiente Familiar: comparação dos resultados com três versões da Home.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1989). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books

Dunst, C., Trivette, C. M. & Deal, A. G. (1994). *Supporting and strengthening families –Methods, strategies and practices*. Cambridge, MA: Brookline Books.

Fuertes, M. (2010). Estudo exploratório sobre a classificação da vinculação atípica: desorganização ou adaptação? *Psychologica*, 52(1), 349-370.

---

**86** Fuertes, M. (2012). Vários olhares sobre as diferenças na vinculação e contributos para a intervenção precoce. *Revista Da Investigação às práticas*, 2, 23-50.

Fuertes, M., Canelhas, Oliveira-Costa, A., Faria, A., Ribeiro, Soares, H., Sousa & Lopes dos Santos, P. (2014). *Mother-infant descriptive dyadic system - MINDS*.

Harms, T., Clifford, R. & Cryer, D. (1998). *Early Childhood Environment Rating Scale. Revised Edition*. New York: Teachers College Press. (Centro de Psicologia da Universidade do Porto – Desenvolvimento Contextos Familiares e Educativos, Tradução).

Hartman, A. (1995). Diagrammatic assessment in family relationships. *Families in Society*, 76, 111-122.

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

Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71 (3), 543-562.

McGonigel, M. & et al. (1991). *Guidelines and recommended practices for the individualized family plan servisse*. 2nd ed.. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.

Pessanha, M. (2008). *Vulnerabilidade e resiliência no desenvolvimento dos indivíduos: influência da qualidade dos contextos no desenvolvimento das Crianças*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/ Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Portugal, G. & Laevers, F. (2010). *Avaliação em Educação Pré-Escolar*. Porto: Porto Editora.

Rak, C. & Patterson, L. (1996). Promoting Resilience in At-Risk Children. *Journal of Counseling & Development*, 74(4), 368-373.

Shonkoff, J.P., & Phillips, D.A. (2000). *From neurons to neighborhoods. The Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Simeonsson, R. J., & Bailey, D. B. (1990). Family dimensions in early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early intervention* (pp. 428-444). Cambridge: Cambridge University Press.

Simeonsson, R. J., Huntington, G. S., McMillen, J. S., Haugh-Dodds, A. E., Halperin, D., Zipper, I.N., et al. (1996). Services for young children and families: Evaluating intervention cycles. *Infants & young children*, 9(2), 31-42.



## Somos uma Família, Somos uma Equipa

Cristina Rodrigues

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa

[cristinamartinsrodrigues25@gmail.com](mailto:cristinamartinsrodrigues25@gmail.com)

Joana Guimarães

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa

[joanaguitf@gmail.com](mailto:joanaguitf@gmail.com)

Marina Fuertes

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa, Centro de Psicologia da Universidade do Porto

[marinaf@eselx.ipl.pt](mailto:marinaf@eselx.ipl.pt)

89

Melissa Cravo

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa

[melissa.cravo@gmail.com](mailto:melissa.cravo@gmail.com)

Tatiana Grazina

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa

[tatianagrazina@gmail.com](mailto:tatianagrazina@gmail.com)

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.066>

### Resumo

Este artigo pretende espelhar um trabalho de equipa, em que profissionais e família unem esforços para atingir um objetivo comum, caminhando lado a lado, construindo uma relação de confiança baseada no respeito pelas diferentes perspetivas e competências. Neste artigo apresentamos a história de um menino, o E, com 48 meses, em que a principal preocupação

da família era o seu comportamento. Forjada a relação de parceria entre as partes durante todo o processo, momento de avaliação, planeamento e reavaliação e, partindo das suas forças, a família está a reestabelecer relações privilegiando a negociação e a definição de limites que permitem a autorregulação do comportamento do E., com vista à construção de uma base segura para o seu crescimento.

Palavras-chave: Equipas Locais de Intervenção Precoce; Trabalho em parceria e autorregulação do comportamento

## Introdução

90

A Intervenção Precoce na Infância (IPI) promove um trabalho transdisciplinar envolvendo diferentes profissionais. Tem como principal objetivo intervir, após a deteção e sinalização, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento. Proporciona ainda apoio às famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação. Assim, com este artigo pretendemos espelhar um trabalho realizado em equipa, em que profissionais e família unem esforços para atingir um objetivo comum, caminhando lado a lado.

Durante décadas, os problemas de desenvolvimento das crianças tinham como característica principal uma abordagem numa perspetiva etiológica, sendo que o fator decisivo da caracterização da criança era determinado através da origem da perturbação (Franco, Meli & Apolónio, 2012; Mendes, 2010). Foram surgindo variadas teorias que se afastaram da perspetiva unicamente etiológica, sustentando as práticas em Intervenção Precoce na Infância (IPI) nas perspetivas sistémica e bioecológica. Na IPI, a dimensão etiológica poderá não ser relevante, uma vez que, o que é determinante é a atividade, as ações, as competências e a participação e não apenas a origem do problema de desenvolvimento.

Dois modelos contemporâneos do desenvolvimento são o Modelo Transacional de Sameroff e o Bioecológico de Bronfenbrenner (Varanda, 2011). Estes preconizam o papel ativo dos pais, sendo as famílias mediadoras entre o indivíduo e a sociedade, permitindo uma maior compreensão e interdependência de diversos fatores o que influencia decisivamente o desenvolvimento da criança. (Hansel & Bolsanello, 2012, p. 2) No Modelo Transacional, Sameroff (2009) refere que “o desenvolvimento de uma criança é o produto de uma interação dinâmica contínua da criança e da experiência proporcionada pelo seu contexto” (p.6). O foco do modelo transacional é a ênfase analítica colocada nos efeitos bidirecionais e interdependentes da criança

e do contexto. Desta forma, “as situações de risco biológico ou social, suscetíveis de afetar o desenvolvimento durante os primeiros anos de vida, podem ser atenuadas ou potencializadas, respetivamente, por condições do meio, favoráveis ou desfavoráveis.” (Tegethof, 2007, p.38).

No Modelo Bioecológico, o centro de intervenção não está no contexto, mas nos processos, em que o desenvolvimento é visto “como um fenómeno de continuidade e mudança das características biopsicológicas dos seres humanos, tanto enquanto indivíduos como grupos.” (Bronfenbrenner & Morris, 2006, p.793). Os autores do modelo consideram que a sua especificidade “é o seu foco interdisciplinar e integrado nos períodos etários da infância e da adolescência e o seu interesse implícito na aplicação em políticas e programas pertinentes para potenciar o desenvolvimento da criança e da família” (Bronfenbrenner & Morris, 2006, p.794) pois, como explicita Bronfenbrenner (1996), citado por Hansel e Bolsanello (2012), o foco dos estudos mantém-se no funcionamento familiar, especificamente em como os fatores extrafamiliares influenciam o núcleo intrafamiliar, bem como nas possíveis repercussões de tais fatores para o desenvolvimento humano.

O Modelo Touchpoints de Brazelton é um modelo explicativo do desenvolvimento humano no qual são considerados os momentos chave de desenvolvimento da criança e, segundo uma abordagem centrada na família, o objetivo é alcançar uma interação cuidador - criança através da otimização da competência parental (Brazelton & Sparrow, 2003.). Sendo o desenvolvimento infantil caracterizado por períodos de avanços antecidos por retrocessos com o surgimento de momentos de crise e de comportamento atípicos da criança que, inevitavelmente, se vão refletir no sistema familiar, o Modelo Touchpoints permite intervir exatamente nestes momentos. O objetivo máximo deste modelo é ajudar e orientar as famílias, no sentido de assegurar não só o desenvolvimento harmonioso da criança, como também o desenvolvimento das competências parentais. Para tal é crucial o estabelecimento de uma relação próxima e forte entre os técnicos e as famílias (Gomes Pedro 2005; Pinto, 2013).

Para Breia, Almeida e Colôa (2004), a intervenção centrada na família baseia-se numa relação de confiança e parceria entre a família e os profissionais. Segundo Dunst e Trivette (1994), os programas de apoio à família ajudam a firmar o esforço em relação aos recursos e apoios, promovendo o crescimento e funcionamento da família.

Ao longo da implementação do plano de intervenção, a equipa teve a preocupação em estabelecer uma relação com a família que se baseia nestes princípios, proporcionando o reconhecimento das suas próprias forças e capacidades e a sua autonomia no processo de tomada de decisão.

O E. tem 48 meses e vive com a mãe e a irmã mais velha tendo contacto frequente com os avós maternos. Estes têm sido um recurso substancial devido à situação de desemprego da mãe do E. A grande preocupação da família incide na componente comportamental do E. e, após o processo de avaliação, foram definidos em conjunto com a família objetivos dirigidos às áreas de autonomia pessoal, comportamental, gestão emocional e permanência na tarefa do E.; autoconceito e competências parentais e afetivo-emocionais da mãe e, relativamente à família, competências familiares das figuras afetivas e a relação família-criança.

Com esta intervenção e partindo das suas forças, a família está a reestabelecer relações privilegiando

a negociação e a definição de limites que permitam a autorregulação do E. e a reparação de uma base segura de crescimento.

## **Intervenção**

### **Primeiros contactos**

O primeiro contacto com a família do E. foi realizado numa sala em contexto educativo na presença da educadora de infância. A mãe, inicialmente mostrou-se apreensiva, pelo que a técnica da Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI) lhe explicou todo o funcionamento da IPI e qual o âmbito da sua intervenção.

Ao longo deste primeiro contacto, a técnica decidiu, dadas as circunstâncias, não escrever a informação que a mãe foi revelando acerca do desenvolvimento da criança e até mesmo do seu percurso de vida, optando por escutá-la ativamente. Momentos de pausa e de silêncio ocorreram, permitindo a revelação de expressões e estados internos realmente significativos. Acabou por ser um primeiro encontro longo, no qual foi relatada grande parte das histórias e memórias familiares e durante o qual a mãe revelou os significados que atribui aos momentos chave do desenvolvimento emocional do E. A técnica de IPI pretendeu, com este primeiro momento, transmitir a mensagem de que este era o primeiro passo para a construção da equipa, na qual a família assume um papel central em todas as decisões e na conceção futura de algo comum que se baseia na confiança.

---

92

O segundo contacto ocorreu em casa dos avós maternos, onde a família nuclear passa grande parte do tempo. Nesta visita foi possível perceber algumas dinâmicas familiares e também perspetivar parte da identidade própria da família. Após alguns momentos de interação, a família revelou a necessidade de ocorrência de uma mudança, bem como os sentimentos a ela associados, nomeadamente o medo de falhar. A técnica de IPI validou esses sentimentos tentando encorajar e motivar, reforçando as competências da família nas transformações que mostraram ser necessárias. Essencialmente foi possível alinhar alguns interesses e prioridades, permitindo a identificação de algumas direções a seguir.

Um dos contatos posteriores e que mais preocupou a técnica de IPI ocorreu em casa dos avós maternos e tinha como objetivo a observação da interação mãe-E., durante a realização de atividades lúdicas. A passividade demonstrada pela mãe em relação aos comportamentos disruptivos adotados pelo E. foi um motivo de preocupação, pois a sua continuidade pode originar um desequilíbrio socioemocional da criança, perturbando assim o seu desenvolvimento. Tornou claro que a intervenção não deveria apenas incidir na promoção das competências específicas da criança, mas também nas competências parentais, promovendo um padrão educacional mais estruturante, reforçando assim a importância da intervenção decorrer em contexto domiciliar.

### **Processo de observação**

De forma a identificar as forças, recursos, potencialidades e dificuldades da família, e tendo por base o modelo ecossistémico, procedeu-se à aplicação de vários instrumentos de avaliação e recolha de informação à família, tais como: ficha de anamnese; mapa de rotinas da criança; Escala de Avaliação do Apoio Social

à Família (Dunst, Jenkins, & Trivette, 1984); Inventário das Necessidades da Família (revisão 1990b-adaptação por Serrano da Escala Family Needs Survey Bailey & Simeonsson, 1988); Inventário de Rotinas na Família (Boyce, Jensen, James, & Peacock, 1993), Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF (Organização Mundial de Saúde, 2004); Mother- Infant Descriptive Diadic System – MINDS, adaptação do sistema Care- Index de Patricia Crittenden (Fuertes, Costa, Faria, Ribeiro, Soares, Sousa, & Lopes dos Santos, 2014); The Schedule of Growing Skills II – SGS II (Bellman, Lingman, & Aukett, 1996), Early Childhood Environment Rating Scale - Revised Edition - ECERS-R (Harms, Clifford, & Cryer, 2008) e entrevista à educadora. Para a caracterização da criança recorreu-se ainda a dados existentes na ficha de referência do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), assim como a informação recolhida no momento de anamnese com a mãe através da aplicação do roteiro de anamnese e consulta do boletim do bebé.

Após uma apreciação global do mapa de rotinas verificou-se que atividades diárias apresentam maior estabilidade durante a semana. Foi possível ainda identificar a ocorrência de alterações comportamentais, segundo o que a mãe descreve, em diferentes contextos e situações. Constatou-se, igualmente, que os momentos de brincadeira ocorrem entre as crianças da família, não existindo participação de nenhum adulto. A única atividade que o E. partilha com a mãe é ver televisão após ao jantar, sendo a rotina prévia ao deitar.

Da entrevista à educadora salienta-se o facto de o E. adotar comportamentos mais ajustados, respeitando regras e normas sociais, conseguindo interagir com os pares e adultos de uma forma adequada. Neste sentido, não foram identificadas necessidades de intervenção neste contexto.

Através da aplicação da SGS II concluiu-se que o E. apresenta como área forte do desenvolvimento a autonomia pessoal (autocuidados e atividades de vida diária) e área fraca a interação social.

Da aplicação da escala MINDS, pode afirmar-se que a díade é de alto risco, sendo os comportamentos da mãe de tipo misto e os do E. de tipo estritamente difícil.

Quanto ao contexto educativo, há a referir que o E. está integrado numa sala de jardim-de-infância da rede pública, com 23 crianças com idades compreendidas entre os 3 e 6 anos, sendo a qualidade do contexto média-bom.

No decorrer do processo de aplicação destes instrumentos, foi possível verificar que a problemática da criança tinha essencialmente um carácter afetivo-emocional e socio-ambiental, centrado nas interações familiares, tendo por base as atitudes parentais da mãe, constatando-se dificuldade em estabelecer regras e limites.

No entanto, reforça-se que o facto de a mãe valorizar as boas relações com a família próxima, nomeadamente com os avós maternos apoiando-se nelas, as rotinas estáveis e valorização da criança, as boas relações com a educadora do jardim-de-infância, leva-nos a considerar serem essenciais e favoráveis na elaboração do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP).

Posteriormente à aplicação de instrumentos de avaliação, recolha de informação e após discussão do caso em reunião de equipa na ELI em que foi partilhada toda a informação recolhida considerou-se, em conjunto com a mãe, que a intervenção iria ser realizada em visitas domiciliárias “por um único responsável pela implementação do plano individual de intervenção, denominado responsável de caso, garante a articulação dos apoios a prestar” (Despacho Conjunto n. 891/99, de 19 de outubro). Obedeceu-se assim, à prática da intervenção precoce centrada na família e domiciliária, ficando como responsável de caso a Psicóloga da equipa que procedeu às visitas com frequência quinzenal.

No que respeita ao ambiente educativo e à educadora da criança, esta é envolvida em reuniões periódicas que contam com a presença da mãe e da técnica responsável de caso e nas quais são partilhadas informações sobre o desempenho do E. nos diferentes contextos e sobre as melhorias alcançadas.

Segundo McWilliam (2012) citado em Filipe (2006), o impacto que os técnicos podem ter pode ser maior nos prestadores de cuidados do que nas crianças, que por sua vez podem ter mais impacto nas crianças do que os técnicos.

Segundo Viana (citado por Matos & Pereira, 2011, p.2), “o trabalho de equipa alicerçado em desígnios de parceria e colaboração permitem que famílias e profissionais intensifiquem as suas forças”. Assim, esta metodologia promove a capacitação e corresponsabilização da família em todo o processo de acompanhamento.

### Mapas de Forças, Recursos e Necessidades

É com base nos recursos, forças e necessidades desta família, que elaborámos um Tabela 1 com a síntese do caso possibilitando assim, uma visão holística e sistémica adotando uma perspetiva bioecológica (Bronfenbrenner & Morris, 1998) como ponto de partida para a elaboração do PIIP, resultando assim, as nossas prioridades definidas.

Tabela I- Síntese do caso

Nível de sistema	Forças	Recursos	Necessidades
Microsistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorização das características da criança (tem um «lado meigo e carinhoso» e é «inteligente e perspicaz»);</li> <li>• Rotinas estáveis;</li> <li>• Relação com a família próxima;</li> <li>• Apoio da família próxima, nomeadamente a nível financeiro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequência no JI;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar o comportamento e a gestão emocional da criança;</li> <li>• Melhorar a relação afetiva na interação</li> <li>□ Garantir suficiência económica</li> </ul>

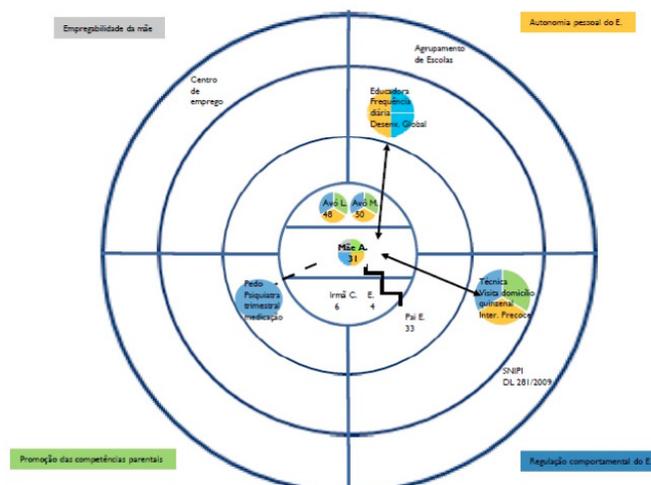
Mesosistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação com educadora;</li> <li>• Relação com profissionais de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar as interações ao nível familiar</li> </ul>
Exossistema		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento clínico</li> </ul>
Macrossistema		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto-lei 281/2009</li> <li>• Empregabilidade da mãe;</li> </ul>

Torna-se fundamental proporcionar ao E., a estabilidade necessária no cumprimento de regras e normas sociais, especialmente nas interações ocorridas no contexto familiar. Eyberg e Robinson (1982) defendem a importância da melhoria das interações família-criança com uma valorização das respostas emocionais da criança e o desenvolvimento de um sentido de autonomia e autoestima. Para a implementação do plano de intervenção, revelou-se fundamental no treino de competências parentais, a combinação entre o desenvolvimento de competências relacionais e a aprendizagem observacional, objetivando-se a alteração de comportamentos. Esta alteração visa um potencial impacto não apenas nos comportamentos desviantes, mas também na satisfação da criança e da família com a intervenção e o seu funcionamento global. Brazelton (citado em Gomes-Pedro, 2002) afirmou que, uma criança que não tem regras não se sente amada, considerando que ensinar as regras a uma criança é ajudar a criança a conseguir controlar-se a si própria. Para o autor há três bases importantes na formação da personalidade: autoestima, altruísmo e a sede de conhecimento. Afirma ainda que, a aprendizagem é adquirida através do bem-estar com ela própria, seguindo-se a confiança e, posteriormente, a preocupação com os outros.

### Esquematização da intervenção

Para melhor esquematizar a nossa intervenção elaboramos o seguinte ecomapa com a família:

Imagem 1: Ecomapa



A elaboração do plano de intervenção em anexo, teve por base as preocupações e necessidades reveladas pela família e pela estrutura educativa em que a criança está inserida, tentando-se chegar a uma conciliação entre os dados de avaliação e as prioridades dos intervenientes.

O delineamento dos objetivos e a apresentação das estratégias de intervenção foram organizados segundo os vários sistemas ecológicos (microsistema, mesossistema e macrosistema).

No que respeita à criança, ao nível do microsistema, considerámos prioritário (objetivos a curto prazo) a implementação de estratégias que promovam a autonomia pessoal para que, posteriormente, se encontre mais disponível para a interação social e para o cumprimento das regras e normas sociais vigentes. As estratégias recomendadas têm por base uma sequência temporal que exige o respeito por uma transição gradual que promova o conforto e regulação por parte da criança. Deste modo, o primeiro objetivo é que a criança adquira hábitos de sono sem a necessidade da presença física da figura materna e só posteriormente consiga cessar o uso noturno de chucha. Após a aquisição destas competências, na etapa seguinte (longo prazo) pretende-se que a criança aumente o tempo de atenção focada na tarefa, generalizando esta competência ao contexto familiar (já atingida em jardim de infância). Posteriormente, pretende-se que consiga regular o seu comportamento de oposição, desafio, e de perturbação face à frustração. Este trabalho tem por base o modelo empowerment das competências familiares ao nível da imposição de limites e estruturação da ação da criança, agindo em momentos de reações exacerbadas, contendo-as e, por outro lado, valorizando os comportamentos positivos através do elogio. Especialmente, retirar a vantagem do comportamento negativo e quebrar o ciclo de disfuncional (Fuertes, 2011).

96

Paralelamente no que respeita à mãe, ao nível do microsistema, consideramos prioritária a intervenção dirigida às competências relacionais, assim como à promoção da sua valorização pessoal para que se sinta mais segura, nomeadamente nos comportamentos parentais que adota, conseguindo assertivamente identificar os comportamentos da criança a serem modificados. A longo prazo, é pretendido que consiga aceitar a necessidade de um acompanhamento terapêutico dada a instabilidade das suas decisões no que respeita à presença do pai e a necessidade de emergência dos seus recursos afetivo-emocionais.

Ao nível do mesossistema pretende-se encontrar a estabilidade das rotinas no núcleo familiar e ainda a emergência de um padrão educacional por parte de todos os membros da família, favorecendo-se uma interação positiva.

Por fim, no que respeita ao macrosistema consideramos prioritária a empregabilidade da mãe para que as rotinas se mantenham estáveis e consistentes e se promova a autonomia em relação à família próxima (avós maternos) potenciando desta forma as interações do núcleo familiar (mãe, criança e irmã).

### **A importância da família fazer parte da equipa**

A visão biológica e sistémica do desenvolvimento proporcionou uma maior valorização do papel da família possibilitando assim um modelo centrado na família, que reconhece o impacto das relações entre os vários elementos da família e da comunidade na dinâmica familiar e no desenvolvimento da criança (Almeida, 2007). No contexto da Teoria de Desenvolvimento Sistémico, a criança é considerada um “construtor activo

do seu próprio desenvolvimento” (Lerner, 2002 citado por Almeida, 2007, p. 29), isto é, a criança com as suas características específicas interage com os elementos do seu contexto moldando e sendo moldado. Deste modo, a criança produz o seu próprio desenvolvimento pois “os pais (ou outros significativos) moldam a criança, mas parte daquilo que determina o modo como o faz é a própria acção da criança que o provoca” organizando “feedback para si própria, feedback, esse, que vai contribuir para a sua própria individualidade (...)” (Lerner, 2002 citado por Almeida, 2007, p.30).

De acordo com Zigler e Berman (1984) citado por Breia, Almeida e Colôa (2004) citado por Moniz (2011, p.37) “(...) a verdadeira intervenção [de IP] se deve centrar no resultado das interações que se estabelecem com a família, no sentido de que esta desenvolva actividades específicas e significativas com os seus filhos”. Este tipo de intervenção facilita o conhecimento e a compreensão dos vários contextos de vida da criança, da dinâmica das relações que se estabelecem no seio familiar e das características socioculturais, económicas, de saúde e bem-estar da criança e da sua família.

Tendo em vista os princípios de uma abordagem centrada na família de McWilliam, Winton e Crais (2003, p.11) deve-se: encarar a família como unidade de prestação de serviços; reconhecer os pontos fortes da família; dar respostas às prioridades identificadas pela família; individualizar a prestação de serviços e apoiar o valor e o modo de vida de cada família.

Quanto aos benefícios da participação das famílias, Rosa e Fuertes (2012, in press) citado por Moniz (2011, p.21) enumeram três:

- Conhecimento sobre a criança – embora os técnicos sejam especialistas no desenvolvimento infantil, ninguém conhece melhor a criança do que os seus pais. Nesse sentido, os pais e os técnicos devem trocar informação. Os pais podem relatar aos técnicos os hábitos, interesses, gostos e preferências da criança e os técnicos podem ajudar os pais a perceber os aspectos desenvolvimentais do crescimento dos (as) filhos (as);
- Os pais podem dar continuidade às práticas dos técnicos – no dia-a-dia e sem carácter rotineiro ou de treino intensivo, a estimulação necessária pode ser incluída pela família nas rotinas diárias da criança, em clima familiar e descontraído. Assim, os esforços dos técnicos são replicados diariamente, consistentemente e menos mecanicamente;
- Melhoria da qualidade da prestação parental – os problemas de desenvolvimento ou de aprendizagem podem decorrer de problemas biológicos, ambientais ou ambos.

Segundo Winton (1996, citado por Pimentel, 2004, p.44), para que haja uma participação dos pais na equipa de IP, terá de ser construída uma relação de confiança baseada no respeito pelas diferentes perspetivas e competências, considerando esta a única possibilidade para intervir numa perspetiva centrada na família. Segundo o autor, é fundamental que exista uma relação de parceria entre as partes durante todo o processo, momento de avaliação, planeamento e reavaliação. Desta forma, e como refere Santos (2007, p.5) citado por Moniz (2011, p. 22):

o papel do profissional é, com a família, descobrir forças e capacidades, providenciar informação necessária e relevante às necessidades actuais da criança e da família, e apoiar incondicionalmente os seus esforços para otimizar as suas competências parentais e os avanços desenvolvimentais da criança.

## **Bibliografia**

Almeida, I. C. (2007). Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: Ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade do Porto.

Bailey, B., Simeonsson, J. (1988). Family assesment in early intervention. Columbus: Merril Publishing Company.

Bellman, M. H., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). Schedule of growing skills II: Reference manual. London: NFER Nelson.

Boyce, Jensen, James & Peacock, (1993). The Family Routines Inventory: teorical origins. In social science and medicine, 17, (pp.193-200).

Breia, G.; Almeida, I. C. & Colôa, J. (2004). Conceitos e práticas em intervenção precoce- Ministério da Educação- Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular, Lisboa.

Brazelton, B.T. & Sparrow, J. (2003). The Touchpoints: TM Model of Development. Boston: Harvard Medical School – Child Development Unit. Online: [http://www.brazeltontouchpoints.org/wpcontent/uploads/2011/09/Touchpoints\\_Model\\_of\\_Development\\_Aug\\_2007.pdf](http://www.brazeltontouchpoints.org/wpcontent/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf)

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), Handbook of child psychology. 5th Edition. Vol.1: Theoretical models of human development (pp. 993-1028). New York: John Wiley and Sons.

Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Ed.) Handbook of Child Psychology, vol. 1: theoretical models of human development (pp. 793-828). New Jersey: Wiley.

Dunst, C.J., Jenkins, V., & Trivette, C.M. (1984). Family Support Scale: Reliability and validity. Journal of Individual, Family, and Community Wellness , 1, (pp.45–52).

Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1994). Empowering case management practices: A family centered perspective. In C. J. Dunst, C.M. Trivette & A.G. Deal (Eds). Suporting and strengthening families. Cambridge (pp. 187-196). MA: Brookline Books.

Eyberg, S. & Robinson, E..(1982). Parent-Child Interaction Training: Effects on family functioning. Journal of Clinical Child Psychology, 11(2), 130-137.

Filipe, I. (2006). Intervenção Precoce: Práticas centradas na família e nos locais de vida da criança. Direção geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. (p. 66). Consultado em: [http://centrorecursos.movimentoescolamoderna.pt/dt/1\\_4\\_0\\_orientinclusiv/14\\_26\\_intervprecoce\\_ifilipe.pdf](http://centrorecursos.movimentoescolamoderna.pt/dt/1_4_0_orientinclusiv/14_26_intervprecoce_ifilipe.pdf)

- Franco, V., Meli, M. & Apolónio, A. (2012). Problemas do desenvolvimento infantil e intervenção precoce. Consultado em [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7829/1/Problemas%20de%20des%20envolvimento\(educar,2012\).pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7829/1/Problemas%20de%20des%20envolvimento(educar,2012).pdf)
- Fuertes, M. (2011). Estudo exploratório sobre a classificação da vinculação atípica: Desorganização ou adaptação?. *Psychologica*, 52, 349-370
- Fuertes, M. (2012). Vários olhares sobre as diferenças na vinculação e contributos para a intervenção precoce. *Revista Da Investigação às práticas*, 2, 23-50.
- Fuertes, M., Canelhas, Oliveira-Costa, A., Faria, A., Ribeiro, Soares, H., Sousa & Lopes dos Santos, P. (2014). Mother-infant descriptive dyadic system - MINDS
- Gomes-Pedro, J. (2002), Encontro Internacional – Mais Criança- as necessidades irredutíveis. Coliseu dos Recreios, Lisboa
- Gomes-Pedro, J. (2005). Para um sentido coerência na criança. Publicações Europa-América, Lisboa.
- Hansel, A.F. & Bolsanello, M.A. (2012). As abordagens explicativas do desenvolvimento aplicadas à estimulação precoce. Apresentado em: IX ANPED Sul – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul 2012. Consultado em [http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2012/Educacao\\_Especial/Trabalho/08\\_28\\_14\\_2632-7319-1-PB.pdf](http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2012/Educacao_Especial/Trabalho/08_28_14_2632-7319-1-PB.pdf)
- Harms, T., Clifford, R., & Cryer, D. (2008). Escala de Avaliação do Ambiente em Educação de Infância. (Centro de Psicologia da Universidade do Porto – Investigação Desenvolvimental, Educacional e Clínica em Crianças e Adolescentes, Trad.). Porto: Livpsic/Legis Editora.
- Matos, S. & Pereira, A.P. (2011). Universidade do Minho: Centro de Investigação em Educação. O perfil de competências do profissional de intervenção precoce: contributos e perspectivas profissionais. Consultado em: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17148/3/Matos%20%26%20Pereira%20\(2011\).pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17148/3/Matos%20%26%20Pereira%20(2011).pdf)
- McWilliam, P.J., Winton, P.J. & Crais, E.R. (2003). Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce centrada na família. Porto: Porto Editora.
- Mendes, M. E. (2010). Avaliação da Qualidade em Intervenção Precoce, Práticas no Distrito de Portalegre. (Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação). Consultado em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/53579?locale=pt>
- Moniz, D. (2011). Um Estudo sobre Práticas Colaborativas em Intervenção Precoce no contexto Jardim de Infância/Pré-Escolar. Escola Superior de Educação de Lisboa. Lisboa, p. 21-22.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- CIF. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa. Consultado em: [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)
- Pimentel, J. S. (2004). Avaliação de Programas de Intervenção Precoce. *Análise Psicológica*, 1 (XXII).

Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa, 44.

Pinto, D. (2013). O impacto do modelo touchpoints nas representações do educador. Tese de mestrado. Instituto Politécnico de Lisboa: Escola Superior de Educação de Lisboa.

Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (Ed.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. USA: American Psychological Association.

Tegethof, M. I. (2007). Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias. (Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação) Consultado em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/47>

Varanda, A.C. (2011). Cruzar olhares sobre a intervenção familiar integrada e precoce famílias (s) em risco? Percepção das famílias multidesafiadas com crianças em idade pré-escolar em contextos de risco e dos técnicos que as acompanham acerca das suas necessidades e forças. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa) Consultado em [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9214/1/TESE\\_AC\\_final.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9214/1/TESE_AC_final.pdf)

Despacho Conjunto nº891/99, de 19 de outubro. Diário da República nº244/99 – II Série Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, Lisboa.

## Quadro 3- Plano Individual de Intervenção Precoce

## Nível de intervenção ecológica: microsistema (objetivos a curto prazo)

Área de intervenção	Domínio	Objetivo	Atividade	Recurso	Intervenientes	Quando pensamos atingir
			- Desenvolver rotinas agradáveis associadas à hora de dormir (banho, mudança de roupa, contar histórias e cantar ou ouvir uma música calma), promovendo a antecipação deste momento, o que criará no E. conforto e segurança	Família	Mãe	
			- Reduzir gradualmente o contato físico que o E. necessita para adormecer: colocar o E. na cama, após um breve carinho no colo. A mãe pode inclinar-se sobre a sua cama, reconfortando-o e acarinhando-o, enquanto adormece	Técnica de IPI	E.	
Criança	Autonomia pessoal	O E. deverá dormir sozinho todos os dias na sua cama, no quarto que partilha com a sua irmã	- Encorajar o adormecimento na cama, reduzindo gradualmente o apoio			jun/16
			- Colocar uma luz de presença no quarto e nas primeiras noites não fechar totalmente a porta			
			- Quando o E. voltar para a cama da mãe durante a noite, é preferível voltar a levá-lo para o seu quarto nesse momento			
			- Conversar com o E. sobre os aspetos positivos de dormir sozinho e esclarecê-lo em todas as suas angústias e receios			

			- Demonstrar assertividade e desagrado quando a situação ocorrer, explicando de forma clara o porquê de não ser um comportamento aceitável	Família	Mãe	
			- Responsabilizar a criança	Técnica de IPI	Avós maternos	
			- Promover o envolvimento do E. na limpeza do local e na lavagem das roupas		E.	
Criança	Autonomia pessoal	O E. deverá controlar os esfíncteres em todas as situações sociais				jun/16
			- Definir claramente com o E. as possíveis consequências deste comportamento. Por exemplo, só poderá andar de bicicleta no dia seguinte, se conseguir satisfazer esta necessidade fisiológica de forma sociável aceite			
			- Elogiar e reforçar o E. sempre que for capaz de resolver a situação de forma adequada			
			- Promover uma transição lenta e gradual, para que não gere ansiedade pois o E. usa-a para o seu conforto e regulação e para que não transfira o seu apego para outro objeto	Família	Mãe	Julho
			- Elogiar e premiar o E. com uma demonstração do seu afeto em momento em que não usa a chucha, para que se sinta seguro	Técnica de IPI	Avós maternos	2016

			- Quando o E. for dormir, avise-o que retirará a chucha quando ele adormecer e a deixará junto à sua almofada	E.
			- Ter disponível apenas uma chucha, eliminar as restantes	
			- Elogiar e comemorar cada passagem, mas não optar pela retirada imediata da chucha	
Criança	Autonomia pessoal	O E. deverá ser capaz de cessar o uso diurno e noturno de chucha em contexto familiar	- Em situações de angústia para o E., optar por conversar calmamente com ele e perceber o que o incomoda	
			- Insistir para que o E. retire a chucha em todas as ocasiões que falar com ele, explicando-lhe que não consegue entendê-lo desse modo	
			- Ler-lhe pequenas histórias em que as personagens são confrontadas com a retirada da chucha, apelando às emoções associadas a este acontecimento	
			- Manter-se firme no seu objetivo e não desistir	

- Promover que o E. tome iniciativa de deixar a chucha, através da ampliação do círculo de convivência e do desenvolvimento das competências socioemocionais do E.

				Mãe	Mãe	Julho
Mãe	Formação pessoal e social: autoconceito	A mãe deverá ser capaz de se valorizar pessoal e socialmente, de forma a melhorar o seu auto-conceito	- Promover o envolvimento da mãe em momentos de lazer/ momentos sociais de forma a ampliar a rede de contactos	Mãe Avós maternos	Mãe Avós maternos	2016
				Técnica de IPI	Técnica de IPI	
			- Identificar os comportamentos do E. que a mãe deseja modificar	Mãe	Mãe	Agosto
			- Registrar os comportamentos, causas/antecedentes e comportamentos posteriores do E. e da mãe	Técnica de IPI	Técnica de IPI	2016
Mãe	Competências parentais	A mãe deverá ser capaz de identificar os comportamentos do E. que devem ser modificados	- Apresentar outras opções de atuação: comportamentos alternativos e possíveis impactos no comportamento do E.			
			- Desmistificar e consciencializar a mãe para o possível agravamento dos comportamentos na fase inicial de intervenção			

## Nível de intervenção ecológica: mesossistema (a curto prazo)

Área de intervenção	Domínio	Objetivo	Atividade	Recurso	Intervenientes	Quando pensamos atingir
Família	Competências familiares das figuras afetivas	A família deverá encontrar a estabilidade das rotinas do E. e da irmã	- Cumprir o estabelecido no acordo de regulação das responsabilidades parentais, nomeadamente no que respeita às visitas do pai	Mãe	Mãe	ago/16
			- Eliminar a ocorrência de diálogos na presença das crianças que abordem a relação de conflito entre a família e o pai	Avós maternos	Avós maternos	
				Técnica de IPI	Técnica de IPI	

## Nível de intervenção ecológica: microsistema (objetivos a longo prazo)

Área de intervenção	Domínio	Objetivo	Atividade	Recurso	Intervenientes	Quando pensamos atingir
		Diminuir os comportamentos de oposição e desafio:	- Definir bem os papéis e tarefas de cada um, deixando bem claro que quem toma decisões é o adulto	Família	Mãe	
		- Cumprir uma instrução sem oposição	- Pedir ao E. que faça alguma coisa quando puderem estar junto a ele, para intervir caso ele não queira obedecer	Técnica de IPI	Avós maternos	out/16
			- Elogiar a criança, mesmo nas pequenas coisas, ou se o ajudar a cumprir o solicitado		E.	
			- Usar uma linguagem simples e clara		Técnica de IPI	



	<p>-Tentar antecipar os momentos que se prevê que o E. faça uma birra, explicando previamente e calmamente o que vai acontecer.</p> <p>-Permanecer calmo em resposta a uma reação exacerbada do E., redirecionando-o para outra tarefa. Para o controlo de algumas birras, recorrer ao contacto físico, abraçando-o.</p> <p>-Muitas vezes o facto de o adulto não mostrar desespero perante a birra, conseguindo ignorá-la, faz com que a criança se acalme.</p> <p>-Conversar frequentemente com o E. e descobrir os motivos que levam a situações de birra, choro ou frustração.</p> <p>-Algumas birras podem ser ignoradas pelo adulto, nomeadamente aquelas que não ponham em causa a sua segurança ou a de outros.</p>	<p>Família</p> <p>Mãe</p> <p>Técnica de IPI</p> <p>Avós maternos</p> <p>E.</p> <p>Técnica de IPI</p>	
<p>Criança</p> <p>Gestão emocional</p>	<p>O E. deverá ser capaz de regular o seu comportamento em situações que lhe gerem frustração</p> <p>-Ensine a criança a falar consigo própria. O discurso interno desempenha um papel fundamental no controlo do comportamento impulsivo.</p> <p>-Seja um modelo. Quando algo não corre bem, verbalize o que está a sentir e o que precisa de fazer para se acalmar.</p> <p>-O “Não” e a imposição de limites são muito importantes na estruturação da personalidade de uma criança. Da mesma forma, é importante recompensar o que merece ser recompensado, e guiar e apoiar o que não corre bem.</p> <p>- Paralelamente, incentivar o E. a nomear e a reconhecer as emoções em si e nos outros.</p> <p>-Promover atividades que envolvam o Jogo Simbólico – brincar com o Santiago com objetos reais e/ou animais, representando ações/acontecimentos do dia-a-dia que envolvam resistir a impulsos, estratégias para a resolução de problemas e relações de confiança.</p>		<p>dez/16</p>

			<p>-Reduzir o número de opções de escolha nas atividades.</p> <p>-Dar incentivos verbais para cativar o E. para a realização da atividade. Repetir as instruções de cada atividade.</p> <p>-Relacionar cada aprendizagem nova com a experiência e rotina do E.</p> <p>-Deixar sempre claro o que se espera dele, o E. sentir-se-á mais seguro se souber o que é esperado.</p> <p>-Manter o contato ocular.</p> <p>-Explorar e valorizar o sucesso o mais possível, elogiando-o frequentemente durante a atividade.</p> <p>-Sempre que possível, responsabilizar o E. por tarefas que ele consiga cumprir.</p> <p>-Atividades minuciosas com peças e espaços pequenos para pintar, colar, recortar podem ajudar no desenvolvimento da atenção.</p> <p>-Pegar num objeto, pedir ao E. que observe com atenção durante 30 segundos, depois fechar os olhos e tentar representá-lo mentalmente. Se alguns detalhes não estiverem perfeitamente claros e nítidos, observar de novo o objeto até que consiga representá-lo mentalmente.</p> <p>-Promover jogos de memória. Quando se engana, tem três vezes para tentar fazer bem. Se não conseguir após três tentativas, nesse dia ou momento o jogo termina e é retomado após algumas horas ou no dia seguinte.</p> <p>-O adulto conta uma história ao E. e no final pode fazer perguntas sobre pormenores da história. Por exemplo, " – De que cor era o vestido da menina da história?"; " – O que comeram no primeiro jantar?" " – Como se chamava a personagem principal?" A ideia é criar uma história com muitos pormenores para que o E. treine estar muito atento.</p>	<p>Família</p> <p>Técnica de IPI</p>	<p>Mãe</p> <p>Avós maternos</p> <p>E.</p> <p>Técnica de IPI</p>	
Criança	Tempo permanência na tarefa	O E. deverá ser capaz de iniciar, manter e terminar uma atividade dirigida durante 10'				set/16
Mãe	Afetivoemocional	A mãe deverá ser capaz de reconhecer a necessidade de emergência dos seus recursos afetivoemocionais	- Articular com o Centro de Saúde, para encaminhamento para acompanhamento psicológico	Família	Mãe	set/16
				Técnica de IPI	Técnica de IPI	

## Nível de intervenção ecológica: mesossistema (objetivos a longo prazo)

Área de intervenção	Domínio	Objetivo	Atividade	Recurso	Intervenientes	Quando pensamos atingir
Família	Relação família/criança	A família deverá ser capaz de desenvolver uma interação positiva diariamente	- Definir horário específico para o momento/brincadeira (15' por dia)	Família	Mãe	
			- Questionar o E. sobre o que pretende fazer, indo ao encontro da sua escolha	Técnica de IPI	Avós maternos	
			- Participar e comentar aquilo que a criança está a fazer/dizer		E.	
			- Demonstrar ao E. que está atento àquilo que ele considera interessante		Irmã	
			- Fazer afirmações congruentes "Eu gosto quando tu..."		Técnica de IPI	
			- Elogiar frequentemente			
			- Rir e estabelecer contacto físico através de abraços, afeto e aproximações			
			- Terminar o episódio, resumindo o que fizeram em conjunto e quanto apreciou o momento			
			- Antever a quebra de regras e prevenir que tal não aconteça ou ignorar			
			- Evitar ordens, instruções ou ensinamentos			
- Incluir a irmã do E., mediando a interação						

Nível de intervenção ecológica: macrosistema (objetivos a curto prazo)

Área de intervenção	Domínio	Objetivo	Atividade	Recurso	Intervenientes	Quando pensamos atingir
Mãe	Economia financeira	A mãe deverá ser capaz de iniciar uma atividade profissional estável, promovendo a sua autonomia financeira	- Melhorar o Curriculum Vitae  - Promover a procura ativa de emprego	Centro de Emprego	Mãe	Maio  2016

# Influência das variáveis do bebê no desenvolvimento da criança e na interação mãe-filho

Íris Latino

iris.m.seixas@gmail.com

Isabel Barroso

imcsbarroso@gmail.com

Isabel Fernandes

isabel.maria.f@hotmail.com

Marina Fuertes

marinaf@eselx.ipl.pt

111

João Rosa

joaor@eselx.ipl.pt

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.067>

## Introdução

No Modelo Bioecológico o desenvolvimento humano é concebido como resultante de um processo de interação dinâmica entre os fatores da criança, da família e do ambiente (Bronfenbrenner & Morris, 1988). Fatores de risco associados à criança, como idade gestacional ou problemas de saúde, podem afetar o seu desenvolvimento e a sua interação com as suas figuras afetivas (revisão em Lopes dos Santos & Fuertes, 2005). Todavia, a generalidade dos estudos é feita em contexto experimental, escasseando investigação desenvolvida nos contextos de vida da criança. A presente pesquisa foi realizada em contextos (casa e escola) no intuito de estudar a associação as variáveis do bebê, a relação mãe-filho(a) e o desenvolvimento da criança.

## Participantes

Para este estudo foram selecionadas 29 crianças (12 meninas, 17 meninos, 18 filhos únicos) com idades compreendidas entre os 13 e os 82 meses ( $M=37.09$ ;  $DP=20.40$ ) diferenciados no seu desenvolvimento. A idade gestacional média era 37.79 ( $DP=3.17$ ) e o peso gestacional médio 2748g ( $DP=662g$ ). As alterações de desenvolvimento são apresentadas no seguinte quadro, (ver quadro 1):

Quadro 1- Alterações de desenvolvimento

Tipologia do desenvolvimento	N (%)
Crianças sem problemas de desenvolvimento e de termo	13 (44.82%)
Crianças com problemas de visão ou audição	4 (13.8%)
Crianças com problemas motores	5 (17.2%)
Crianças com problemas cognitivos	6 (20.7%)
Crianças com problemas sociais ou emocionais	4 (13.8%)
Crianças com problemas de linguagem	11 (37.9%)

## Métodos

112 Para recolher os dados sociodemográficos da família, os dados de saúde e a história de desenvolvimento da criança foi aplicada Anamnese aos pais. O desenvolvimento da criança foi avaliado através da Escala Growing Skill's (GSS, Bellman, Lingam, & Aukett, 1996), nas áreas motora, manipulativa, visual, audição/linguagem, fala/linguagem, de interação social, autonomia e cognitiva. A qualidade de interação entre a(s) figura(s) materna(s) e a criança foi observada em Jogo Livre e os dados cotados com a escala Care-Index (Crittenden, 2011).

## Resultados

O estudo da associação entre os fatores neonatais e o desenvolvimento da criança, indicou que o peso gestacional correlacionou-se com a autonomia da criança ( $r=.467$   $p<.05$ ) e o desempenho motor ( $r=0.414$   $p<.05$ ) avaliados na escala GSS .

Analisadas as associações entre áreas de desenvolvimento avaliadas com GSS verificou-se que:

- As crianças com problemas de visão em comparação com as outras crianças apresentam pontuações médias inferiores: de autonomia [ $t(22)= 2.232$ ;  $p<.05$ ], cognição [ $t(21)= -2.803$   $p<.05$ ]; locomoção [ $t(22)= 2.402$ ;  $p<.05$ ].

-As crianças com alterações sociais comparativamente com as outras crianças apresentam níveis médios inferiores de comportamentos manipulativos [ $t(23)= 2.094$ ;  $p<.05$ ]

-As crianças com alterações de linguagem em comparação com as outras crianças, apresentam pontuações médias inferiores de locomoção autónoma [ $t(22)= 2.293$ ;  $p<.05$ ], manipulação [ $t(23)= 2.765$ ;  $p<.05$ ];

visão [ $t(23) = 2.084$ ;  $p < .05$ , audição e linguagem [ $t(23) = 2.328$   $p < .05$ ] e autonomia [ $t(22) = 2.169$ ;  $p < .05$ ]. Posteriormente, avaliou-se a associação entre os comportamentos do relacionamento mãe-filho com os dados neonatais, de desenvolvimento e de saúde. Desta análise, verifica-se que o comportamento infantil compulsivo/inibido se correlacionou com a idade gestacional ( $r = -.440$ ;  $p < .05$ ) e com o peso gestacional ( $r = -.445$ ;  $p < .05$ ). Adicionalmente, as mães das crianças com problemas de saúde em comparação com as mães das crianças saudáveis revelam um comportamento mais controlador/rígido na sua interação [ $t(18) = -2.564$ ;  $p < .05$ ].

## Discussão

Neste estudo as variáveis do bebé (como idade ou peso gestacional), da relação mãe-filho e do desenvolvimento da criança associaram-se em múltiplas direções, corroborando a pesquisa anterior e sugerindo que são necessários modelos complexos, sistémicos e holísticos para explicar o desenvolvimento infantil (e.g., Crnic, Friedrich, & Greenberg, 1983).

Todos estes fatores parecem interagir e afetarem-se mutuamente. Deste modo, as causas e consequências não são independentes mas componentes de um mesmo fenómeno, no qual pessoas-processos-contextos-tempo coexistem num todo complexo e sistémico.

## Futuras Propostas de Investigação

Investigar o papel de mais variáveis ambientais (como as condições socioeconómicas e recursos da família) e contextuais (como a qualidade da escola ou dos apoios educativos).

## Referências Bibliográficas

- Bellman, M. H., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). Schedule of growing skills II: Reference manual. London: NFER Nelson.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), Handbook of child psychology: theoretical models of human development (Vol.1, pp.993-1027). New York: John Wiley & Sons-
- Crittenden, P.M. (2011). Manual de Cotação Care Index. Miami: Family Relations Institute.
- Crnic, K. A., Friedrich, W. N., & Greenberg, M. T. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping, and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, 88(2), 125-138.
- Lopes dos Santos, P., & Fuertes, M. (2005). Vinculação em populações especiais. J. Bairráo (coord.) *Desenvolvimento: contextos familiares e educativos* (pp. 172-199). Porto: Livpsi.



## A Minha Escola Fará Diferença? Influência da Qualidade do Contexto Educativo no Desenvolvimento Infantil

Inês Guerreiro

[ines.pmguerreiro@gmail.com](mailto:ines.pmguerreiro@gmail.com)

M<sup>a</sup> Alice Domingos

[maria.alice.domingos@gmail.com](mailto:maria.alice.domingos@gmail.com)

Rita Almeida

[anaritasilva06@gmail.com](mailto:anaritasilva06@gmail.com)

Rute Casimiro

[rutepatrocínio@gmail.com](mailto:rutepatrocínio@gmail.com)

115

Marina Fuertes

[marinaf@eselx.ipl.pt](mailto:marinaf@eselx.ipl.pt)

João Rosa

[joaor@eselx.ipl.pt](mailto:joaor@eselx.ipl.pt)

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.068>

### Introdução

A investigação indica que a frequência de creche e JI podem promover o desenvolvimento infantil (revisão em Bairráo, 1998). Contudo, a educação de infância só terá consequências positivas se fornecermos um serviço educativo de qualidade (Formosinho, 1996; Oliveira-Formosinho, 2004, 2008, revisão em Fuertes, 2010).

### Objetivo

Neste sentido, pretende-se analisar a relação entre a qualidade do contexto educativo e o desenvolvimento infantil, num grupo de crianças heterogéneo (com risco, sem risco e em vias de sinalização para intervenção

precoce -IPI).

## Amostra

Participam 21 crianças de nacionalidade portuguesa e 1 criança cabo verdiana, maioritariamente do género masculino (14 meninos). As idades situavam-se entre os 15 e os 74 meses ( $M= 47.09$ ;  $DP= 18.64$ ). 7 não apresentavam risco de desenvolvimento, 9 em risco de desenvolvimento e 6 em vias de sinalização para IPI. Destas, 3 não frequentavam estruturas educativas, 5 frequentavam creche, 13 o jardim-de-infância e uma o 1º ciclo. Viviam, maioritariamente, em famílias biparentais de estatuto socioeconómico baixo e médio.

## Método

Foram aplicadas a Escala “The Schedule of Growing Skills II” (SGS II, Bellman, Lingam, & Aukett, 1996) aplicável dos 0 aos 60 meses; a Escala de Avaliação do Ambiente de Creche – ITERS-R e a Escala de Avaliação do Ambiente em Educação de Infância – ECERS-R (edição revista, 2008). Como a distribuição das crianças era estratificada em relação ao contexto educativo foi criada uma medida composta pelos totais da ITERS-R e ECERS-R, e posteriormente utilizada no cálculo das correlações.

## Resultados

Tabela 1: Correlação de Pearson entre os resultados das subescalas da SGS II e da medida composta dos valores totais da ITERS-R e ECERS-R.

	SGS II Total	Locomotora	Manipulativa	Visual	Audição e Linguagem	Linguagem	Interação social	Autonomia	Cognitiva
ITERS-R_ ECERS-R	.64**	.46	.55*	.61**	.48*	.63**	.47*	.63**	.63**

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

De acordo com a tabela 1, há correlações significativas que variam entre .47 e .64 entre a qualidade dos contextos educativos (ITERS-R e ECERS-R) e as várias áreas de competência avaliadas na SGS II.

Não se verificaram diferenças entre as creches ou jardins-de-infância nem influência dos problemas do desenvolvimento da criança nesta associação.

## Discussão e Futuras Linhas de Estudo

Os nossos resultados corroboram estudos anteriores que identificam a relação entre a qualidade do contexto educativo e desenvolvimento da criança. Neste sentido, considera-se que a IPI assume um papel fundamental na cooperação com os profissionais de educação na melhoria dos contextos educativos, tornando-os cada vez mais estimulantes e promotores do desenvolvimento infantil.

Intuito de aumentar a validade interna e externa do estudo, importava testar estas variáveis em estudos com maior controlo de variáveis e em amostras maiores.

## Referências Bibliográficas

Bairráo, J. (1998). O que é a Qualidade em Educação Pré-Escolar? Alguns resultados acerca da Qualidade da Educação Pré-Escolar em Portugal. *Qualidade e Projeto na Educação Pré-Escolar*. (pp.41-88). Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.

Bellman, M. H., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). *Schedule of growing skills II: Reference manual*. London: NFER Nelson.

Formosinho, J. (1996). A educação pré-escolar em Portugal. *Perspetivar Educação*, 2, 9-18.

Fuertes, M. (2010). Se não pergunta como sabe? Dúvidas dos pais sobre a educação de infância. In *Estudos Educacionais: Da Investigação à Formação – CIED*. Lisboa: Escola Superior de Educação de Lisboa/ Instituto Politécnico de Lisboa.

Oliveira-Formosinho, J. & Araújo, S. (2004). O envolvimento da criança na aprendizagem: Construindo o direito de participação. *Análise Psicológica*, 1, (XXII), 81-93.

Oliveira-Formosinho, J. & Lino, D. (2008). Os papéis das educadoras: as perspetivas das crianças. In J.

Oliveira Formosinho (Ed.) *A escola vista pelas crianças*. Porto: Porto Editora.



## Brincar a dois tempos – estilos de comunicação entre Pais e Filhos em jogo livre

Filipe Pinto  
[filipebraspinto@gmail.com](mailto:filipebraspinto@gmail.com)

Isabel Barroso

Miguel Branco

Isabel Fernandes

Andreia Ferreira

---

**119**

---

Ana Ladeiras

Otília Sousa

Catarina Veloso

Marina Fuertes  
[marinaf@eslx.ipl.pt](mailto:marinaf@eslx.ipl.pt)

<https://doi.org/10.34629/ipl.eslx.cap.livros.069>

### Pressupostos e Objetivos

A investigação no campo do desenvolvimento infantil, partindo de modelos conceptuais como a teoria da vinculação (Bowlby, 1969) ou modelos e teorias de aprendizagem (e.g., Bandura, 1963), acabou por se orientar em dois vetores: cognitivo e relacional. Carece, ainda, a literatura científica de trabalhos que

procurem compreender como estes domínios se suportam e afetam mutuamente.

Os trabalhos de António Damásio (2013) indicam que não existem decisões estritamente emocionais ou cognitivas e Crittenden (1995) inclui essas dimensões na no seu modelo de maturação dinâmica da vinculação (do verdadeiro ao falso afeto, da verdadeira à falsa cognição).

Neste estudo procurámos, numa atividade orientada para tarefa, analisar os domínios cognitivos (através do jogo) e afetivo e a sua inter-relação assumindo uma perspetiva marcadamente diádica. Procurando, simultaneamente, em cada parceiro os reflexos das intenções comunicativas do outro. A nossa análise identifica condições molares (afetividade e jogo) na interação diádica a partir de indicadores de nível molecular. Neste nível molecular a dimensão relacional agrupa a resposta vocal, facial e as trocas afetivas; o jogo: a reciprocidade, a atividade lúdica e a diretividade.

## Participantes

Participaram neste estudo 36 díades distribuídas do seguinte modo: 8 mães-filhas; 11 mães-filhos; 8 pais-filhas e 9 pais-filhos. Os pais e as mães tinham entre 25 e 45 anos de idade ( $M=36.25$ ;  $DP=4.97$ ) e completaram no mínimo 7 anos de escolaridade ( $M=14.78$ ;  $DP=2.45$ ). As crianças encontravam-se entre os 3 e 5 anos ( $M=4.08$ ;  $DP=.81$ ), não apresentando quaisquer problemas de desenvolvimento identificados e todos eles eram primogénitos (19 crianças tinham irmãos mais novos). Os pais eram maioritariamente de nacionalidade portuguesa (31 nacionalidade portuguesa e 5 de outras nacionalidades). As famílias participantes eram de classe média (variando entre classe média baixa a alta aferida pelos rendimentos e valor de pagamento da mensalidade escolar). Dos pais que participaram no estudo, quatro encontravam-se desempregados. Verificamos que 25 Pais tinham formação académica superior e 10 tinham frequência de ensino secundário (todos tinham 9 anos completos de escolaridade).

## Método

As díades participantes foram filmadas numa situação semi-experimental, na qual foram desafiadas a construir, com uma diversidade de materiais e ferramentas (fig.1), num período de 20 minutos, algo à sua escolha.

A cotação foi realizada com escala MINDS na versão adaptada à faixa etária das crianças em estudo (Fuentes & Pinto, 2016). A observação posterior dos registos vídeo recolhidos dividiu-se em dois momentos de 3 minutos. Um momento inicial de instalação das díades no espaço relacional (os primeiros 3 minutos) e outro final como referência para o decurso da interação (os últimos 3 minutos). Esta decisão foi tomada porque a escala foi operacionalizada para observações de 3 a 5 minutos e no pressuposto que numa cotação de 20 minutos a perda de informação seria grande.



fig.1 - Materiais e ferramentas à disposição das díades participantes.

## Instrumentos

Os dados da qualidade interativa foram recolhidos com a escala MINDS versão adaptada para a situação experimental Tandem (Fuertes & Pinto, 2016). Esta versão da MINDS foi aplicada a cada parceiro no qual analisamos as respostas vocal e facial; as trocas afetivas; a reciprocidade; a atividade lúdica e a diretividade numa avaliação marcadamente diádica. Procurou analisar-se, simultaneamente em cada parceiro, os reflexos das suas intenções comunicativas e interativas. No nosso estudo categorizamos os indicadores em comportamento relacional (que inclui as categorias resposta vocal, facial e trocas afetivas) e comportamento de jogo ou orientado para a atividade (que inclui reciprocidade, atividade lúdica e diretividade).

---

121

---

## Resultados

A qualidade dos indicadores relacionais correlaciona-se positivamente com a qualidade dos indicadores de jogo. Tanto os pais como as crianças demonstram ser melhores na parte de jogo quanto melhor for a relação (ver tabela 1).

Tabela 1 – Correlação de Pearson entre as dimensões relacional (Rel\_1) e nos últimos 3 minutos (rel\_2) e de jogo nos mesmos momentos para os pais e criança

	Pais			Criança		
	Jogo_1	Rel_2	Jogo_2	Jogo_1	Rel_2	Jogo_2
<b>Rel_1</b>	.925**	.779**	.711**	.825**	.785**	.727**
<b>Jogo_1</b>		.744**	.682**		.684**	.701**
<b>Rel_2</b>			.912**			.911**

\*\*p<.01

Agrupados em duas dimensões, desde logo pode verificar-se que a dimensão relacional é melhor cotada do que a dimensão de jogo. Parece evidente a existência de dois vetores diferenciados no que à interação

diz respeito (ver tabela 2).

Tabela 2- Diferenças de médias entre as dimensões relacionais e de jogo no início e fim da atividade nos pais e nas crianças

	M	DP	t	P
rel_pais_1	11.42	2.56	3.598	.001
jogo_pais_1	10.67	3.15		
rel_cç_1	11.53	2.79	4.552	.000
jogo_cç_1	10.08	3.37		
rel_pais_2	10.92	3.53	4.081	.000
jogo_pais_2	9.75	4.14		
rel_cç_2	10.78	3.72	4.511	.000
jogo_cç_2	9.52	4.02		

Quando comparamos as pontuações dos pais e dos filhos nas dimensões relacional e de jogo tanto nos primeiros 3 minutos (rel 1 ou jogo 1) como nos últimos 3 minutos, não são encontradas diferenças estatisticamente significativas (ver tabela 3).

Tabela 3- Diferenças de médias entre as pontuações dos pais e dos filhos em termos de qualidade relacional e de jogo no início e fim da atividade

	M	DP	t	p
rel_pais_1	11.42	2.56	-.355	.725
rel_cç_1	11.53	2.79		
jogo_pais_1	10.6	3.15	1.771	.085
jogo_cç_1	10.08	3.37		
rel_pais_2	9.75	4.14	.984	.332
rel_cç_2	9.53	4.02		
jogo_pais_2	10.92	3.53	.474	.639
jogo_cç_2	10.78	3.72		

## Discussão e Resultados

Agrupadas as dimensões de análise da escala MINDS em duas componentes (relacional e de jogo), verificamos pelo teste de comparação de médias que nos dois momentos observados e tanto para os pais como para as crianças, as pontuações nas duas dimensões são significativamente distintas. Ora, a primeira inferência que realizamos é que tal como teorizado trata-se efetivamente de duas componentes (relacional e jogo) estruturantes da interação diádica com sentido próprio e distinto, pelo menos, nas condições observadas. Todavia, embora distintas estas dimensões estão fortemente associadas como indica o estudo das correlações. Adultos e crianças que estabelecem melhores interações afetivas também desempenham melhor a tarefa e as componentes interativas a ela associadas. Acresce que os pais e as crianças não apresentem diferenças entre si nessas dimensões, a qualidade dos comportamentos é semelhante entre pais e filhos (as diferenças são ao nível relacional e de jogo e não entre pais e filhos).

Especulamos que o adulto e a criança desempenham uma tarefa (neste caso a pedido do experimentador) procurando estabelecer uma base de trabalho (e.g., que produto fazer, como fazer), definindo papéis (e.g., quem lidera, o que lidera) e equilíbrio interativo (reciprocidade) tendo como pano de fundo um relacionamento afetivo (um certo estilo e tom de comunicar, com trocas de sorrisos e afetos ou pela ausência deles). De acordo com a teoria e investigação da vinculação (Bowlby, 1969), é este plano afetivo, se positivo, que permite aos parceiros sentirem-se confortáveis para arriscar na tarefa, para confiar no outro parceiro e criarem conjuntamente.

Adicionalmente, verifica-se que a qualidade interativa relacional, avaliada com a escala MINDS e nas díades estudadas, é superior à qualidade de jogo, nos dois momentos tanto nos pais como nas crianças. Em estudos anteriores comparando educadoras e mães (Barroso, Ferreira, Fernandes, Branco...Fuentes, 2017), as educadoras obtinham melhores pontuações em indicadores que podemos relacionar com a tarefa, ensino e jogo e as mães na vertente afetiva. Possivelmente, nos pais instala-se primeiro uma dimensão afetiva e relacional (a vinculação) e, posteriormente, o ensino como forma de preparação do filho para a autonomia e vida social. Esta aquisição ontogénica fortemente enraizada nos processos de desenvolvimento neuronal pode ser mais cedo interiorizada e subjacente a várias aquisições.

Para além dos objetos construídos, ponto de chegada formal da atividade proposta, reconhecem-se outros produtos resultantes da interação, denunciada no presente estudo pela diferenciação entre um vetor relacional e outro de jogo. Nomeadamente, e durante a observação dos registos vídeo, foi possível entrever, por entre as aprendizagens; os conflitos e as negociações, marcas comportamentais (resistência, sedução, abandono etc..) e de afirmação identitária diferenciada por parte de ambos os sujeitos da relação. Desse modo verificamos que para além do objeto físico final, é possível nele identificar como se pensou, negociou, se ambos imaginaram objetos diferentes e de como, no decurso da atividade se envolveram, acabando com um terceiro objeto (incluindo a relação) que é também produto da interação e revela aprendizagens significativas. Interação essa que resulta do reconhecimento mútuo e da construção de uma “intersubjetividade partilhada” (Beeghly, Fuentes, Liu, & Delonis, 2010) necessariamente forjadas na relação com o outro.

## Limitações do estudo e Perspetivas futuras

O presente estudo apresenta limitações decorrentes do reduzido número da amostra e do controlo de variáveis independentes e dependentes (traduzidos pela diminuição da validação interna) que impedem a generalização dos resultados. Embora partindo de um estudo semi-experimental e baseado numa análise quantitativa foi possível neste trabalho discriminar e relacionar duas dimensões de análise do comportamento diádico: uma dimensão afetiva/relacional e uma dimensão cognitiva/jogo. Futuramente, espera-se alargar a amostra e melhorar as condições de fidedignidade.

## Referências Bibliográficas

Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

Barroso, I. Ferreira, A., Fernandes, I., Branco, M., Ladeiras, A., Pinto, F., Veloso, C., Brandes, H., Sousa, O. & Fuertes, M. (2017, in press). *Da Investigação às Práticas: Estudos Educacionais* (aceite).

Beeghly, M. Fuertes, M., Liu, C., Delonis, M. S., & Tronick, E. (2010). Maternal sensitivity in dyadic context: Mutual regulation, meaning-making, and reparation. In Deborah Winders Davis & M. Cynthia Logsdon (Eds.), *Maternal sensitivity: A scientific foundation for practice* (pp. 59-83). New York: Nova Science Publishers.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. I). London: Penguin Books.

---

**124** Crittenden P.M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (eds) *Attachment theory: social, developmental, and clinical perspectives* (pp 367–406). NJ: The Analytic Press, Hillsdale.

Damásio, A. (2013) *Sentimento de si*. Lisboa: Temas e Debates.

Fernandes, I., Fuertes, M., Ferreira, A., Barroso, I., Branco, M., Ladeiras, A., Pinto, F., Sousa, T., Veloso, C., Brandes, H., & Sousa, O. (2016.) *Estudo comparativo acerca do comportamento e comunicação materna e paterna em atividade conjunta com os seus filhos de idade pré-escolar. Análise Psicológica*, (in press).

Fuertes, M. & Pinto, F. (2016). *Versão MINDS (Mother-Infant Descriptive Diadic Sistem) dos 3 aos 5 anos*. Não publicada.

# Crescer no Afeto: A Relação entre as Práticas de IPI e a Qualidade de Jogo

Cristina Rodrigues  
[cristinamartinsrodrigues25@gmail.com](mailto:cristinamartinsrodrigues25@gmail.com)

Joana Guimarães  
[joanaguitf@gmail.com](mailto:joanaguitf@gmail.com)

Marina Fuertes  
[marinaf@eselx.ipl.pt](mailto:marinaf@eselx.ipl.pt)

Melissa Cravo  
[melissa.cravo@gmail.com](mailto:melissa.cravo@gmail.com)

Tatiana Grazina  
[tatianagrazina@gmail.com](mailto:tatianagrazina@gmail.com)

125

<https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.070>

## Introdução

Estudos indicam que nas interações pais-criança de melhor qualidade os domínios da regulação emocional, adaptação social e aprendizagem são promovidos (revisão em Fuertes & Santos, 2003). Todavia, as interações de risco condicionam negativamente o desenvolvimento da criança (Fuertes, 2007). Nas práticas de IPI, Dunst e Bruder (2002), consideram que estas devem ser centradas na família, no sentido de as ajudar, com base nas suas necessidades e através da identificação das suas forças, privilegiando o jogo/brincadeira como um momento de interação e regulação mútua e consequentemente de desenvolvimento da criança.

## Objetivos

Pretendemos analisar:

- 1) A associação entre o desenvolvimento da criança e a qualidade da interação com os pais;
- 2) A relação entre as práticas interventivas de IPI e a qualidade de jogo no adulto.

## Participantes

Participaram no estudo 22 crianças, (14 meninos e 8 meninas), com idades entre os 15 e os 76 meses ( $M=47.09$ ;  $DP=18.64$ ) e suas mães, destes 7 apresentavam desenvolvimento típico, 6 estavam em fase de sinalização e 9 eram acompanhadas por equipas de IPI.

Quanto ao agregado familiar, 18 era biparental e 2 monoparental, existindo ainda uma criança que permanecia com outros familiares e outra institucionalizada. As habilitações dos pais variava entre o 9º ano e educação superior.

## Método

Foram aplicadas as escalas Schedule of Growing Skills II (SGS II, Bellman, Lingman, & Aukett, 1996) para avaliação do desenvolvimento infantil e Mother-Infant Descriptive Diatic System (MINDS, Fuertes et al., 2014) para avaliação da qualidade da interação criança-mãe/ pai. Os domínios das escalas estão explicitados na Tabela 1.

Tabela 1: Domínios das escalas SGS II e MINDS

ESCALA	SUBESCALAS
SGS II	Locomotora, manipulativa, visual, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia pessoal e cognitiva.
MINDS	Resposta facial, resposta vocal, trocas afetivas, posicionamento, reciprocidade, atividade lúdica e diretividade da criança e do adulto.

## Resultados

A análise da relação entre o desenvolvimento da criança e a qualidade da interação com os pais revelou a inexistência de resultados estaticamente significativos ( $r=.22$ ;  $p=.35$ ).

Assim, procedeu-se à criação de novas variáveis tendo por base os parâmetros da escala MINDS relativos aos domínios relacional (resposta facial e vocal, trocas afetivas e posicionamento) e de jogo (reciprocidade, diretividade e atividade lúdica) para a criança e para o adulto, não se encontrando resultados estatisticamente significativos.

Verificou-se correlação positiva entre as habilitações literárias da mãe e o domínio relacional do adulto da MINDS ( $r=.50$ ;  $p=.02$ ), assim como entre o peso gestacional e os domínios relacional da criança ( $r=.50$ ;  $p=.03$ ) e jogo da criança ( $r=.73$ ;  $p=.00$ ) e do adulto ( $r=.60$ ;  $p=.01$ )

Procedeu-se de seguida à análise dos resultados da MINDS em função do tipo de caso. A análise revelou que havia uma diferença estatisticamente significativa no jogo do adulto [ $F(2)=3.76$ ;  $p=.04$ ], sendo que a média do grupo das crianças sinalizadas é significativamente menor ( $M=5.67$ ) que os restantes dois grupos. Nestes, constata-se que os resultados obtidos no grupo das crianças em acompanhamento pela IPI ( $M= 10.44$ ) e o grupo das crianças sem risco ( $M=10$ ) não são significativamente diferentes.

## Conclusões

A qualidade de jogo do adulto nas crianças sem risco e acompanhadas pela IPI caracteriza-se por ser mais adequada à idade da criança, aos seus interesses de jogo, mais recíproca e oferecida de forma mais prazerosa do que nas crianças sinalizadas (sem intervenção).

Deste modo, os resultados suportam a importância das práticas de IPI serem centradas na família, através da qual se pretende a promoção das competências parentais com consequente melhoria do desenvolvimento da criança.

## Bibliografia

Bellman, M. H., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). Schedule of growing skills II: Reference manual. London: NFER Nelson.

Dunst, C. & Bruder, M.B. (2002). Valued Outcomes of Service Coordination, Early Intervention and Natural Environments. *Exceptional Children*, 68 (3), 361-375.

Faria, A. & Fuertes, M. (2007). Reactividade infantil e a qualidade da relação mãe-filho. *Análise Psicológica*, 25 (4), 613-623.

Fuertes, M. & Santos, P.L. (2003). Interação mãe-filho e qualidade da vinculação em crianças com alterações neuromotoras. *Psicologia*, 17 (1), 43-64.

Fuertes, M., Canelhas, Oliveira-Costa, A., Faria, A., Ribeiro, Soares, H., Sousa & Lopes dos Santos, P. (2014). Mother-infant descriptive dyadic system – MINDS.

