UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA

A Primeira Dança:

O Papel da Intersubjectividade na Interacção Mãe-Bebé

Jorge Alberto Carrulo de Sousa

Orientador: Prof. Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, especialidade em Psicologia Clínica

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA

A Primeira Dança:

O Papel da Intersubjectividade na Interacção Mãe-Bebé

Jorge Alberto Carrulo de Sousa

Orientador (es): Prof. Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, especialidade em Psicologia Clínica

Júri:
Presidente:
- Doutora Isabel Maria de Santa Bárbara Teixeira Nunes Narciso Davide, Professora Associada e Vice-Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Vogais:
- Doutora Bárbara Fernandes de Carvalho Figueiredo, Professora Associada com Agregação, Escola de Psicologia da Universidade do Minho;
- Doutor António Pazo Pires, Professor Associado, Departamento de Psicologia da Educação do ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida;
- Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo, Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, orientador;
- Doutora Maria João Rosado de Sousa Afonso, Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa;

2016

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor João Justo, pela sua dedicação, presença, empenho, disponibilidade, pelo seu enorme apoio, paciência, brilhantismo e generosidade no qual estou eternamente agradecido.

À Professora Doutora Maria João Afonso pelo seu apoio nas análises factoriais e de consistência interna relacionadas com a criação do IPMIBRP.

À Professora Doutora Bárbara Figueiredo pelos notáveis ensinamentos, formação sobre o *Interactive Rating Scales* (IRS), pelas sugestões apresentadas quanto ao estudo das variáveis das IRS, pela constante trocas de ideias, pelas conversas em Edimburgo e pela amizade.

À Dr.ª Cláudia Castro, que foi o observadora e codificadora externa das IRS e pela troca de experiências sobre as nossas investigações.

Às instituições que colaboraram neste estudo: Santa Casa da Misericórdia da Maia, nomeadamente à Exma. Provedora Professora Lurdes Maia, Fernnda Pinheiro, Mário Figueiredo e Marlene Vieira; à Clipóvoa – Póvoa de Varzim e do Porto, ao Hospital da Arrábida, mais concretamente à Dr.ª Rita Correia Galvão, Dr.ª Márcia Martins, Dr.ª Cármen Costa e à Dr.ª. Carla Cardoso; à Professora Doutora Leonor Levy; à Clínica Capitólio, mais exactamente ao Professor Doutor Fernando Almeida e à Dr.ª Goretti Silva; à Unidade Local de Saúde de Matosinhos, especialmente ao Dr. José Rui Silva e à Associação PédeXumbo.

À Dr.ª Ana Carvalho pelo apoio na tradução e retroversão da Escala de Vinculação Materna Pós-Natal bem como na tradução de alguns conceitos científicos.

Às mães e bebés que aceitaram participar nesta investigação pela generosidade com que partilharam a sua história de interacção e pela abertura das portas das suas casas e por partilharem os seus momentos mais íntimos.

Aos Professores do Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa coordenado pelo Professor Doutor Bruno Gonçalves, pelos ensinamentos valiosos e pela apoio prestado. Ainda aos colegas do doutoramento, João Pinto, Francisco Pereira, Alexandra Duque, João Ferreira, Ana Patrícia Silva, Andrea Colôa, Sara Augusto, Sara Simões, Vanessa Dias, Joana Canha, Natália Reis, Cláudia Graça, Vera Ribeiro e Fatemeh Fegghi.

Às minhas amigas que se voluntariaram para rever, pacientemente, os meus textos e esta dissertação, mas também pelo apoio prestado: Ana Luísa Patrão, Joana Bessa, Marta Gonçalves e Fátima Silva.

Aos meus amigos Lisboetas que me receberame de braços abertos e foram responsáveis, durante algum tempo, pela minha estabilidade emocional e afectiva: Matias, por quem tenho uma especial amizade e carinho, Tanya, Gustavo, Patrícia Vieira, Ana Ferreira, Shaela de quem tenho imensas saudades, Sofia Matias e Rosa Lopes Dias. Mas ainda, aos meus amigos de Lisboa que cederam uma cama, um sofá, um quarto, alguns durante largos meses, bem como, a sua amizade: Patrícia Marques, Ivan Barteman Ferreira, Joana Reis Leite, Algina Barbosa, Denys Stetsenko, Hugo Fernandes, Sílvia Isabel e Carina Brito da Mana.

A todas as pessoas que contribuíram financeiramente no último ano do doutoramento, às quais estou eternamente agradecido por acreditarem em mim e me apoiarem. Decidi não referir nomes para respeitar o anonimato de algumas pessoas que contribuíram.

Aos membros da "comunidade" judaica do Porto, Professor Doutor Ferrão Filipe, Dr. Amaral e Sr. André Megaides e à Comunidade Judaica de Belmonte e ao seu Rabino Elisha Salas, pelo seu carinho, generosidade e partilha de noção de pertença a um plano superior.

À Cláudia Gomes e ao Rodrigo Lopes, pela enorme amizade, companheirismo, troca de ideias e partilha de bons momentos. Mais ainda, à Ana Luísa e ao Hugo, e agora ao belo bebé Jeremias, e à Rute Mar e Diana Azevedo pela amizade e carinho.

A todas as mulheres por quem me apaixonei e com quem me envolvi mas que as circunstâncias não permitiram haver uma continuidade da relação.

Por último, à minha família: ao meu irmão mais novo, António, por todo o apoio que me deu.

À minha mãe que, durante muito tempo, foi a única pessoa a acreditar em mim, nas minhas capacidades e que nunca, mas mesmo nunca, desistiu de mim. Em grande parte esta tese, assim, como o doutoramento, mestrado e licenciatura, são mais dela do que meus.

Resumo

Introdução - A intersubjectividade é um conceito fundamental na relação mãe-bebé, sendo geralmente estudada do ponto de vista comportamental. A intersubjectividade é uma construção de dois autores, a mãe e o bebé, permitindo que ambos tenham acesso ao mundo interno um do outro. Pela sua importância, a intersubjectividade tem repercussões específicas na qualidade do desenvolvimento tanto daquele que cresce, o bebé, quer no desenvolvimento daquela que faz crescer, a mãe.

Objectivos - Estudar a percepção materna da participação do bebé na intersubjectividade que ocorre na relação precoce.

Hipótese Geral - A percepção materna da intersubjectividade dá uma contribuição significativa para a explicação da variância estatística das seguintes variáveis: vinculação materna pós-natal, estados emocionais maternos, qualidade da participação materna na interacção mãe-bebé, qualidade da participação do bebé na interacção precoce, percepção materna do apoio social e investimento parental na criança.

Instrumentos - Questionário Sociodemográfico e Clínico; Inventário da Percepção Materna da Intersubjectividade do Bebé na Relação Precoce (IPMIBRP; Carrulo & Justo, 2014); Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN; Condon & Corkindale, 1998; versão Portuguesa de Carrulo & Justo, 2012); Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS; Lovibond & Lovibond, 1995; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004); Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Pais-Ribeiro, 1999b), Escalas da Avaliação da Interacção Mãe-Bebé (Field, 1980; versão Portuguesa de Figueiredo & Dias, 2013); Escala de Investimento Parental na Criança (Bradley, Whiteside-Mansell, Brisby & Caldwell, 1997; versão Portuguesa de Gameiro, Martinho, Canavarro & Moura-Ramos, 2008).

Participantes - Na adaptação da EVMPN participaram mães (N = 233) de bebés no primeiro ano de vida. Para a criação do IPMIBRP, mães de bebés no primeiro ano de vida participaram num grupo de focos e em entrevistas semiestruturadas. Para uma primeira análise do instrumento, recrutaram-se 62 mães. Numa fase final, participaram (N = 125) mães de bebés com idades compreendidas entre 2 e 9 meses. Para a testagem das hipóteses específicas, foram utilizados os protocolos da amostra de 125 mães. Especificamente para a testagem das hipóteses específicas relacionadas com a qualidade da participação materna e do bebé na interacção precoce, foram recrutadas 61 díades mãe-bebé (entre 2 e 9 meses de idade).

Resultados - A percepção materna da intersubjectividade consegue oferecer contributos significativos para a explicação de: a) algumas dimensões da vinculação materna pós-natal; b) algumas dimensões dos estados emocionais maternos; c) apenas uma das dimensões da percepção materna do apoio social e d) todas as dimensões do investimento parental na criança. Pelo contrário, a percepção materna da intersubjectividade não consegue oferecer contributos significativos para a explicação da qualidade da participação materna na interacção mãe-bebé nem para a explicação da participação do bebé na interacção precoce.

Conclusão – A percepção materna da intersubjectividade do bebé é um conceito prometedor, no contexto da psicologia da maternidade. No entanto, precisa de ser reavaliado no contexto da interacção precoce de forma a melhorar a sua utilidade preditiva e psicométrica.

Palavras chave

Percepção materna da intersubjectividade do bebé; vinculação materna pós-natal; investimento parental na criança; apoio social; estados emocionais maternos; qualidade da participação materna e do bebé na relação precoce.

Abstract

Introduction - Intersubjectivity is a fundamental concept in mother-infant relationships, usually studied from a behavioral perspective. Intersubjectivity is a construction of two authors, the mother and the baby, allowing both to have access to each other's inner world. Because of its importance, intersubjectivity induces specific consequences in the quality of development of the one that grows, the baby, and in the development of the one who cares about the growing of the first, the mother.

Goals - To study maternal perception of infant participation in intersubjectivity occurring in early relationships.

General Hypothesis - Maternal perception of intersubjectivity gives a significant contribution to the explanation of the statistical variance of the following variables: post-natal maternal attachment, maternal emotional states, quality of maternal participation in the mother-baby interaction, quality of baby's participation in early relationships, maternal perception of social support and parental investment in children.

Instruments - Sociodemographic and Clinical Questionnaire; Maternal Percepction of Baby's Intersubjectivity in Early Relationships (MPBIER; Carrulo & Justo, 2014); Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS; Condon & Corkindale, 1998; Portuguese version of Carrulo & Justo, 2012); Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995; Portuguese version of Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004); Satisfaction with Social Support Scale (SSSS, Pais-Ribeiro, 1999b), Interaction Rating Scales (IRS, 1980; Portuguese version of Figueiredo & Dias, 2013); Parental Investment in Children (Bradley, Whiteside-Mansell, Brisby & Caldwell, 1997; Portuguese version of Gameiro, Martin, Canavarro & Moura-Ramos, 2008).

Participants – Mothers (N = 233) of infants in the first year of life participated in the adaptation of MPAS. For the creation of MPBIER, mothers of babies in the first year of life participated in a focus group and in semi-structured interviews. For the first analysis of the instrument, 62 mothers were recruited. Mothers (N = 125) of infants aged between 2 and 9 months participated in the final stage. Testing specific hypotheses, the protocols of the sample with 125 mothers were used. Specifically for testing specific hypotheses related with the quality of maternal participation and with baby's participation in early interactions, 61 mother-infant dyads (between 2 and 9 months old) were recruited.

Results - Maternal perception of intersubjectivity offers significant contributions to the explanation of: a) some dimensions of postnatal maternal attachment; b) some dimensions of maternal emotional states; c) only one of the dimensions of maternal perception of social support and d) all dimensions of parental investment in children. On the contrary, maternal perception of intersubjectivity does not offers significant contributions to the explanation of the quality of maternal participation in the mother-baby interaction or to explain the baby's participation in early interaction.

Conclusion – Maternal perception of baby's intersubjectivity is a promising concept in the context of psychology of maternity. But, it need to be reassessed in the early relationship context to improve its psychometric and predictive use.

Key words

Maternal perception of baby' intersubjectivity; maternal post-natal attachment; parental investment in children; social support; maternal emotional states; quality of the mother's and of the baby's participation in early relationships.

ÍNDICE

PRIMEIRA PARTE **15**

ENQUADRAMENTO TEÓRICO **15**

CAPÍTULO I **17**

INTERSUBJECTIVIDADE **17**

1. Introdução 19
1.1. Breve definição de intersubjectividade 19
1.2. Da concepção filosófica para a concepção psicológica 20
1.3. A intersubjectividade na psicologia: Trevarthen 26
1.4. A intersubjectividade para além de Trevarthen 31
1.4.1. Sintonização afectiva e vitalidade dinâmica 31
1.4.2. Imitação 37
1.5. Expressões faciais 46
1.6. Intencionalidade e atenção conjunta 54
1.7. Vocalizações e comunicação na infância 62
1.8. A intersubjectividade na psicologia clínica 71
1.9. Síntese integrativa 73

CAPÍTULO II **77**

VINCULAÇÃO **77**

2. ORIGENS E CONCEITOS FUNDAMENTAIS **79**

2.1. Definição comportamental da vinculação 79
2.2. Comportamentos de vinculação e estímulos/ inibidores do sistema comportamental 86
2.3. Fenómeno de base segura 87
2.4. Fases do desenvolvimento da vinculação na infância 90
2.5. Diferenças individuais no sistema comportamental da vinculação: Padrões de vinculação 91
2.6. Descrição dos padrões de vinculação 93
2.7. Investigações subsequentes ao estudo original de Mary Ainsworth 95
2.7.1 Padrão de vinculação seguro (B) 96
2.7.2. Padrão de vinculação inseguro/evitante (A) 98
2.7.3. Padrão de vinculação inseguro/ambivalente (C) 100
2.7.4. Desorganização da vinculação - Grupo D 101
2.8. (Des)organização da vinculação na primeira infância e resultados desenvolvimentais. 104
2.9. Modelos dinâmicos internos 105
2.10. Antecedentes da vinculação 110
2.10.1. Disponibilidade emocional 111
2.10.2. Temperamento infantil 114
2.10.3. Qualidade do processamento sensorial 118
2.10.4. Competências interactivas maternas 118
2.10.4.1. Sensibilidade 118
2.10.5. Mentalização/Função Reflexiva Parental 121
2.10.6. Características maternas como predictoras da vinculação 128
2.10.7. Características do contexto como predictoras da vinculação 130
2.11. Vinculação, maus-tratos e negligência na infância 132
2.12. Crítica à teoria de vinculação 139

CAPÍTULO III **141**

APOIO SOCIAL **141**

3.1. Conceptualização 143
3.2. Rede social 146
3.3. Apoio social recebido e mobilizado 148
3.4. Apoio social percebido 150
3.5. Apoio social informativo, emocional e instrumental 151
3.6. Apoio social e variáveis psicossoais maternas 151
3.6.1. Apoio social e estados emocionais maternos 151
3.6.2. Apoio social materno e vinculação 158

CAPÍTULO IV **163**

ESTADOS EMOCIONAIS MATERNOS **163**

4.1. Depressão materna 165
4.1.1. Sintomatologia 165
4.2.1. Epidemiologia 165
4.1.3. Etiologia e factores de risco 167
4.1.4. O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) 170
4.1.5. Efeitos da depressão pós-parto na relação mãe-bebé 173
4.2. Ansiedade 176
4.2.1 Epidemiologia 176
4.2.2. Factores de risco 179
4.2.3. Efeitos da ansiedade na relação mãe-bebé 180
4.3. *Stress* 185
4.3.1. Epidemiologia 185
4.3.2. Factores de risco 186
4.3.3. Efeitos do stress na relação mãe-bebé 190

CAPÍTULO V **193**

INVESTIMENTO PARENTAL **193**

5.1. Conceptualização sociobiológica 195
5.2. Investimento parental na sociologia e na psicologia 197
5.3. Investimento parental em famílias não tradicionais 204
5.4. Predictores do investimento parental 207

SEGUNDA PARTE **211**

CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO **211**

CAPÍTULO VI **213**

OBJECTIVOS E HIPÓTESES GERAIS **213**

6. OBJECTIVOS E HIPÓTESES GERAIS **215**

6.1. Objectivos 215
6.2. Hipóteses gerais 217

CAPÍTULO VII **219**

PROCEDIMENTOS E METODOLOGIA **219**

7.1. Definição de variáveis 221
7.2.1. Operacionalização das variáveis sociodemográficas e clínicas 221

7.2.2. Operacionalização dos estados emocionais maternos *222*
7.2.3. Operacionalização da percepção materna de apoio social *223*
7.2.4. Operacionalização da vinculação materna pós-natal *224*
7.2.4.1. Vinculação materna 225
7.2.4.2. Modelo Hierárquico da Vinculação do Adulto de Condon 227
7.2.4.3. A adaptação portuguesa da Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN) 228
7.2.4.4. Adaptação à população Portuguesa 229
7.2.4.5. Amostra 230
7.2.4.6. Resultados 231
7.2.5. Escalas da Avaliação da Interacção Mãe-Bebé de Tiffany Field *233*
7.2.6. Escala de Investimento Parental na Criança de Bradley, Whiteside-Mansell, Brisby e Caldwell *234*
7.2.7. Inventário da Percepção Materna da Intersubjectividade do Bebé na Relação Precoce *236*
7.2.7.1. Grupo de foco e entrevista semiestruturada 236
7.2.7.1.1. Amostra 237
7.2.7.1.2. Indicadores da gravidez 237
7.2.7.1.3. Dados dos bebés 238
7.2.7.2. Criação dos itens da primeira versão da IPMIBRP 239
7.2.7.3. Resultados do pré-teste 241
7.2.7.4.1. Amostra de 125 mães 243
7.2.7.4.1.1. Dados sociodemográficos da mãe 243
7.2.7.4.1.3. Indicadores obstétricos 244
7.2.7.4.1.4. Dados do bebé 244
7.2.4.2. Resultados da segunda versão da IPMIBRP 245
7.3. HIPÓTESES ESPECÍFICAS 247

CAPÍTULO VIII. 251

RESULTADOS 251

8.1. TESTAGEM DAS HIPÓTESES ESPECÍFICAS 253
8.2.1. Testagem das hipóteses específicas HE1, HE2 e HE3 ..... *254*
8.2.2. Testagem das hipóteses específicas HE4, HE5 e HE6 ..... *259*
8.2.3. Testagem das hipóteses específicas HE7, HE8 e HE9 ..... *262*
8.2.4. Testagem das hipóteses específicas HE10, HE11 e HE12 ..... *263*
8.2.5. Testagem das hipóteses específicas HE13, HE14 e HE15 ..... *269*
8.2.5.1. Dados sociodemográficos das mães, dos pais e dos bebés 269
8.2.5.2. Indicadores Obstétricos 270
8.2.5.3. Dados do bebé 271
8.2.5.4. Análises de regressão na testagem das hipóteses específicas HE 13, HE 14 e HE 15. 273
8.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NOS ESTUDOS REALIZADOS 275
8.3.1. Estudos psicométricos dos instrumentos adaptados e criados *275*
8.3.1.1. Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN) de Condon e Corkindale 275
8.3.1.2. Inventário da Percepção Materna da Intersubjectividade do Bebé na Relação Precoce (IPMIBRP) 275
8.3.2. Discussão dos resultados da testagem das hipóteses gerais e específicas. *276*
8.4. LIMITAÇÕES 281
8.5. ESTUDOS A REALIZAR NO FUTURO 282
8.6. CONCLUSÕES 283

BIBLIOGRAFIA 285

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS MÃES E RESPECTIVOS COMPANHEIROS (N = 233) 231
TABELA 2. ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS DA VERSÃO PORTUGUESA, COM ROTAÇÃO VARIMAX FORÇADA A 3 FACTORES (N = 233) 232
TABELA 3. VALORES DO COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH NA EVPM 232
TABELA 4. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS MÃES (N = 18) 237
TABELA 5. INDICADORES OBSTÉTRICOS (N = 18) 238
TABELA 6. DADOS DOS BEBÉS (N = 18) 238
TABELA 7. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS MÃES (N = 62) 239
TABELA 8. INDICADORES OBSTÉTRICOS (N = 62) 240
TABELA 9. DADOS DO BEBÉ (N = 62) 241
TABELA 10. MATRIZ DE COMPONENTES PRINCIPAIS, 22 ITENS (ROTAÇÃO VARIMAX E NORMALIZAÇÃO DE KAISER) 242
TABELA 11. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA MÃE, DO PAI E DO BEBÉ (N = 125) 243
TABELA 12. MATRIZ DE COMPONENTES PRINCIPAIS, 25 ITENS, EXTRACÇÃO FORÇADA A 3 245
TABELA 13. REGRESSÃO LINEAR, VD – "QUALIDADE" DA EVMPN E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP (N = 125) 255
TABELA 14. REGRESSÃO LINEAR, VD – "PRAZER" DA EVMPN E VI'S – F1, F2 E F3, DO IPMIBRP (N = 125) 255
TABELA 15. REGRESSÃO LINEAR, VD – "PRAZER" DA EVMPN E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP (N = 125) 256
TABELA 16. REGRESSÃO LINEAR, VD – "QUALIDADE" DA EVMPN E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP (N = 125). 256
TABELA 17. REGRESSÃO LINEAR, VD – "QUALIDADE" DA EVMPN E VI – FG DO IPMIBRP (N = 125) 256
TABELA 18. REGRESSÃO LINEAR, VD – "PRAZER" DA EVMPN E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP (N = 125) 257
TABELA 19. REGRESSÃO LINEAR, VD – "QUALIDADE" DA EVMPN E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP (N = 125) 257
TABELA 20. REGRESSÃO LINEAR, VD – "DEPRESSÃO" (EADS) E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP (N = 125) 259
TABELA 21. REGRESSÃO LINEAR, VD – "ANSIEDADE" (EADS) E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP (N = 125) 260
TABELA 22. REGRESSÃO LINEAR, VD – "DEPRESSÃO" (EADS) E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP 260
TABELA 23. REGRESSÃO LINEAR, VD – "INTIMIDADE" (ESSS) E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP 262
TABELA 24. REGRESSÃO LINEAR, VD – "CONHECIMENTO/SENSIBILIDADE" (EIPC) E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP (N = 125) 264
TABELA 25. REGRESSÃO LINEAR, VD – "PRAZER" DA EIPC E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP 264
TABELA 26. REGRESSÃO LINEAR, VD – "ACEITAÇÃO DO PAPEL PARENTAL" DA EIPC E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP (N = 125) 265
TABELA 27. REGRESSÃO LINEAR, VD – "CONHECIMENTO/SENSIBILIDADE" (EIPC) E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP (N = 125) 265
TABELA 28. REGRESSÃO LINEAR, VD – "PRAZER" (EIPC) E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP 266
TABELA 29. REGRESSÃO LINEAR, VD – "PRAZER" (EIPC) E VI'S – FACTOR GERAL DO IPMIBRP 266
TABELA 30. REGRESSÃO LINEAR, VD – "FACTOR GERAL" DA EIPC E VI'S – FACTOR GERAL DO IPMIBRP (N = 125) 266
TABELA 31. REGRESSÃO LINEAR, VD – FACTOR GERAL (EIPC) E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP 267
TABELA 32. REGRESSÃO LINEAR, VD – "PRAZER" (EIPC) E VI'S – F1, F2 E F3 DO IPMIBRP (N = 125) 267
TABELA 33. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS MÃES, DOS PAIS E DOS BEBÉS (N = 61) 270
TABELA 34. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS BEBÉS COM MENOS DE 6 MESES DE IDADE 271
TABELA 35. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS BEBÉS COM 6 OU MAIS MESES DE IDADE 271
TABELA 36. DADOS CLÍNICOS DOS BEBÉS COM MENOS DE 6 MESES DE IDADE (N = 32) 272
TABELA 37. DADOS CLÍNICOS DOS BEBÉS COM 6 OU MAIS MESES DE IDADE (N = 29) 273
TABELA 38. REGRESSÃO LINEAR, VD – "MÃE AL" E VI'S – FACTOR GERAL DO IPMIBRP 274

Lista de Anexos

ANEXO 1. Protocolo de aferição da Escala de Vinculação Materna Pós-Natal

ANEXO 2. Construção do Inventário da Percepção Materna da Intersubjectividade do Bebé na Relação Mãe-Bebé

ANEXO 3. Mães do grupo de foco e mães de entrevistas semi-estruturadas

ANEXO 4. Protocolo de pré-teste do IPMIBRP

ANEXO 5. Validação Empírica do IPMIBRP

ANEXO 6. Protocolo do estudo das escalas IRS

AENXO 7. Outputs da adaptação da EVMPN

ANEXO 8. Outputs do pré-teste do IPMIBRP

ANEXO 9. Outputs das análises dos componentes principais e coeficientes do IPMIBRP

ANEXO 10. Outputs das análises de regressão

ANEXO 11. Outputs das análises das correlações

PRIMEIRA PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I
Intersubjectividade

1. Introdução

Vários teóricos da psicologia dinâmica e das teorias das relações precoces comparam a interacção mãe-bebé a uma dança (Biscaia, 2011; Stern, 1998, 2000, 2007, 2010). Na realidade, quer a interacção diádica, quer a dança, são abundantemente ricas em trocas intersubjectivas, ou seja, existe uma constante partilha de estados emocionais e mentais em ambos os membros das díades mãe-bebé. Em ambos os casos, os parceiros apresentam também um fascínio pelo seu parceiro que se reflecte num encantamento mútuo.

Mas, este paralelismo entre a dança e a interacção diádica espelha-se ainda no desenvolvimento destes aspectos. Nesta dança, participa um jovem parceiro aprendiz (com um potencial de desenvolvimento) e um parceiro experiente cuja função é interpretar os comportamentos do Outro, ser sensível a eles, inibi-los por vezes, estimulá-los outras vezes e, também, guiar, desenvolver e nutrir as constantes necessidades e exigências do Outro. A mãe - parceiro que sabe dançar – tem, assim, a capacidade de modelar e surpreender o Outro.

Por último, com a padronização e repetição das experiências de partilha dos estados emocionais e mentais dá-se um salto qualitativo, isto é, de uma intersubjectividade construída a dois (primária) para uma outra construída a três (mãe-bebé-objectos; par de dança-outros pares de dança-música/músicos), que mais tarde se desenvolverá naquilo que Fonagy chama de função reflexiva (Fonagy & Target, 1995; Fonagy & Target, 1996; Target & Fonagy, 1996). E, quanto maior as experiências e a satisfação delas retirada, mais provável será a desconstrução e construção de novas formas de dançar e interagir, relacionar, etc.

1.1. Breve definição de intersubjectividade

O aparecimento da subjectividade individual está claramente dependente da intersubjectividade (Stern, 1998, 2000, 2007, 2010). "*Mas o que é intersubjectividade*?" Segundo o dicionário Houaiss de Língua Portuguesa (2003), intersubjectividade é *"o campo de interacção comunicativa ou relação interpessoal que constitui o sentido pleno da experiência humana* (p. 2122).

Intersubjectividade implica que haja uma distinção do *Eu-Outro*, mas também uma coordenação e partilha de estados emocionais e afectivos e de atenção (Murray, 1991; Stern, 1998, 2000, 2007, 2010; Trevarthen, 1993; Trevarthen & Aitken, 2001; Nagy, 2008; Cortina & Liotti, 2010). Stolorow, Brandchaff e Atwood (1987) afirmam que a intersubjectividade pode ser encontrada na intercessão entre duas identidades subjectivas, cada uma integrada

num mundo subjectivo organizado. Estes dois autores enfatizam o papel da intersubjectividade que acontece na psicoterapia, isto é, paciente e psicoterapeuta são vistos como dois sistemas subjectivos independentes que constroem um diálogo onde é possível cruzar ideias, sentimentos e emoções, desejos e fantasias. Este tipo de pensamento foi fortemente influenciado pelo trabalho de Heinz Kohut (1959, cit in Stolorow et al., 1987) que surgiu na psicanálise como uma alternativa à perspectiva sobre o desenvolvimento humano baseada sobretudo nos aspectos psicopatológicos.

Antes de passarmos à relação entre psicologia e intersubjectividade, temos de referir a origem de este constructo.

1.2. Da concepção filosófica para a concepção psicológica

A intersubjectividade é um conceito que nasce da fenomenologia (Lyotard, 1954; Serra, 2006; Pio Abreu, 2008). Lyotard (1954) afirma que o constructo de intersubjectividade surge na perspectiva de Husserl e da crise da subjectividade e da irracionalidade que resultou dos constantes psicologismo e pragmatismo da filosofia do século XIX.

O objectivo de Husserl (2001) era colocar, novamente, a ênfase no retorno ao concreto, apoiado no rigor da ciência, na evidência, como um critério da verdade e no estudo da essência do objecto e da intencionalidade das acções, deixando de lado o psicologismo e centrando-se na objectividade em termos de essências intuídas pela mente. A fenomenologia, também, tem como objectivo a interiorização reflexiva e genuína do pensar, que conduz à origem da consciência (Husserl, 2001; Blanc, 1981, 2010; Mautner, 2010). O pensar passa a significar intuir, que acolhe a manifestação do próprio ser (Bernet, 2010; Blanc, 1981, 2010; Mautner, 2010).

Na fenomenologia, o objecto de estudo são os fenómenos que ocorrem na consciência e que são percepcionados pelos indivíduos (Husserl, 2001; Bernet, 2010; Blanc, 2010; Mautner, 2010). O objecto, na fenomenologia, pode ser entendido como uma coisa qualquer, uma invariante que permanece idêntica através das variações da imaginação. Para além do interesse dos fenómenos, a fenomenologia interessa-se pela essência dos objectos, isto é, por todas as qualidades que os constituem e das quais não se pode separá-las sem correr o risco de os fazer desaparecer (Husserl, 2001; Lyotard, 1954). É essa procura da essência dos objectos/coisas que diferencia a fenomenologia da psicologia empírica (Lyotard, 1954; Bernet, 2010).

Conectado com o estudo da essência dos objectos, Husserl (2001; Lyotard, 1954)

interessava-se pela intencionalidade, pois esta é uma característica da consciência. Husserl afirmava que a consciência é sempre consciência de alguma coisa, onde existe uma distinção entre indivíduo e objecto. Segundo este autor, podem-se encontrar três aspectos ligados à consciência: 1) a consciência como firmeza total do eu (conjunto de todos os factos psíquicos, mesmo os pensamentos imaginados), 2) a autoconsciência e 3) a consciência como imaginado. Ligados à consciência, encontram-se os órgãos sensitivos da percepção, que são o tocar e o ver. Só se pode ter consciência de um objecto que vemos ou tocamos, o que vai permitir a interpretação e apreensão dos dados sensoriais que depois são tratados a partir da significação objectiva (Husserl, 2001; Bernet, 2010; Blanc, 1981, 2010; Mautner, 2010). Dito de outra forma, aquilo que vemos ou tocamos vai dar origem às experiências e à sua estrutura intencional. Mais tarde, poderemos descrever a intuição que a mente tem acerca das essências dos objectos que foram alvo da nossa experiência. Estas experiências são eventos anteriores à percepção do indivíduo que podem dar origem aos actos perceptivos (consciência de primeiro grau) e aos actos reflexivos (consciência de segundo grau). E é desta experiência vivida como acto da consciência e da necessidade de partilhar com o outro que surge a ideia de intersubjectividade que, para Husserl, é definida como a capacidade de os indivíduos se colocarem no lugar dos outros de forma a vivenciar a experiência destes (Husserl, 2001; Pio Abreu, 2008). Estes outros podem ser indivíduos, uma comunidade ou um grupo (Pio Abreu, 2008), desde que exista um elemento comum e que possa ser partilhado por uma linguagem ou um sistema de convenções, dentro desse grupo. Na filosofia contemporânea, a intersubjectividade é definida de diversas maneiras (Blanc, 2010), como por exemplo: a) agente congregador que surge em diversas formas de comunidade e comunhão enquanto factores congregadores, b) como uma percepção primária do outro através do fenómeno de simpatia e de identificação afectiva, c) como promoção mútua de vontades e d) como um acto que está inserido num processo de automediação o qual permite instaurar a relação. Então, tal como afirma o dicionário Houaiss de Língua Portuguesa (2003), intersubjectividade é "o campo de interacção comunicativa ou relação interpessoal que, constitui o sentido pleno da experiência humana (p. 2122).

Mais recentemente, no campo da filosofia, a noção de intersubjectividade é extrapolada para as questões éticas (Lévinas, 1982; 1983; 1997; 1993) e para o estudo da comunicação (Habermas, 1979; 1990; 2004, 2010). Nestes dois campos, o interesse pela intersubjectividade surge porque, numa relação entre dois indivíduos, a comunicação alinha-se no horizonte, mesmo quando a relação intersubjectiva não é intencional e quando se dá no silêncio (Lévinas, 1997; 1993; Habermas, 1979). A comunicação é, tanto para Lévinas como

para Habermas, um ponto fundamental para a constituição da subjectividade, pois vai permitir a inscrição das relações do indivíduo com o outro e dar início à alteridade, relação entre o indivíduo e o Outro (Habermas, 1979; Lévinas, 1997; Braten, 1998). A comunicação viabiliza o estabelecimento de sentimentos de reciprocidade, a criação de vínculos afectivos e a possibilidade de haver socialização entre dois estranhos (Habermas, 1979; 1990; 2004; 2010). Por isso, a comunicação é um processo dialógico e de relação intersubjectiva através do qual a compreensão mútua é o objectivo da interacção (Habermas, 1979; 1990; 2004; 2010).

Tanto na intersubjectividade como na comunicação, a linguagem assume um papel importante (Lévinas, 1993; 1997; Habermas, 1979; 1990; 2004; 2010) pois permite o entendimento de significados e possibilita ao indivíduo antecipar as reacções dos outros (Habermas, 1979; 1990; 2004; 2010). Como tal, na interacção, existe a possibilidade de compreender toda a convenção de símbolos significantes. A linguagem propicia aos indivíduos um meio de comunicação nas relações sociais, uma forma de assumirem diversos papéis sociais, a construção da intersubjectividade na comunicação. A linguagem, também, pressupõe a existência de uma competência comunicativa que está ligada à relação intersubjectiva e à integração social. Por outras palavras, a competência para a comunicação possibilita aos indivíduos fazerem parte de uma comunidade pautada por uma relação social e linguagem comum aos seus elementos. Habermas (1979; 1990; 2004; 2010) afirma que isto implica a noção do reconhecimento intersubjectivo das normas que orientam a comunicação dos indivíduos o qual é criado nos quadros de referência partilhados na comunicação entre o Eu e o Outro.

Não se pode continuar a referenciar a intersubjectividade como um modelo de comunicação (Habermas, 1979; 1990; 2004; 2010) sem mencionar as noções do Eu, do Outro, da identidade e da alteridade, pois estes são inerentes à relação intersubjectiva, tal como também surgem nas diversas investigações psicológicas sobre origem e desenvolvimento da intersubjectividade (Stern, 1998, 2000, 2007, 2010; Cortina & Liotti, 2010). A identidade, para a filosofia de Habermas (1979; 1990; 1998; 2004; 2010), é definida como um processo constante de reelaboração em permanente mutação que se constrói dialogicamente, estando dependente da socialização e formando-se na linguagem e na comunicação. Habermas (1979; 1990; 2004; 2010) defende que a noção da intersubjectividade é apreendida por diferentes perspectivas, apesar de nascer da ideia de um mundo comum aos indivíduos (Habermas, 1979; 1990; 2004), tal como foi defendida por Husserl (2011). Contudo, Habermas (1979; 1990; 2004; 2010), tal como Lévinas (1993; 1997), diverge de Husserl, ao afirmar que não existe uma única consciência e que esta não se encontra isolada mas sim em permanente troca

dialógica com os outros. Isto é, existe um Outro que não pode ser percepcionado como um objecto da experiência interna do indivíduo, mas sim um outro corpo, com diferentes formas de pensar, estar e com experiências distintas. O Outro é o Eu não sou, o que é diferente e igualmente estranho a mim. Na construção da identidade do Eu, é necessário o Outro (Habermas, 1979; 1990; 2004; 2010), isto é, é necessária uma relação dialógica.

Entre Habermas (1979; 1990; 2004; 2010) e Lévinas, existem semelhanças e divergências entre as noções de intersubjectividade, da alteridade, do papel da comunicação, da linguagem e do Outro. Sucintamente, Lévinas defende que entre o Eu e o Outro, a relação é assimétrica, pois o Outro é superior ao Eu (Lévinas, 1993; 1997), ou seja, existe uma assimetria relacional que constitui a característica principal do Eu/Outro. Lévinas (1993; 1997) também rejeita a noção de universalidade de Habermas (1979; 1990; 2004; 2010), isto é, que existe um igual a mim, que se comporta e age de igual forma. Esta ideia é reducionista pois reduz o Outro ao Mesmo e gera injustiças. Para Lévinas (1993), o Outro é superior a mim e diz-me respeito antes de poder estabelecer uma relação de igualdade com ele. Se eu reduzir o Outro à igualdade, estou a negar a alteridade e a identidade do Outro. A ideia que o Outro é superior e que a relação que crio com o Outro é de ordem vertical vai contra a ideia de base de Husserl (2001) sobre alteridade que afirmava que, na formação desta premissa, é necessário haver o outro, um outro corpo, outra consciência. Para além disso, é necessário o estabelecimento de uma empatia entre o ego e o Outro, pois a empatia irá possibilitar a percepção e a descoberta do outro. Husserl, afirma que o ego tem que colocar-se no lugar do Outro, colocar-se na pele do Outro, de forma a este tornar-se transparente e acessível. Isto é, uma relação simétrica e horizontal (Habermas, 1979; 1990; 2004; 2010).

Como as ideias de Lévinas são pertinentes para o nosso estudo (noção de intersubjectividade, de alteridade e de existência do Eu/Outro), antes de apresentarmos como o constructo de intersubjectividade surge na psicologia (isto é, como salta da filosofia para a psicologia), vamos debruçar-nos sobre alguns conceitos fulcrais deste filósofo (1993; 1997), nomeadamente sobre as questões de alteridade, dialéctica e gesto (ou rosto). De uma forma resumida, a alteridade revela-se como um dos momentos da propriedade da identidade e que é absorvida "no e pelo todo". Esta está inerente ao outro ser, que é exterior ao indivíduo, ao Eu. A dialéctica é definida como a alteridade que não é absorvida na totalidade, que é irredutível a toda a identidade e que consiste no exterior a toda a interioridade e identidade, caracterizando a relação ética do ser humano. Antes de surgir o fenómeno, ideia defendida por Heidegger (Brito, 2006) como anterioridade (tudo o que está antes do fenómeno), existe o rosto ou o face-a-face que é o destinatário do meu gesto e da minha expressão na totalidade do ser

expresso (Lévinas, 1993; 1997). O rosto surge ao indivíduo livre da cultura, desnudado, despido de toda a forma e de todo o ornamento cultural. O rosto do outro permite ao ser a noção de infinito do Eu, a verdadeira noção de infinito (Lévinas, 1993), pois o rosto possibilita uma abertura ao horizonte, para o desconhecido. Ou seja, quando o Outro aparece ao Eu, este último desconhece o que o Outro traz. E, para compreendê-lo, é necessário ao Eu estar receptivo e aberto à experiência do Outro. Por isso, Lévinas defende peremptoriamente que o Outro não é igual a mim, mas sim algo que está superior e no qual eu sou responsável máximo pelo seu bem-estar, dando assim origem a que exista uma relação assimétrica, pautada pela ausência da reciprocidade (Lévinas, 1993; 1997). Na perspectiva de Lévinas, é esta diferenciação radical do Eu/Outro que faz surgir a intersubjectividade (Serra, 2006).

Numa perspectiva mais recente sobre a intersubjectividade e sobre a percepção desta pelos indivíduos, Morganti, Carassa e Riva (2008) referem que se podem encontrar três dimensões base interligadas na intersubjectividade: imitação, espelhamento e promulgação. As relações entre estas três dimensões são alvo de estudos na cognição social (a relação entre imitação e promulgação), nas neurociências (a relação entre promulgação e espelhamento) e nas ciências cognitivas (a relação entre espelhamento e imitação). Isto criou corpos teóricos comuns que são as teorias intersubjectivas.

Neste vasto campo teórico, surge a ideia que na intersubjectividade, para a cognição social e para as ciências sociais, existe uma partilha de estados e processos de consciência entre dois ou mais indivíduos, quer seja de forma implícita ou explícita e que envolvem um esforço da consciência do indivíduo (Zlatev, Brinck & Andrén, 2008). Segundo Zlatev e colegas (2008), para além da divisão tradicional, a intersubjectividade pode dividir-se em três tipos, entre eles o Perceptual ou atenção conjunta.

O primeiro tipo (Intersubjectividade Perceptual – IP) refere-se ao processo de atenção que envolve dois ou mais indivíduos, especialmente a sua atenção focada em determinado objecto externo e que pode ocorrer ao longo de dois episódios importantes (assimétricos e simétricos). Este tipo de intersubjectividade pode ser dividido em vários níveis, dependendo apenas do grau de complexidade da interacção entre indivíduos. Relativamente ao episódio simétrico, pode-se verificar que o alvo foi motivo de atenção por ambos os indivíduos, enquanto no assimétrico o alvo é percepcionado por apenas por um dos indivíduos e o outro apenas alinha com a percepção do primeiro.

Associado a este tipo de intersubjectividade, temos que ter em consideração o tipo de atenção: a) atenção focalizada (tipo de atenção prestada pelo emissor ao receptor, isto é, prolongamento da atenção num determinado objecto); b) viragem da atenção [consiste na

mudança do emissor em relação ao alvo que está a focar, obrigando assim a dirigir a atenção para o receptor (ou vice-versa), isto é, uma alternância ocular entre objecto e emissor; c) obtenção da atenção (consiste no tipo de comportamento do remetente dirigida ao receptor, de forma a obter a atenção do receptor e a direccionar a atenção deste para o objecto) e d) atenção contactada (tipo de contacto, e.g. contacto visual, para obter a atenção do receptor para determinado objecto).

Nesta base, podem, então, definir-se vários comportamentos mais complexos. Em primeiro lugar, o comportamento referencial, isto é, o comportamento do emissor enquanto a atenção está focalizada no alvo (um outro objecto), fazendo com que o receptor mude a sua atenção em direcção a esse alvo. O comportamento referencial, pode ser de diversos tipos: a) comunicativo, quando é realizado em relação ao estado de atenção do receptor, com o objectivo de afectar seu comportamento; b) não-comunicativo, realizado a fim de manipular um objecto, alcançar determinada localização, apontar, etc., sem o objectivo de afectar o comportamento do receptor.

Não se pode esquecer que, na perspectiva do receptor, os comportamentos não-comunicativos podem ser comunicativos, mesmo quando não existe intencionalidade do emissor. Nos níveis elevados de intersubjectividade, a comunicação intencional tem um papel importante, pois não pode ser reduzida aos comportamentos de observação, devido à sua componente de comportamento manifesto.

No que concerne à comunicação não-verbal intencional, podem-se verificar duas características importantes: 1) o apontar (no qual a extensão da mão, da cabeça ou de outra parte do corpo é dirigida a um alvo de forma a obter atenção do outros e 2) o agarrar (em que o braço é estendido e as mãos têm como objectivo agarrar o outro ou o objecto). Zlatev e colegas (2008) distinguem três níveis de IP:

a) Nível sincrónico, que consiste na sincronização das acções dos indivíduos com as do outro, tanto no tempo como no espaço. Este tipo de IP não é comunicativo pois a acção não é executada com uma finalidade;
b) Ajustamento das acções, que consiste numa tentativa dos indivíduos de ajustar as acções com as dos outros, o que transmite a este nível um caracter intencional, tanto no tempo como no espaço;
c) Emparelhamento mútuo, que é um comportamento intencional das acções no espaço e no tempo, mas que é mais complexo que o ajustamento das acções pois envolve os processos de imitação, complementaridade e alternância da comunicação.

1.3. A intersubjectividade na psicologia: Trevarthen

Trevarthen (1974-2014) faz uma forte crítica à psicologia moderna e cognitivista infantil ao acusá-las de se centrarem apenas em produtos que medem a inteligência linguística e cultural. Mais, Trevarthen (idem) afirma que a psicologia moderna e cognitiva se esqueceu dos processos emocionais criativos e intencionais, baseando-se na ideia que o bebé não é uma pessoa, que não tem consciência dos outros e de si mesmo, que não possui intencionalidade nem sentimentos e que age apenas por reacção a estímulos externos. Por outras palavras, que o bebé é um robô, uma "coisa" que actua automaticamente, sem intencionalidade, agindo com os impulsos externos mínimos e que a suas actividades são impostas por Outro.

Para contrariar a psicologia moderna e as ciências cognitivas, durante quarenta anos, Trevarthen (1974-2014) tem estudado, de forma naturalista e descritiva, o desenvolvimento humano, mais especificamente o desenvolvimento da intersubjectividade e da comunicação. Trevarthen (2013) define intersubjectividade como "*capacity to detect intentions and awareness from the movements of a subject operating with the same parameters to maintain integrated regulation of animate vitality*". Ou seja, o ser humano é dotado de um aparelho mental que, a partir de movimentos/acções percepciona intenções e consciência – através de órgãos informativos e analíticos, tais como, os olhos, as mãos e a boca -, que têm como objectivo regular, de forma integrada, a vitalidade activa do indivíduo e dotá-lo de uma inteligência social e cultural – diferente da definição de inteligência cultural subscrita pelos cognitivistas (Trevarthen, 1974-2014). De acordo com Trevarthen (idem), é o bebé que lidera a dança da intersubjectividade através das suas acções (*agency*). Para além disso, é possível, através do movimento, verificar diálogos onde imperam passos rítmicos, melodias afectivas e envelopes narrativos de ciclos de energia (Trevarthen, 1974-2014; Stern, 1998, 2000; Golse & Desjardin, 2005); ferramentas necessárias para o diálogo com o Outro que o bebé procura de forma ávida.

Mesmo em recém-nascidos, é possível averiguar a existência de um organismo proprioceptivo regulamentado, isto é, percepção, sensibilidade, deslocamento, equilíbrio e distribuição da posição do corpo, coordenado de forma integrada. Aquilo que Trevarthen (ibidem) chama de subjectividade polirrítmica. Nos jogos interactivos com os outros, através desta subjectividade polirrítmica, as crianças aprendem rituais de movimento do corpo e da vontade comum com os outros, recorrendo à negociação das fronteiras da intencionalidade

compartilhada. Por isso, os rituais de um bebé (tomar banho, comer, mudar a fralda, brincar, etc.) são importantes para a sincronização rítmica dos movimentos e para a partilha emocional e comunicacional entre o bebé e o Outro.

Vitalidade activa ou dinâmica é um conceito que Trevarthen (1974-2014) vai buscar a Daniel Stern (2010, cit in Trevarthen, 2008; 2013; 2014; Trevarthen, Barr, Dunlop, Gjersoe, Marwick, Stephen, s.d.) que o define como um fenómeno subjectivo e psicológico que permite ao bebé viver a experiência uma vez que esta é direccionada para o seu funcionamento. Pode tratar-se de formas do movimento expresso que dizem respeito apenas ao "como", ao "modo", ao "estilo" e não ao "que" e "porque" (idem). Por outras palavras, a vitalidade dinâmica não é um fenómeno cognitivo, racionalizado e decomposto linguisticamente mas sim um fenómeno sentido em toda a sua experiência subjectiva. Por isso, Trevarthen (1974-2014) afirma que os psicólogos cognitivistas esqueceram ou negligenciaram a parte social do indivíduo e a sua influência no desenvolvimento cognitivo e na construção de uma identidade (idem).

Para Trevarthen (1974-2014), a intersubjectividade surge desde o nascimento do ser humano pois este possui uma mente com vontade para partilhar interesses, intenções, sentimentos sendo motivada para expressar estados mentais através do movimento o que lhe permite comunicar no ritmo do senso comum. Senso comum é definido, aqui, como um constructo constituído por afectos complexos e um senso de envolvimento moral. Para ilustrar a importância do senso comum, Trevarthen (1974-2014; Trevarthen et al., s.d.) dá como exemplo a imagem de um indivíduo reflectida num espelho em que a imagem é apenas um reflexo do indivíduo, sem liberdade e autonomia e sem partilha emocional e afectiva.

Uma criança com um desenvolvimento neuronal saudável é capaz de envolver-se em acções conjuntas, de apresentar iniciativa e de coordenação motora na interacção com os outros. A excepção são as crianças autistas e as crianças com síndroma de *Rett* (anomalia no gene MECP2 que causa desordens de ordem neurológica no género feminino), pois partilham um desenvolvimento neuronal semelhante (Trevarthen & Daniel, 2005). No caso da síndroma de Rett, aos 9 meses de idade, podem-se verificar problemas de atenção (e.g., partilhar intenções), na iniciativa e na coordenação motora, uma postura corporal debilitada e uma coordenação fraca dos movimentos límbicos. Aos 18 meses, uma criança com Rett, pode apresentar níveis de atraso no desenvolvimento, disrupção motivacional e emocional e, ainda, problemas cognitivos e linguísticos.

Por isso, Trevarthen (1974-2014) e Golse e Desjardin (2005) afirmam que o bebé não tem um papel passivo no seu desenvolvimento e interacções com os outros. Os bebés têm a

capacidade de tomar a iniciativa no seu desenvolvimento. Por outras palavras, o bebé é um ser capaz de relacionar-se com os outros através do movimento, partilhando significados. E não é, ao nascimento, um ser sem consciência, sem consciência que existe o Outro, sem motivações (idem). Os recém-nascidos têm, desde o início, uma "consciência intencional", isto é, já possuem movimentos formados e coordenados, uma consciência selectiva, uma avaliação afectiva e regulada adequadamente, com noção do tempo gerado pelo cérebro e com uma capacidade de fantasiar – que para Trevarthen (ibidem) é uma capacidade importante para o desenvolvimento linguístico e lógico. Os recém-nascidos nascem com a capacidade de procurar, de brincar e de manter a atenção e os sentimentos dos Outros sobre si, por vários meios. Mas, também nasce com intencionalidade, motivos, emoções e envolvimento na tomada de vez ("*turn-taking*") que vai permitir manter a intersubjectividade (Trevarthen, 1974-2014; Trevarthen et al., s.d.). A partir de agora, apenas vamos referir "*turn-taking*" como "tomada de vez".

Trevarthen (1974-2014) afirma que esta partilha expressiva dos estados mentais está na base da aprendizagem, educação e saúde mental, aquilo que ele define como inteligência. Mas, também, intersubjectividade em Trevarthen (idem) é um retorno a Husserl (2001) onde dois corpos subjectivos vivos partilham acções, onde impera o respeito e a atenção mútua e onde o bebé já consegue suster a atenção do Outro desde o nascimento.

O bebé procura o seu próprio espaço na comunidade do senso comum e não apenas uma vinculação segura. Antes do desenvolvimento linguístico, pode ver-se que existe um compromisso mental entre interesses, objectivos e uma avaliação emocional da concordância entre actividades dedicadas à descoberta do mundo exterior. Por outras palavras, o desenvolvimento dá-se através de actividades lúdicas e em interacção com os outros. Para além disso, o desenvolvimento e a adaptação neuro-cognitiva e neurobiológica do bebé, bem como a sua capacidade de partilhar com o Outro, é amplamente influenciada pelos estados emocionais.

Esta partilha de experiências e actividades significativas vai permitir ao ser humano crescer, aprender e criar uma vida afectiva, rica em memórias passíveis de serem partilhadas e novas formas de jogar e estar com o Outro (ibidem). Então, antes da comunicação linguística, já existe uma partilha de emoções, tais como orgulho e vergonha, através do recurso de utensílios do quotidiano, como por exemplo, brinquedos (ibidem). Mas, não se pode esquecer que a mãe não é um agente passivo no desenvolvimento social e emocional do bebé. Através dos jogos e actividades criativas, a mãe testa a criatividade do seu bebé, permitindo a este desenvolver e melhorar a sua inteligência social e cultural.

Contudo, Trevarthen (ibidem) afirma que, mesmo antes do nascimento, já existe partilha de estados mentais entre mãe e bebé. Ou seja, o embrião e o feto são sistemas dinâmicos complexos em que já existe uma partilha que surge do movimento e da ritmicidade inerente a este. Além disso, o ser humano nasce para se movimentar com os outros e não de uma forma isolada. O ser humano possui um movimento próprio, isto é, intenção em movimentar-se e sentir os objectos pelo Eu, mas também movimentar com os outros, ou seja, compartilhar o sentimento e conhecimento do movimento, mesmo antes de atribuir um significado linguístico.

Por isso, Trevarthen (1974-2014) vai buscar o constructo de Bateson (1971) sobre protoconversação. Para Bateson (1971; 1979), protoconversação é uma conversação sem palavras onde impera a comunicação não-verbal com recurso a sinestesia (produção de duas ou mais sensações sob a influência de uma só impressão), tacto ou movimento. A protoconversação, segundo Bateson (1971; 1979), Rochat, Querido e Striano (1999) e Demuth (2013) é efectuada pelo balbuciar, lalação (repetição de sons), movimentos articulados com sons e ecolália (repetição dos sons do bebé e dos outros). Segundo Trevarthen (1974-2014), durante a protoconversação, o cérebro do bebé e o cérebro do outro estão conectados. É através da protoconversação que ambos conseguem obter uma regulação dos padrões rítmicos – para Trevarthen (idem) a ritmicidade é inata -, da prosódia e, através da expressão emocional, regular a simpatia. Simpatia (Trevarthen, 1974-2014; Trevarthen et al., s.d) é um conceito importante, pois leva a criança e o outro a sentirem uma vitalidade personificada, bem como um interesse mental, intenções e emoções que são expressas na família, nas comunidades e na sociedade.

Simpatia, forma e ritmo estão ligados ao que Trevarthen (idem) chama colaboração cultural, que está associado ao desenvolvimento social de um bebé. "Forma" diz respeito à configuração de como o corpo e a mente determinam como o *self* humano se move num espaço comportamental de consciência mental. "Ritmo" pode ser traduzido como o corpo humano inquieto actua num determinado tempo de vida imaginado das suas perspectivas de movimento autocriado. "Simpatia" é uma capacidade inata de os seres humanos estarem em partilha com os outros, num determinado espaço, e tempo, numa comunidade cultural cooperativa. Por isso, a construção de um Eu/*Self* narrativo com realizações e entendimentos passados e um futuro imaginado é concretizada através da percepção que o ser humano faz das intenções, dos sentimentos das formas e dos ritmos de comportamentos gerados pelo corpo em actividades partilhadas com os outros.

Trevarthen (ibidem), também, fala da importância da musicalidade (termo criado por

Malloch, 1999) para o desenvolvimento infantil, como importante para o desenvolvimento da intersubjectividade no bebé. Segundo Trevarthen (2008), Malloch (1999) afirma que a música viabilização a comunicação porque envolve uma pulsação cerebral motivada intrinsecamente. Pode-se verificar, segundo estes autores, que a musicalidade possui três dimensões, que são pulsação, qualidade e narrativa. A pulsação consiste em sensações rítmicas veiculadas através de sílabas, frases, cadências e elementos longos. A qualidade compreende uma sensibilidade à variação temporal da intensidade, afinação e timbre das vozes e dos instrumentos que imitam a voz humana. A narrativa consiste na percepção emocional da melodia que, recorrendo à voz e à música, apoia a antecipação da repetição das harmonias, frases e formas emocionais.

A combinação do impulso e da qualidade formam narrativas emocionais que permitem às pessoas partilharem um sentimento de passagem de tempo (Malloch, 1999; Trevarthen, 1974-2014; Trevarthen et al., s.d). A musicalidade na música, que é universal, permite ao ser humano partilhar uma narrativa cantada (Trevarthen, 1975-2014). Através da narrativa cantada, da voz ou de um instrumento musical, os sentimentos de uma criança podem ser modificados. Quando o bebé está atento à música e move o corpo (mãos e pernas), então, pode-se dizer que a melodia conseguiu o seu objectivo. Com o tempo, estas melodias são assimiladas e acomodadas cognitivamente e, posteriormente vêm a fazer parte da identidade infantil (idem). Mães deprimidas ou ansiosas perdem a musicalidade, perdem a capacidade de ritmo, de "cantar" e de musicar o seu canto com comportamentos adequados, levando assim o bebé à depressão.

Outro aspecto importante para Trevarthen (idem) é a imitação que, no bebé, surge desde o nascimento (sempre como resposta à sua mãe) e que tem um papel importante na sua socialização e partilha social e cultural. Mesmo antes de falar, a criança imita - os bebés já conseguem imitar com apenas horas de vida - com intencionalidade de partilhar as suas motivações. Para além disso, a imitação possui um papel importante na formação da consciência de si próprio e do Outro. Trevarthen (ibidem) afirma que a imitação é um processo intencional primário nas relações mentais recíprocas. É importante para a acumulação do conhecimento cultural, isto é, para o senso comum de significados partilhados que surgem antes da comunicação. O bebé consegue imitar expressões faciais, gestos da mão, mexer a cabeça, fechar os olhos e olhar para o lado, imitar sons, vocalizações, protrusão da língua, abrir a boca, movimentar as sobrancelhas e sorrir. Por outras palavras, segundo Trevarthen (2002), na observação naturalista das interacções dos bebés, as respostas dos bebés exibem alguns aspectos críticos do comportamento intencional consciente: "a equivalência sensorial intermodal" e "a equivalência motora" que permitem criar uma correspondência

entre certos gestos e determinadas partes do corpo. Associados à imitação, existem mecanismos importantes para o desenvolvimento de uma comunicação partilhada e co-construção do significado, tais como, apreensão de formas idênticas de movimento, intenções intrínsecas e validação perceptual dos outros.

Trevarthen, (1974-2014), Cortina e Liotti (2010), Fogel, Koeyer, Bellagamba e Bell (2002), Forrester (2001), Braten (1998) e Montagner (1993) dividem intersubjectividade em primária e secundária. Fogel e colegas (2002) asseguram que a precocidade da experimentação de uma intersubjectividade primária, nos primeiros seis meses, fará com que o *self* apareça. Trevarthen (1974-2014) afirma que a comunicação na díade bebé-mãe, que se dá por meios de vocalização (como por exemplo "*Nhaaa*!" do bebé e "Sim meu amor, o que foi?" da mãe), por movimentos corporais (tais como um balançar síncrono dos corpos da díade, ou movimento das mãos) e outras manifestações diferentes (tais como o sorriso), pode ser encontrada desde o momento do nascimento. Assim, a criança, ao nascer apresenta, nas suas estruturas neuro-cognitivas, meios para comunicar com a mãe, comunicação essa que pode ser efectuada por apresentação de estados emocionais e por uma linguagem não-verbal (idem).

A intersubjectividade torna-se secundária, entre os seis e os doze meses (ibidem), mais provavelmente aos nove meses de idade onde se pode verificar uma relação triádica (Trevarthen, 1974-2014) mãe-bebé-objecto (Braten, 1998; Stern, 1998; Trevarthen & Aitken, 2001; Trevarthen, 2003; Cortina & Liotti, 2010).

A intersubjectividade secundária (Trevarthen, 1974-2014), conseguida a partir da partilha de tarefas linguísticas na díade primária, deixa de ser a dois (mãe-bebé) e de tarefas partilhadas, para começar a integrar objectos; por outras palavras, começa a existir uma relação triádica (Braten, 1998; Stern, 1998; Trevarthen & Aitken, 2001; Cortina & Liotti, 2010). Isto acontece devido ao súbito interesse do bebé pela manipulação e visualização de objectos. A mãe, então, através da observação de que o seu filho está apto a cooperar em tarefas conjuntas, promove a jornada à descoberta do mundo que os rodeia e que estimula ambos (Montagner, 1993). É este nível de comunicação/intersubjectividade que acontece aos seis meses de idade que é definida como intersubjectividade secundária (Trevarthen, 1974-2014).

1.4. A intersubjectividade para além de Trevarthen

1.4.1. Sintonização afectiva e vitalidade dinâmica

Daniel Stern, em 1985, no seu livro "*The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Development Psychology"* (1998) apresenta pela primeira vez a ideia de sintonização afectiva e vitalidade dinâmica. Recorrendo a uma análise de 400 referências de investigação sobre o desenvolvimento sócio-emocional infantil, expõe uma nova visão do bebé através da observação naturalista e prospectiva dos fenómenos psicológicos ultrapassando as limitações teóricas clássicas.

Stern (1998) defende que a intersubjectividade surge através das semelhanças comportamentais entre mãe e bebé, no tempo, na forma e na intensidade. Para Stern (1998), estas semelhanças comportamentais são processamentos amodais que permitem ao bebé inferir sobre os seus estados mentais e do Outro. Refere que existe uma evolução da intersubjectividade a que chamou sintonização afectiva a qual é um passo mais complexo no desenvolvimento da intersubjectividade (Stern, 1998), surgindo entre os seis e os nove meses de idade do bebé (Stern, 1998; Greenwald & Rollins, 2008; Legerstee, Markova, & Fisher, 2007). Contudo, só entre os nove e os doze meses de idade é que existe um consolidar da intersubjectividade, com o surgimento da atenção conjunta e coordenada" com os outros (Stern, 1998; Greenwald & Rollins, 2008). Nesta fase, passa a existir uma partilha de estados afectivos interiores entre os parceiros da díade, onde se pode encontrar a partilha qualitativa de uma experiência (Fivaz-Depeursinge, Bürgin, Carboz-Warnery, Lebovici, Stern, Byng-Hall, & Lamour, 1994; Stern, 1998; Greenwald & Rollins, 2008).

Stern (1998) afirma que a sintonização afectiva já não se trata simplesmente de uma imitação vulgar mas sim de uma repartição de experiências subjectivas entre dois seres distintos (isto é, interacções mãe-bebé), que levará o bebé à descoberta do Outro, como um ser com actos próprios, intenções, sentimentos e emoções, etc. (Stern, 1998). Esta experiência, também, permite à criança construir um "sentido de si" com experiências interiores, ou seja, desejos, sensações, intenções, impressões íntimas e fantasias, entre outros elementos (Stern, 1998; Hermans et al., 1992; Hermans & Kempen, 1993; Trevarthen & Aitken, 2001; Fonagy et al., 2004).

Greenwald e Rollins (2008) afirmam que a atenção conjunta coordenada é a infra-estrutura de base para o desenvolvimento da linguagem. De forma a estudar a relação entre sintonização afectiva e atenção conjunta coordenada, realizaram uma investigação com 15 díades mãe-bebé, aos 6, 9 e 12 meses de idade do bebé. Verificaram que existe uma relação entre sintonização afectiva e intersubjectividade, pois a atenção conjunta desenvolveu-se com base na partilha de estados e de emoções de baixa intensidade (sintonização afectiva), entre os

6 e 9 meses de idade, antes e durante a emergência da atenção conjunta coordenada (entre os 9 e 12 meses de idade). Enquanto os estados emocionais partilhados de média intensidade surgiram de um possível factor impeditivo da atenção conjunta coordenada. Esta investigação (Greenwald & Rollins, 2008) vem confirmar as investigações de Daniel Stern (1998).

A sintonização afectiva materna possui, também, um papel na competência do bebé para interagir em relações triádicas, aos nove meses, isto é, relações em que o bebé já partilha experiências, eventos e interesses com os adultos. No estudo de Legerstee e colegas (2007), quanto mais elevada a qualidade da sintonização afectiva da mãe com o seu bebé (capacidade materna de perceber a experiência subjectiva do bebé) maior era a capacidade de o bebé evoluir de relações diádicas para relações triádicas. Este estudo de Legerstee e colegas (2007) veio confirmar a investigação de Markova e Legerstee (2006) onde se verificou que às 5 e às 13 semanas de vida do bebé, as mães que apresentavam melhor sintonização afectiva tinham bebés que olhavam, sorriam e vocalizavam mais positivamente durante as interacções naturais do que em situação de imitação ou na situação estranha. Para além disso, não houve diferenças entre a situação natural, de imitação e estranha, quando os bebés experimentavam uma sintonização afectiva mais negativa com as suas mães. Por isso, Markova e Legerstee (2006) afirmam que, na relação mãe-bebé, o mais importante é a presença de uma comunicação afectiva em que o bebé reconhece o outro como "estando comigo" em vez de "igual a mim", como defende Meltzoff e a sua equipa (Meltzoff & Moore, 1995; Meltzoff & Moore, 1997).

Fogel e colegas (2002) apresentam uma outra abordagem que deve ser apresentada de uma forma sintética. Primeiro, estes autores afirmam que, entre os zero e os seis meses de idade, o Eu é manifestado por sensações corporais que, para alguns investigadores (Machado & Winograd, 2007; Carrulo, 2005), confirmam a ideia de Anzieu de que tanto as sensações corporais, como o tacto e o contacto como a pele são importantes para a organização psíquica e o desenvolvimento do *self*. Segundo, entre os seis e os doze meses, o Eu é incorporado mas também partilhado com o Outro, dando assim origem à intersubjectividade secundária (Fogel et al., 2002) que, segundo Lyra (2005; 2007), Fogel e colaboradores (2002), Trevarthen (2003), Stern (1998) e Montagner (1993) se manifesta pela existência, nas tarefas conjuntas ("*joint ventures"),* de objectos e outras pessoas, ou seja, estas já são incorporadas na relação intersubjectiva. Pode-se afirmar que o Outro se torna um pólo dinamizador e de atracção que irá permitir à criança alcançar novas experiências (Montagner, 1993; Gonçalves, 2004). Estes movimentos para o Outro e de reciprocidade podem ser verificados nas molduras rígidas, onde existe uma manutenção da rotina (i.e., um anular da diversidade) e das regras sociais,

mas também nas molduras criativas em que existe uma expansão da rotina, dando origem a um acumular de diferentes experiências (Montagner, 1993).

Ao longo do desenvolvimento das capacidades relacionais, diferentes formas do Eu vão surgindo. Fogel e os seus colaboradores (2002) salientam que, nos primeiros seis meses, se podem detectar várias formas do *self* a partir das diferentes modalidades sensoriais da criança. Por outras palavras, cada órgão permite sensações diferentes mas também localizações diversas do espaço, tanto físico como psicológico. Através de um estudo de caso (ibidem) de uma bebé, Susan, entre o primeiro mês e o vigésimo quarto mês de vida, e tomando como exemplo a propriocepção de Susan que advém de tocar em si, nos Outros (neste caso a mãe) e em objectos, Fogel e colegas (2002) mostram que o apoio interactivo e emocional da mãe é importante e fundamental pois permite ao bebé experimentar novas formas de se relacionar. Neste terceiro patamar, surge a representação de uma personagem particular de uma forma progressiva.

> A " Susan" e a mãe estão sentadas no soalho. A mãe esconde o leão e Susan segue o leão, procurando-o. De repente, o leão sai do seu lugar escondido e "Ruhh!". Susan grita e recua. Olha fixamente para o leão por alguns segundos. Então agarra abruptamente o fantoche da mão da mãe e tenta retirá-lo. A mãe resiste e faz com que o leão se mova e grita, "Não! Não!". Depois de uma luta curta e prazerosa, Susan consegue retirar suavemente o fantoche da mão da mãe. Sorri e explora o fantoche. Gira-o e tenta procurar uma abertura para pôr dentro a sua mão. A mãe comenta: "Oh, tu vais conseguir". A mãe ajuda a pôr o leão sobre a sua mão. Susan sorri e diz, "Ruurrr!" A mãe ri e comenta, "a mamã está com medo!". Susan então observa com cuidado o leão. Gira o leão para a sua própria cara e abre a sua boca. Primeiro sorri e presta atenção ao leão, admirada. Olha surpreendida e um pouco confusa. A mãe intervém: "Ahh! Tu assustaste-me!" A Susan então move o leão para a mãe e fá-lo rugir, enquanto sorri. A mãe aparenta estar assustada, aos gritos, e então comenta, "A mamã está com medo!"
>
> (Traduzido de Fogel e colegas, 2002, pág. 198)

O exemplo de Susan, apresentado por Fogel e colegas (2002), é uma moldura criativa e, também, um esboço excelente de uma sintonização afectiva em que a criança e a mãe atingiram um novo patamar de parceria. Esta última muda o seu comportamento de imitação, para que haja uma interiorização de sentimentos e estados interiores na criança. Como tal, existe uma partilha de estados afectivos interiores entre os parceiros da díade. Nota-se, nesta brincadeira, um balancear síncrono dos corpos que acompanha a partilha de afectos. Mais

tarde, quando Susan tira o leão à mãe e o explora, é patente uma troca intersubjectiva ao girar o fantoche e ao encontrar o local de entrada para a sua mão. Com a ajuda da mãe e através da sintonização afectiva que esta mantém com a sua filha, percebe-se que Susan está preparada para iniciar trocas intersubjectivas através da sua capacidade de representação e do uso da mesma.

Então, pode-se concluir que o desenvolvimento da intersubjectividade e da relação vai dando origem a novas formas do sentido de si (Carrulo, 2005). De acordo com Stern (1998; 2000), ao longo da primeira infância, existem as seguintes emergências do *self*. Em primeiro lugar, um sentido de si emergente, onde existe uma percepção amodal (capacidade geral inata dos bebés de tratar informações recebidas numa modalidade sensorial e de as traduzir numa outra modalidade sensorial) do relacionamento com um Outro completo, que é uma aquisição invariante. Este sentido emergente está presente desde o nascimento até aos dois meses de idade e caracteriza-se, também, por não haver confusão na distinção entre o Eu e o Outro ou indiferenciação. As experiências são sentidas como separadas, não relacionadas, existindo a necessidade de uma integração (Stern, 1998, 2000; Ammaniti & Ferrari, 2013). Em segundo lugar, um sentido nuclear de si (aos dois meses) o qual permite à criança atingir um estado de autocoesão onde se pode encontrar coerência do sentido de si. Este sentido nuclear é, ainda, caracterizado pela experiência do bebé quando sente que é uma entidade física, separada, intencional, com uma narrativa própria e vida afectiva. Além disso, quando percebe a sua envolvência activa na criação de um mundo interpessoal, isso pressupõe o seu interesse no envolvimento em interacções sociais (Stern, 1998; 2000; 2001). Em terceiro lugar, um sentido de ser agente (*self-agency*), aos nove meses (este sentido de ser agente implica que é capaz de se sentir como um agente definido numa relação com o Outro e de reconhecer, controlar as suas próprias acções, além de conseguir lidar com as expectativas acerca das consequências das suas acções. A criança atinge um novo patamar do desenvolvimento do *self*, alcançando um sentido intersubjectivo de si enquanto ser capaz de partilhar e intercoordenar afectos com os Outros. Os bebés descobrem que as experiências subjectivas podem ser compartilhadas com os outros, apesar de não haver envolvimento da consciência (Stern, 1998; 2000). Em quarto lugar, entre os vinte meses e os três anos, o *self* verbal e o *self* narrativo emergem devido às novas aquisições linguísticas da criança, traduzindo-se na distinção pessoal do mundo do *self* e do Outro, como entidades idiossincráticas e distintas. Este nível de desenvolvimento permite à criança aceder ao *self* narrativo (Stern, 1998, 2000). Umas das características mais importantes do *self* narrativo é a capacidade da representação dos símbolos e significados do Eu tornar-se um objecto de reflexão. Além disso, a realização de

narrativas pessoais implica uma nova forma de relação com o outro (Stern, 1998, 2000).

Em 2003, Favez, De Roten, Stern e Bonvin investigaram a relação entre narrativas autobiográficas e emoções em crianças pré-escolares, de forma a poderem comparar experiências sentidas e eventos narrados. Verificaram que não existe nos eventos narrados uma reflexão dos diferentes comportamentos emocionais. Isto é, averiguaram que as crianças pré-escolares experienciaram emoções negativas que eram narradas com maior frequência mais tarde do que as experiências emocionalmente positivas. Contudo, as diferentes experiências emocionais (positivas ou negativas) de um determinado momento não influenciavam os eventos posteriores e a narração destes, excepto no caso da separação numa relação interpessoal. Estes resultados foram verificados novamente por De Roten, Favez, Drapeau e Stern (2003) em duas amostras de crianças pré-escolares. Mas, também, verificaram que se a entrevista for efectuada pela mãe da criança, as narrativas autobiográficas das crianças tendem a ser mais longas e emocionalmente mais elaboradas.

Para Stern (2000), a sintonização afectiva, isto é a capacidade de a criança partilhar estados emocionais e inferir sobre o estado mental dos outros, está ligada a dois aspectos importantes; tempo e forma temporal. As crianças já conseguem identificar e discriminar durações ou intervalos de tempo e ritmos diferenciados no seu ambiente social e emocional, desde as primeiras semanas de vida. Conseguem ter esta capacidade porque o cérebro humano consegue processar muitas sensações ao mesmo tempo, de forma separada e independente. Por exemplo, sensações físicas e sensações sociais e emocionais são processadas separadamente e por diferentes partes do córtex cerebral. Esta capacidade dos bebés acontece porque estes possuem um mecanismo idêntico ao dos adultos que é conhecido por mecanismo de iniciação (*binding*) que permite ao cérebro efectuar este tipo de trabalho que, sendo sincronizado e ocorrendo em curtos períodos de tempo, possibilita a experiência de coerência.

Por isso, Stern (2000) afirma que os bebés conseguem ter uma representação mental das formas temporais pois reconhecem os sinais perceptivos (e.g. sons) de padrões temporais sem o benefício de experiências aprendidas. Por outras palavras, o bebé não necessita de ter experiências anteriores para perceber que as experiências possuem uma forma temporal e consegue transferir formas temporais do modo visual para o modo auditivo. É o que Stern (1998) chamou de percepção amodal. Para além de um percepcionamento amodal de formas temporais, os bebés também conseguem processar a intensidade da experiência da mesma forma.

Vitalidade dinâmica e afectos de vitalidade (Stern, 1998; 2000), que Stern (2010) refere como formas de vitalidade, são experiências subjectivas que não são apenas objectos,

tais como os contornos temporais de estimulações, mas sim formas temporais de sentimentos, formas de, sentimentos, formas temporais e movimentos dinâmicos (Stern, 2010; Ammaniti & Ferrari, 2013). São diferentes de "afectos abstractos"/categoriais tradicionais, como por exemplo, raiva, alegria, tristeza, porque podem ocorrer na ausência dos "afectos abstractos" (Ammaniti & Ferrari, 2013). Por outras palavras, formas de vitalidade podem surgir em qualquer actividade mental (Køppe, Harder, & Væver, 2008).

Para Stern (2010), as formas de vitalidade surgem do movimento, tais como do movimento mental e da acção física. Stern (2010) afirma que movimentos mentais são sentimentos, pensamentos mentais das experiências que surgem na mente humana de forma dinâmica e não estática. Isto é, têm um princípio, meio e fim. E, tal como os movimentos físicos, os movimentos mentais, durante a sua acção, possuem um carácter temporal, desde o seu surgimento até ao fim (Stern, 2010).

Formas de vitalidade estão ligadas aos processos vitais do corpo (e.g. sono e respiração), ao surgimento e desaparecimento das emoções e têm um impacto real nas experiências pessoais (Køppe et al., 2008; Ammaniti & Ferrari, 2013), sendo aspectos pré-verbais e não-conscientes que surgem no primeiro ano de vida do bebé (Ramberg, 2006; Ammaniti & Ferrari, 2013). Algumas das fontes das formas de vitalidade têm origem nos sentimentos que surgem na relação do bebé com os outros, especialmente com a mãe, mas também nas experiências psicobiológicas rítmicas do corpo, e.g. pressão arterial, batimento cardíaco, respiração (Ramberg, 2006; Ammaniti & Ferrari, 2013; Fuchs & Koch, 2014). Por isso, Ammaniti e Ferrari (2013) alegam que as formas de vitalidade estão ligadas às experiências de regulação entre o bebé e a mãe.

1.4.2. Imitação

A formação da intersubjectividade requer vários pilares, e.g., a sintonização afectiva (Stern, 1998, 2000, 2007, 2010). Mas, para Meltzoff e Brooks (2007), existem três que se destacam dos outros, que são a intersubjectividade pré-verbal defendida e estudada por Trevarthen, a imitação neonatal estudada por Meltzoff e a sua equipa (Meltzoff & Moore, 1977; Meltzoff & Moore, 1989; Meltzoff & Moore, 1995; Meltzoff & Moore, 1997; Meltzoff & Brooks, 2007; Meltzoff & Decety, 2003; Marshall, Saby, & Meltzoff, 2013; Loucks & Meltzoff, 2013) e, por último, a contribuição neurológica devida à descoberta do sistema de neurónios espelho.

No que respeita à imitação neonatal (ou partilha de acções com outros), é preciso que

o bebé tenha em atenção os actos dos outros e que consiga usá-los como base para acções planeadas com o próprio corpo (Meltzoff & Moore, 1995; Meltzoff & Moore, 1997), o que requer cuidado visual partilhado e intencionalidade direccionada (Meltzoff & Brooks, 2007).

Em 1977, Meltzoff e Moore mostraram que bebés com idades inferiores a 72 horas conseguiam imitar as expressões faciais dos adultos, a protrusão da língua e o abrir e o fechar a boca aos 12 e aos 21 dias de idade.

Field, Woodson, Greenberg, e Cohen (1982), estudaram também a imitação das expressões faciais. Através do seu estudo, estes autores chegaram às seguintes conclusões: 1) a imitação de três expressões faciais básicas é aparentemente universal a todas as culturas e pode ser um reflexo de um conjunto de processos inatos (estas três expressões são: tristeza, alegria e surpresa); 2) os bebés conseguem reproduzir as expressões faciais, especialmente a imitação de movimentos que envolvam protrusão labial, ampliação bocal e intercalação lingual (isto sugere a discriminação e imitação das expressões faciais logo após o nascimento) e 3) a fixação visual, pelo bebé, do modelo que serve como estímulo vestibular e auditivo, nos casos em que o emissor apresenta uma expressão de tristeza, alegria e surpresa (para a fixação visual, cada vez que o bebé afasta o contacto visual do modelo, é-lhe solicitado que se re-envolva novamente através da estimulação vestibular e auditiva).

Ainda neste estudo, Field e colegas (1982) verificaram que a fixação visual diminui entre o ensaio intermédio e o último. A fixação visual aumentou no terceiro ensaio da expressão facial o que pode ser explicado como consequência dos ensaios anteriores. Ambos os pontos anteriores mostram que os bebés conseguiam discriminar visualmente as três expressões faciais de base e, posteriormente, conseguiam desabituar-se. Bem como, durante a modelação da expressão emocional de surpresa, as crianças apresentaram uma maior fixação visual da região da boca e alternadamente boca e olhos durante os ensaios da expressão surpresa. Contudo, foi durante os ensaios de alegria e tristeza que as crianças fixaram a sua atenção visual mais vezes na região da boca, quando comparativamente aos ensaios da expressão de surpresa. Field e colegas (idem) salientam ainda que o modelo utilizava mais a região da boca para exprimir tristeza e alegria, enquanto na expressão de surpresa os olhos eram salientados bem como a modelação da boca. Isto poderá dizer que os bebés conseguem perceber a distinção entre as várias expressões faciais, recorrendo, para isso, a determinadas regiões anatómicas. Este estudo demonstrou, também, que as expressões de surpresa eram mais facilmente antecipadas com precisão do que as outras expressões faciais (ibidem).

Como conclusão, Field e colegas (1982) afirmam que as três expressões primárias são capazes de serem descriminadas pelos neonatos, isto é, que existe corroboração da hipótese de

Meltzoff e da sua equipa (Meltzoff & Moore, 1977; Meltzoff & Moore, 1989; Meltzoff & Moore, 1995; Meltzoff & Moore, 1997; Meltzoff & Brooks, 2007; Meltzoff & Decety, 2003; Marshall et al., 2013; Louks & Meltzoff, 2013), ou seja, os neonatos apresentam mecanismos capazes de efectuar uma integração visual da informação.

A imitação é um aspecto importante na intersubjectividade humana pois antecede a comunicação linguística explícita (Meltzoff & Moore, 1997; Meltzoff & Brooks, 2007; Meltzoff & Decety, 2003). A imitação com intuito de partilha de uma comunicação intencional é difícil de encontrar em outros primatas e animais, como também em crianças com autismo. A imitação é importante para a criação de uma conexão na comunicação social e para a sua manutenção. Por exemplo, no contexto psicoterapêutico, a imitação dos comportamentos e dos maneirismos entre terapeuta e utente está relacionada com o sucesso da psicoterapia (idem).

Meltzoff e Moore (1995) afirmam que se podem verificar vários tipos de imitação diferentes uns dos outros: imitação manual, vocal e facial. Nos dois primeiros tipos de imitação, existe uma correspondência entre, por um lado, o movimento e o som imitados pela criança e, por outro lado, o movimento e o som do adulto. Já no que respeita à imitação facial, na qual existe o mesmo processo da imitação manual, as crianças conseguem visualizar o seu próprio movimento (e.g., movimento da mão) e ouvir a sua própria voz, porém não conseguem visualizar a sua imitação da expressão facial do adulto (Meltzoff & Moore, 1995; Meltzoff &
Moore, 1997).

Segundo Meltzoff e Decety (2003), a imitação e os mecanismos neurocognitivos que requer estão na base da construção de uma criação do "si próprio" (aquilo que é definido como função reflexiva, mentalização) ou teoria da mente do outro e da empatia com os outros. A nível neuro-desenvolvimental, as áreas implicadas na imitação são as mesmas que estão envolvidas na função reflexiva e na empatia, isto é, o córtex parietal.

Meltzoff e Moore (1995) apresentam três processos para defender a ideia de que, na imitação, existe uma "natureza interpretativa da imitação". Em primeiro lugar, a selectividade que consiste no facto de os diferentes aspectos do estímulo apresentado serem seleccionados pela criança, de forma a poder iniciar uma correspondência mais exacta do estímulo a ser imitado. Por exemplo, um bebé observa um adulto a fazer protrusão da língua com a boca bastante aberta e durante algum tempo. Há crianças que apenas imitam a protrusão da língua com a boca completamente aberta e outras apenas com protrusão prolongada. Em segundo lugar, a criatividade, em que a criança efectua a imitação por tentativa e erro. E, em terceiro

lugar, a volição, em que a imitação não é obrigatória, mas sim um acto voluntário. Por exemplo, a criança pode não imitar no momento imediato, mas pode adiar e responder ao adulto passado horas ou dias (Meltzoff & Moore, 1994; Meltzoff & Moore, 1995; Meltzoff & Moore, 1997).

Esta volição/vontade, também, a capacidade de adiar a sua resposta a outra pessoa, foi observada por Meltzoff e Moore (1994; 1997) com crianças de seis semanas de vida. Estas crianças foram capazes de reter a sua resposta de imitação à expressão facial do adulto, isto é, as crianças são capazes de armazenar a representação facial e modificar o seu comportamento para corresponder ao estímulo facial, isto é, a criança já consegue representar mentalmente os actos dos outros (Meltzoff & Moore, 1997). Por isso, Meltzoff e Moore (1994) afirmam que a imitação precoce possui uma função de identidade social. Por outras palavras, a imitação é utilizada pelas crianças para identificar e comunicar com o outro.

A volição, isto é, uma resposta voluntária que existe na imitação neonatal (Meltzoff & Moore, 1994; Meltzoff & Moore, 1995; Meltzoff & Moore, 1997) foi, também, observada no estudo de Nagy, Compagne, Orvos, Pal, Molnar, Janszky e colegas (2005), com bebés entre as 3 e as 96 horas de vida. O mesmo se confirmou no estudo de Nagy, Pilling e Orvos (2013), em bebés com apenas cinco dias de vida em três posições diferentes: sentadas, deitadas de lado e sentadas na cama. Neste estudo, é interessante notar que os bebés preferem imitar movimentos da mão esquerda. Esta preferência pode ser explicada pelo facto de o hemisfério direito do córtex cerebral ser o hemisfério dominante nas emoções e nas expressões faciais nos primatas em geral (Nagy et al., 2005; Sackeim, Gur, & Saucy, 1978; Fernández-Carriba, Loeches, Morcillo, & Hopkins, 2002).

Meltzoff e Moore (1989; 1995) propuseram, inicialmente, que a imitação das faces é conseguida através de um "mapeamento intermodal activo" (MIA). O MIA não é um processo complexo, mas apenas um processo de emparelhamento da expressão facial do bebé com o outro, permitindo que haja uma retroalimentação e um ajuste da imitação da expressão facial do outro pelo bebé. Mais tarde, o bebé desenvolve um processo supermodal da imitação, em que o bebé percepciona os outros e a si mesmo (ver Figura 3). A imitação, neste caso, já não é imitação *tout court*, mas sim imitação com intencionalidade. Por exemplo, a imitação facial pode ser reproduzida pelos bebés quando um estímulo deixa de surgir, pois as crianças conseguem imitar quando o estímulo é apresentado (e.g. expressão facial) e reproduzir novamente na ausência deste (Meltzoff & Moore, 1989; 1995). Isto foi presenciado em bebés com apenas 72 horas de vida, no estudo de Meltzoff e Moore (1977, 1989, 1995).

Para além disso, Meltzoff e Moore (1997) verificaram que os bebés conseguem

reconhecer e usar equivalentes aos movimentos corporais que observam e, a partir daí, conseguem agir por si próprios. Segundo este modelo (MIA), o bebé possui um órgão identificador o qual permite à criança isolar determinada parte do corpo que vai ser utilizada na imitação. Ao nascimento, este órgão identificador encontra-se delimitado a um determinado conjunto de órgãos devido à sua forma (e.g. órgão facial), inicialmente através de um balbuciar dos movimentos (tal como no balbuciar vocal, a criança repete os mesmos movimentos corporais). Mais tarde, dá-se uma diferenciação dos órgãos em que o bebé já consegue estabelecer um padrão espácio-temporal do movimento de cada órgão (e.g. a língua só sai e entra, não há maior flexibilidade).

Através deste modelo e de investigações efectuadas com crianças com menos de dois meses de vida realizadas por Meltzoff e a sua equipa ao longo de 20 anos (Meltzoff & Moore, 1977; Meltzoff & Moore, 1989; Meltzoff & Moore, 1995; Meltzoff & Moore, 1997; Meltzoff & Brooks, 2007; Meltzoff & Decety, 2003; Marshall et al., 2013; Louks & Meltzoff, 2013) e também por outros investigadores revistos por Meltzoff e Moore (1997), podem encontrar-se 10 características principais na imitação neonatal que apoiam a hipótese MIA, tal como se pode verificar de acordo com a seguinte lista (cit in Meltzoff & Moore, 1997, pág. 181): 1) os bebés conseguem imitar uma grande variabilidade de comportamentos; 2) a imitação nos bebés é específica (protrusão apenas da língua); 3) os bebés, desde uma idade precoce, conseguem imitar; 4) os bebés conseguem activar, rapidamente, a zona do corpo apropriada para a imitação; 5) os bebés conseguem corrigir os seus esforços de imitação; 6) novos comportamentos podem ser imitados; 7) mesmo na ausência dos comportamentos alvo, estes conseguem ser imitados; 8) movimentos estáticos conseguem ser imitados; 9) os bebés conseguem identificar que estão a ser imitados e 10) existe uma mudança desenvolvimental na imitação.

Por isso, Meltzoff e Moore (1989; 1995; 1997) defendem que a imitação é mediada representacionalmente e dirigida a objectivos, é generativa e é específica. Crianças às seis semanas de idade conseguem gradualmente corrigir a sua resposta de imitação aos comportamentos do adulto. Esta correcção não é involuntária mas, sim, voluntária e gerada a partir de novos comportamentos, de forma a atingir determinados objectivos, isto é, a corresponder ao comportamento do adulto (Meltzoff & Moore, 1997). Os objectivos organizados fornecem, assim, um critério de sucesso da sequência de tentativas onde a criança pode recorrer a múltiplos comportamentos para atingir esses mesmos objectivos. Por exemplo, a criança pode mexer a cabeça para o lado para demonstrar protrusão diagonal da língua.

Meltzoff e Moore (1997) afirmam, ainda, que a imitação é um processo generativo, que não consiste apenas em meia dúzia de comportamentos mas sim num leque diversificado de comportamentos: protrusão da língua e do lábio, abertura da boca, movimentos das mãos, da cabeça, das sobrancelhas e das expressões faciais. Os bebés conseguem identificar qual é o órgão específico do corpo a ser usado para a imitação, mostrando, assim, uma capacidade de diferenciação da imitação.

Relativamente ao modelo MIA, Meltzoff e Moore (1997), Marshall e colegas (2013), Loucks e Meltzoff (2013) chamam a nossa atenção para três aspectos importantes: 1) órgão ou área de identificação a imitar, 2) balbuciar do corpo e 3) relação entre órgãos do emissor e receptor (adulto-bebé) no comportamento imitativo.

O primeiro aspecto tem a ver com a parte do corpo a ser imitado pelo receptor, relativamente ao comportamento projectado pelo outro. Por exemplo, o bebé (receptor) imita a protrusão da língua do outro (emissor). Relativamente ao balbuciar do corpo, tal como o balbuciar das vocalizações, o bebé também mexe o corpo em conjunto com as vocalizações, o que origina um mapeamento dos movimentos do corpo ao som das vocalizações. Quanto à relação entre órgãos, os autores referem que o órgão do receptor do comportamento imitativo está sintonizado com o órgão do emissor (Meltzoff & Moore, 1997; Marshall et al., 2013; Loucks & Meltzoff, 2013).

Aquilo que Trevarthen (1974-2014) defende como intersubjectividade secundária, Meltzoff e a sua equipa (Meltzoff & Moore, 1977; Meltzoff & Moore, 1989; Meltzoff & Moore, 1995; Meltzoff & Moore, 1997; Meltzoff & Brooks, 2007; Meltzoff & Decety, 2003; Marshall et al., 2013; Loucks & Meltzoff, 2013) defendem como "seguir o olhar dos outros" e que está na base da partilha de atenção com os outros sendo um mecanismo importante no desenvolvimento emocional e da linguagem. Através do "seguir o olhar dos outros", forma-se aquilo que Meltzoff e a sua equipa referem como triangulação pré-verbal, isto é, a relação entre mãe-bebé-objecto. No segundo ano de vida do bebé, este segue o olhar do adulto para um objecto (Meltzoff & Moore, 1989; Meltzoff & Moore, 1995; Meltzoff & Brooks, 2007) através de um mecanismo que Meltzoff e Brooks (2007) referem como apontar/indicar proto-declarativo (*proto-declarative pointing*) e que poderá estar na origem da intersubjectividade secundária.

Entre as eorias de Trevarthen, Meltzoff e Stern podem encontra-se pontos semelhantes (Beebe, Sorter, Rustin, & Knoblauch, 2003). Por exemplo, todos defendem que através da partilha mental se dá o surgimento da mente/sentido de si e que a intersubjectividade nasce da percepção da correspondência entre o estado mental do bebé e o adulto. Por isso, o

processamento transmodal (*cross-modal*) é um mecanismo fundamental. Outro ponto de vista comum a estes três teóricos da intersubjectividade (Beebe et al., 2003) é a capacidade de o bebé conseguir distinguir-se do meio a nível perceptivo, através de uma inteligência pré-simbólica representacional, referindo que, para a funcionalidade da intersubjectividade, é necessário haver experiências emocionalmente positivas e prazerosas e uma ligação emocional.

Quanto às diferenças entre os três teóricos (Beebe et al., 2003), estas podem ser observadas na definição de correspondência/emparelhamento mental, na teoria da mente subjacente à intersubjectividade infantil e no tipo de estudos e observações. Ou seja, Meltzoff recorre a estudos e observações laboratoriais, Trevarthen a estudos e observações naturalistas e Stern a estudos quási-experimentais (Beebe et al., 2003). Para além disso, Trevarthen e Stern usam como metodologia expressões face-a-face, tanto da mãe como do bebé e Meltzoff recorre a expressões faciais mais estáticas. Quanto à correspondência mental, para Trevarthen e Stern (idem), esta é definida pelas semelhanças comportamentais no tempo, na forma e na intensidade. Porém, Stern, acrescenta duas formas importantes, isto é, estas semelhanças comportamentais são mais amodais do que intra-modais e estes processamentos amodais permitem aos membros da díade inferirem estados mentais. Já para Meltzoff, a ligação mental entre bebé e adulto surge do modelo da imitação. Para além disso, Meltzoff não utiliza o modelo de regulação mútua como Trevarthen e Stern (Beebe et al., 2003). Enquanto Trevarthen e Meltzoff defendem que a intersubjectividade é inata, Stern defende que a "verdadeira" intersubjectividade apenas surge entre os 9 e 12 meses de idade do bebé. Por último, Trevarthen e Stern argumentam que a origem da mente/sentido de si surge de processos interactivos, enquanto Meltzoff argumenta que a origem da mente/sentido de si surge da percepção (ibidem).

Nos últimos anos, tem surgido uma nova teoria da imitação, "teoria da imitação dirigida por objectivos" (*theory of goal-directed imitation*), mais conhecida como GOADI, que surge das investigações de Wohlschläger e Bekkering (Bekkering, Wohlschläger, & Gattis, 2000; Wohlschläger, Gattis & Bekkering, 2003; Bird & Heyes, 2004; Bird, Brindley, Leighton, & Heyes, 2007). Segundo Wohlschläger e colegas (2003) e Bird e colegas (2007), esta teoria é o modelo mais explicativo, compreensivo e empiricamente suportado de como os objectivos guiam a imitação. A *GOADI* tem vários aspectos que devem ser descriminados. O primeiro é a "decomposição" (Bekkering et al., 2000; Wohlschläger et al., 2003; Bird et al., 2007), isto é, o acto percepcionado é cognitivamente dividido em vários aspectos distintos. O segundo é a "selecção", quer dizer, apenas alguns aspectos dos objectivos são seleccionados

devido às limitações da capacidade imitativa do bebé. Finalmente, o terceiro é a "organização hierárquica" (Wohlschläger et al., 2003; Bird et al., 2007), ou seja, os bebés ordenam hierarquicamente os aspectos dos objectivos seleccionados de acordo com a funcionalidade dos objectos e esta hierarquização termina se o bebé achar que os objectivos são mais importantes do que os meios de imitação. Depois da "organização dos objectivos", os objectivos seleccionados provocam os programas motores que estão associados à imitação (i.e., o "princípio ideomotor"). Por último Bekkering et al. (2000), Wohlschläger et al. (2003) e Bird, Brindley et al. (2007) referem que, entre bebés e adultos, bem como entre seres humanos e animais, não existem diferenças no comportamento de imitação; as que existem devem-se a diferenças na memória operatória.

Esta "teoria da imitação dirigida por objectivos" (Bekkering et al., 2000; Wohlschläger et al., 2003; Bird, Brindley et al., 2007) surge na linha das investigações sobre a teoria da "acção dirigida por objectivos" (Sodian & Thoermer, 2004), segundo a qual, aos 12 meses de idade, os bebés já conseguem criar expectativas acerca dos seus objectivos, uma vez que sinalizam aos adultos o objectivo pretendido. Isto é, o bebé recorre ao olhar para os objectos e para o adulto, ao apontar para os objectos e ao tentar alcançá-los. Estes comportamentos dos bebés são interpretados pelos adultos como intenções da criança. Por outras palavras, o bebé tenta obter um brinquedo, através do tentar alcançá-lo mas, como não consegue fazê-lo, começa então a apontar e a olhar fixamente para este. Face a esta mensagem, a sua mãe, ou outro adulto, interpreta que o bebé deseja esse brinquedo.

Nos últimos 20 anos, Emese Nagy e a sua equipa (1994-2014) tem apresentado um conjunto de investigações que chamaram a atenção da comunidade científica, onde se destaca a opinião de Trevarthen (2013; 2014, comunicação pessoal). Para Nagy (2006), a imitação que é estudada nos laboratórios requer um conjunto de processos neuro-cognitivos, tais como, orientação, atenção, aprendizagem, motivação e esforços para reproduzir o acto do adulto, o que é difícil de ser reproduzido nos ambientes naturais dos bebés. Associado a isso, Nagy (2006) e Nagy e Molnar (2004) referem que os bebés possuem uma capacidade excepcional, a que chamaram de fenómeno de provocação ou imitação neonatal que vem corroborar os trabalhos de Trevarthen (1974-2014). O fenómeno de provocação consiste na capacidade de os bebés imitarem gestos e comportamentos de imitação pelo outro relativamente aos bebés (depois de vários ciclos de imitação). São capazes de esperar pela resposta do outro e de provocar as respostas de imitação. O bebé, ainda, é capaz de entrar em ciclos comunicativos de imitação-iniciação sobrepostos (Nagy & Molnar, 2004; Nagy, 2006).

Para demonstrar esta capacidade neonatal, Nagy e Molnar (2004) efectuaram uma

investigação com 45 bebés saudáveis, com idades compreendidas entre as 3 e as 54 horas de vida. Nesta amostra, os bebés conseguiram provocar uma resposta do outro, pois verificou-se que durante a imitação da protrusão da língua esta era acompanhada por um aumento dos batimentos cardíacos, enquanto na iniciação da protrusão da língua existia um desaceleramento dos batimentos cardíacos.

As investigações de Nagy (Nagy, Compagne, Orvos, & Pal, 2007) também demonstraram que existem diferenças na imitação entre o género feminino e masculino. Com apenas algumas horas de vida (entre 3 a 92 horas de vida), os bebés do género feminino apresentaram mais movimentos finos, isto é, uma maior capacidade de coordenarem movimentos motores controlados por músculos pequenos (e.g. imitar gestos). Os bebés do género feminino apresentaram, ainda, batimentos cardíacos mais elevados do que os bebés do género masculino. Contudo, os bebés do género masculino mostraram maiores índices de esforço na imitação, isto é, um aumento significativo dos movimentos incompletos dos dedos e uma tendência a aumentar, com o tempo, os movimentos mais completos dos dedos. Esta investigação de Nagy e colegas (2007) veio confirmar os dados da investigação de Eyre, Miller, Clowry, Conway e Watts (2000) que encontraram diferenças ao nível dos feixes projectivos do córtex motor e de Nagy, Loveland, Kopp, Orvos, Pal e Molnar, (2012) sobre diferenças de género nas expressões faciais; nos bebés do género feminino as expressões faciais de medo são observáveis às 3.48 semanas de vida enquanto nos bebés do género masculino só conseguem ser observadas às 4.28 semanas. Nagy e colegas (2007) apresentam duas explicações plausíveis para estas diferenças entre género. A primeira explicação é que os movimentos finos fazem mais parte do género feminino do que masculino o que, na fase neonatal, poderá estar associado a maiores competências de imitação. A segunda explicação é que, na produção de movimentos finos, existe a possibilidade de os bebés do género feminino serem mais qualificados do que os bebés do género masculino, enquanto os bebés do género masculino são mais bem-sucedidos na produção de movimentos inespecíficos, devido a terem uma maior motivação e apresentarem um maior esforço nas tarefas. Por último, o género pode explicar as diferenças sócio-emocionais e cognitivas referidas, porque uma maior precisão e rapidez das capacidades imitativas poderá criar um ambiente mais interactivo e sensível.

Diferenças na imitação humana existem, também, quanto ao tipo de estímulo a ser imitado ser um corpo tridimensional (seja de máquinas que apenas efectuam protrusão da língua ou robots) ou uma apresentação bidimensional (Soussignan, Courtial, Canet, Danon-Apter, & Nadel, 2011). Os bebés humanos preferem imitar a protrusão da língua face a figuras tridimensionais do que face a figuras bidimensionais (Soussignan et al., 2011; Oostenbroek,

Slaughter, Nielsen, & Suddendorf, 2013). E, tal como Camarneiro e colegas (2009) averiguaram, os bebés tendem a preferir, nas relações face-a-face, rostos mais dinâmicos e com expressões faciais variadas.

Não se pode finalizar este ponto sobre a imitação sem referir a importância das expressões faciais e emocionais para o bebé. Desde o início do estudo das expressões faciais e emocionais (Tronick et al.,1978; Field, 1990; Nelson, Parker, Guthrie, 2006) que os investigadores averiguaram que as interacções face-a-face influenciam os comportamentos interactivos, tanto do bebé como da mãe (Figueiredo, 1997; Camarneiro et al., 2009). Por exemplo, nas interacções livres face-a-face, as expressões faciais da mãe têm um papel predominante, enquanto nas situações alimentares a predominância é assumida pelo bebé (Camarneiro et al., 2009).

1.5. Expressões faciais

As investigações que estudam as expressões faciais no desenvolvimento do bebé podem ter dois focos de interesse diferentes: a) o papel das expressões faciais no desenvolvimento sócio-afectivo do bebé e b) o processamento e a discriminação facial.

Em ambos os casos, é evidenciada a importância das expressões faciais na socialização dos seres humanos e a preferência por rostos humanos desde o nascimento (Tronick, Als & Brazelton, 1980; Pascalis & Kelly, 2009; Nagy, 2010; Turati, Giorgio, Bardi, & Simion, 2010).

Os investigadores que se concentram no processamento e na discriminação facial destacam vários aspectos interessantes. Primeiro, a preferência pelas faces semelhantes às faces humanas do que por faces estilizadas (Pascalis & Kelly, 2009), desde idades tão precoces quanto as doze semanas de vida (Dannemiller & Stephens, 1988; Mondloch, Lewis, Budreau, Maurer, Dannemiller, Stephens, & Kleiner-Gathercoal, 1999). Ou a preferência, entre os dois e os três meses de idade por faces em movimento do que por faces estáticas (Johnson & Mason, 2002; Valenza & Bulf, 2007; Ichikawa, Tsuruhara, Kanazawa, & Yamaguchi, 2013). A preferência por faces humanas ocorre desde muito cedo (horas) e ao segundo e terceiro dia de vida os bebés elegem como alvo preferencial as faces das mães e as faces simétricas (Pascalis & Kelly, 2009). Segundo, aos três meses de vida já se verifica, através da combinação das várias expressões faciais individuais, a criação de um protótipo da face humana (Pascalis & Kelly, 2009). Em terceiro lugar, na sequência dos estudos neurobiológicos do processamento facial, surge a proposta de Norton e Johnson (1991) na

qual se defende que existe um conjunto de neurónios, um sistema orgânico interno designado por CONLERN/CONSPEC que está associado às áreas subcorticais do sistema visuo-motor. O subsistema CONSPEC, desde o nascimento dos seres humanos, tem um papel importante na direccionalidade inata da atenção do bebé para as expressões faciais e na maximização sensorial dos *inputs* recebidos. O subsistema CONLERN surge como resultado da exposição a estímulos faciais e pela maximização de esses estímulos pelo CONSPEC, ou seja, surge muito depois do sistema CONSPEC (Norton & Johnson,1991).

Esta teoria dos sistemas CONSPEC/CONLERN, em que o primeiro prepara o caminho para o segundo, tem algum apoio das investigações efectuadas (Goren et al., 1975; Norton & Johnson, 1991; Johnson, 2005). Contudo, dois sistemas/mecanismos de avaliação deste sistema duplo vêm contrariar o modelo CONSPEC / CONLERN (especialmente o sistema CONSPEC). Estes dois sistemas são a técnica de Baixas Frequências Espaciais (*Low-Spatial Frequence – LSF*) e Altas Frequências Espaciais (*High-Spatial Frequence – HSF*). A HSF está implicada no processamento das expressões faciais dinâmicas e finas e a LSF está relacionada com as expressões faciais estáticas e básicas. Ao que tudo indica, estes sistemas de avaliação põem em causa a existência do sistema CONSPEC, pois algumas investigações têm dificuldades em encontrar evidências que apoiem este sistema (Pascalis & Kelly, 2009). No entanto, os seus apoiantes justificam que o sistema CONSPEC pode existir no momento do nascimento mas, provavelmente, desaparece pelos dois meses de idade (Pascalis & Kelly, 2009).

Quinn e Slater (2003) apresentam uma alternativa à hipótese da CONSPEC/CONLERN. Esta alternativa, nos meios científicos, é conhecida como a hipótese do Feedback Proprioceptivo Gestacional (FPG). O FPG consiste num mecanismo inato e evolutivo do processamento facial que poderá ocorrer desde a vida intrauterina (pág. 202). Uma representação facial formada no período pré-natal irá elicitar uma combinação correspondente e, por sua vez, dar origem a um sistema de processamento pós-natal através das experiências relacionadas com exposição a diferentes faces. Porém, para este reconhecimento ser efectuado, o bebé precisa de obter um conjunto de competências pré-natais, tais como, capacidade de aprendizagem da propriocepção motora, de aprender a formar representações mentais significativas e de fazer um reconhecimento modal cruzado, isto é, fazer corresponder a representação criada no meio intra-uterino à face apresentada no pós-parto (Streri & Gentaz, 2004; Sai, 2003; Simion, Regolin, & Bulf, 2008).

Segundo os dados mais recentes, não só o cruzamento dos estímulos visuais com as representações intra-uterinas, mas também com as percepções tácteis, auditivas, etc. (Streri &

Gentaz, 2004; Sai, 2003; Simion et al., 2008) podem ser verificados já aos três dias de vida. Contudo, o estudo de Kobayashi e Koshima (1997) e de Farroni e colegas (2005 cit in Pascalis & Kelly, 2009) vem contradizer esta hipótese, pois verificou-se que a preferência dos bebés pelos rostos humanos poderá estar ligada à esclera e à íris do olho. Estas investigações verificaram que não existe uma preferência de faces na apresentação de estímulos de contraste invertido (caras brancas com blocos pretos), mas sim que surge uma observação mais prolongada quando os blocos tem pontos brancos no centro (que grosseiramente se assemelham a faces humanas). Quer dizer, é crítico o contraste entre polaridade ocular e face na solicitação da preferência facial dos bebés recém-nascidos. Porém, esta última descoberta não justifica a razão da existência da categorização preferencial de rostos nos outros primatas.

Devido a questões levantadas anteriormente, Valentine (1991) e Nelson (2001) propõem a hipótese do "estreitamento/redução perceptiva", que tem como base os estudos da percepção fonética sobre a capacidade de os bebés reconhecerem contrastes fonéticos. Uma explicação de este fenómeno é que, ao nascimento, os bebés têm uma percepção mais alargada e, conforme a sua experiência ao longo do seu desenvolvimento, a sua percepção torna-se mais estreita/reduzida (Flom, Whippe, & Hyde, 2009; Simpson, Varga, Frick, & Fragaszy, 2011).

O mais interessante é que os bebés têm uma particular predilecção por expressões faciais de medo/tenebrosas (f*earful*) desde muito cedo (Kotsoni, Haan, & Johnson, 2001), pois já conseguem discriminar vários tipos de processamento emocional (Kotsoni et al., 2001; Turati, Montirosso, Brenna, Ferrara, & Borgatti, 2011). Esta predilecção já tinha sido notada aos sete meses de vida de um bebé nos estudos de Nelson e Dolgin (1985) e de Nelson, Morse e Leavitt (1979). Contudo, segundo Turati e colegas (2011) e Brenna, Proietti, Montirosso e Turati (2013), são as expressões faciais positivas (expressões faciais de felicidade) que influenciam mais o reconhecimento das expressões faciais aos três meses de idade.

No processamento facial, existe a possibilidade de as representações mentais das faces surgirem de forma inespecífica das faces, sendo mais tarde modificadas devido aos *inputs* recebidos e que, também, são influenciados pela especificidade da espécie, do género e da etnicidade. Segundo Pascalis, de Haan e Nelson (2002), entre os seis e nove meses, os bebés ficam sintonizados a um rosto humano que lhes é preferencial pois, aos três meses, houve uma especificação dos rostos. Provavelmente, esta especificação do rosto humano poderá estar relacionada com o processamento holístico da face humana aos três meses de idade (Cassia, Picozzi, Kuefner, Bricolo, & Turati, 2009; Turati et al., 2010). Porém, os bebés, dos quatro aos seis meses de idade (Simpson et al., 2011), conseguem, também, discriminar faces de não-

primatas. Entre os 9 e os 11 meses de idade, parece não existir preferência por faces de primatas e não-primatas. Isto acontece devido ao fenómeno de estreitamento facial (Flom, Wright, Phillippe, Beckstead, Jones, Allen, & Boysen, 2009; Flom, Whippe & Hyde, 2009; Simpson et al., 2011).

McClure (2000) afirma que ainda existe alguma confusão quanto à capacidade de as crianças processarem as expressões faciais, tendo em conta o género da criança. Ao que tudo indica, desde a infância até à adolescência e, tal como prevê o modelo construtivista social e neurobiológico, o género feminino tem alguma vantagem no processamento das expressões faciais e nas capacidades em reconhecê-las em contextos sociais. Isto é, as mulheres são mais capazes em descodificar pistas das expressões faciais que surgem na comunicação verbal e não-verbal. E, ao que parece, esta capacidade mantém-se na fase adulta.

No que concerne ao papel das expressões faciais no desenvolvimento sócio-afectivo do bebé, as primeiras investigações empíricas foram os trabalhos desenvolvidos por Brazelton, Tronick, Adamason, Als e Wise (1975), Tronick, Als, Adamson e Brazelton (1978) e de Tronick, Als e Brazelton (1980) que deram origem a um dos paradigmas mais estudados, o Face-to-Face Still Face – FFSF (Cohn & Tronick, 1983; Toda & Fogel, 1993; Weinberg & Tronick, 1996; Nagy, 2010).

Em 1975, Brazelton e colegas verificaram que os bebés precocemente conseguem diferenciar e criar expectativas diferentes para objectos e pessoas, pois interagem com ambos de maneira diferente. Observaram, ainda, que os bebés se movem de forma circular e suave ao nível dos movimentos corporais em simultâneo com os movimentos das suas mães. Os bebés também estavam atentos às expressões faciais das suas mães e mantinham um ritmo cíclico de aproximação-afastamento. Mesmo a atenção para as pistas fornecidas pelas mães parecia ser efectuada em ciclos de atenção e não-atenção, sugerindo um processo homeostático da atenção. Durante o momento de face parada, os bebés alteraram as suas expressões faciais, isto é, apresentaram uma face de preocupação e de aversão e os movimentos corporais tornaram-se irregulares, seguindo-se uma tentativa de puxar a mãe para a interacção. Quando não o conseguiam, assumiam uma atitude de desespero, aversão facial e o corpo ficava encolhido e imóvel.

Com base na investigação de Brazelton e colegas (1975), Tronick, Als e Brazelton, (1980) criaram um sistema de base com o objectivo de poderem descrever as expressões faciais que ocorrem nas interacções mãe-bebé e, também, de criar uma base de dados para análise futura dessas interacções. Este sistema foi descrito como fases monádicas (Tronick et al., 1980).

Na experiência social dos bebés, as interacções interpessoais apresentam uma estrutura semelhante a um processo homeostático, pois são criadas em ciclos negativos e positivos de afectos e de atenção, recursivamente, permitindo a internalização destas experiências (idem). Por exemplo, pode-se averiguar isto na comunicação alternada (tomada de vez).

Tendo em atenção estes factos, Tronick, Als, Adamson, Wise e Brazelton (1978) consideram a necessidade de identificar os objectivos nas sequências de interacção mãe-bebé: a) iniciação da interacção, b) orientação mútua dos parceiros, c) saudação, d) intercâmbio cíclico da informação afectiva e e) desinvestimento recíproco. Estes objectivos são viabilizados através de comportamentos que articulam as contribuições da mãe e do bebé. Daqui resultam as fases monádicas (Tronick, Als & Brazelton, 1980), consideradas como as unidades estruturais da interacção que tanto podem ser observadas no comportamento do bebé como no do adulto.

Para além da ritmicidade, já em 1978, Tronick e colegas afirmaram que, na interacção mãe-bebé, existe um sistema de reciprocidade no qual o bebé é o agente principal da interacção, pois este modifica constantemente os seus comportamentos de forma a evocar uma nova resposta do seu parceiro. Por isso, afirma-se que a interacção social é um sistema orientado por objectivos que permite uma partilha activa. Ao que parece, o paradigma FFSF transgride esta regra, pois esta situação conduz a uma ambiguidade na transmissão da informação emocional, isto é, altera a partilha dos estados emocionais internos e a auto-regulação da interacção. Esta situação de transgressão da reciprocidade da interacção precoce pode ocorrer desde muito cedo na vida de um bebé. Por isso, Tronick e colegas (1978) chamam a nossa atenção para a importância da reciprocidade interactiva e para os comportamentos de auto-regulação apresentados pela criança na interacção precoce.

Weinberg e Tronick (1996) investigaram a relação entre comportamentos positivos e negativos na FFSF e os indicadores fisiológicos (do bebé), ao longo de todo paradigma. A reacção das crianças à situação de face parada (segundo episódio do paradigma FFSF) é compreendida como uma mistura de afectos negativos (e.g., choro, aversão). Para além destes afectos, sabe-se, ainda, que existem alterações dos indicadores fisiológicos ao longo dos três episódios (batimento cardíaco e tónus vagal). Por exemplo, durante o episódio de face parada o batimento cardíaco aumenta e o tónus vagal diminui consideravelmente. Já no que concerne ao terceiro episódio do FFSF, sabe-se que existe uma mistura de afectos negativos e positivos.

Na transição de um episódio para outro, existe um retorno aos estados afectivos positivos, um aumento do choro, da lamechice e os indicadores fisiológicos regressam aos seus níveis iniciais. O que é curioso é que as crianças, em diferentes momentos, apresentam

afectos e comportamentos específicos altamente relacionados com estes eventos, contudo as reacções fisiológicas não seguem a mesma especificidade. Isto é, os bebés, num determinado momento de aflição, podem apresentar os seus níveis fisiológicos (batimento cardíaco e tónus vagal) alterados, mas numa situação semelhante estes podem estar dento dos limites normais (Weinberg & Tronick, 1996). Isto leva a supor que existe uma enorme complexidade dos estados afectivos durante os vários momentos de vida do bebé, estando sujeitos aos significados que o bebé e a mãe atribuem à experiência do momento e ao tipo de processo de comunicação interactiva que está imbuída na situação.

Este estudo de Weinberg e Tronick (1996) veio confirmar os estudos de Cohn e Tronick (1983) e de Gusella, Muir e Tronick (1980) nos quais os aspectos mais negativos da afectividade estavam relacionados com os bebés de mães com depressão na situação de face parada no FFSF. No estudo de Cohn e Tronick (1983), existiu uma maior apresentação e alternância do número de protestos, da prudência, dos estados afectivos positivos breves no tempo e do desvio do contacto ocular. Mesmo quando as mães mudavam o estado emocional, isto é de um estado deprimido para um estado normal no paradigma FFSF, os protestos, a prudência e a negatividade dos afectos continuavam a ser persistentes. Isto indica que os bebés procuram comunicar durante as oportunidades de interacção. Para além disso, os bebés são agentes participativos da auto-regulação da interacção com o outro aos três meses de vida. Esta competência observa-se quando o bebé tenta modificar o seu comportamento para corresponder ao comportamento do outro e, também, nas interacções subsequentes. Isto sugere que os estados afectivos são detectados pelos bebés e modificados em resposta ao estímulo apresentado e esperado. Para além disso, os bebés são guiados pela atribuição que dão aos estímulos e pelo estilo da interacção. Para os investigadores (Cohn e Tronick, 1983), estes dados apoiam as teorias de Stern (1998, 2000, 2007, 2010) que afirma que os bebés são capazes de se adaptarem às situações angustiantes.

Quando as mães apresentam comportamentos mais negativos maternos (e.g., evitamento, afecto negativo, intrusão), como ocorre na depressão materna, os bebés têm comportamentos negativos mais frequentes aos dois meses de vida (Cohn, Campbell, Matias & Hopkins, 1990). Conforme o género e o momento de avaliação, os comportamentos negativos de ambos os membros da díade podem variar.

Fogel (1980) e Toda e Fogel (1993) averiguaram que as crianças reagem negativamente à separação das mães, não só com recurso a expressões faciais de aflição, mas também a movimentos corporais (e.g., agitação dos braços). Por isso, Toda e Fogel (1993) sugerem que, para além das expressões faciais no estudo dos processos emocionais, também

devemos incluir indicadores das capacidades sensoriomotoras. A investigação de Fogel (1980) demonstrou que, nos episódios de separação de um estranho, os bebés são capazes de apresentarem aceleração cardíaca, de choramingarem e de realizarem maiores movimentos da boca (estereotipias). Porém, se uma criança conviver tempo suficiente com um estranho, as diferenças entre os comportamentos do bebé direccionados à mãe e os comportamentos direccionados aos estranhos esbatem-se.

Nagy (2010), numa experiência com bebés com noventa horas de vida, observou que os comportamentos dos bebés são influenciados pela face dos outros durante o paradigma FFSF. Esta investigadora observou que o bebé modifica o seu comportamento ocular durante os episódios do FFSF. Isto é, demonstram *stress* facial e choro de maneira diferente ao longo destes episódios. Esta mudança parece ser mais específica e acentuada no episódio de face parada, pois existe uma diminuição dos contactos oculares e surgem, também, efeitos mais negativos, tais como choro, expressões faciais de *stress* e comportamentos de auto-regulação (idem). Para além disso, existem alterações nos padrões de comportamento na transição entre os episódios. Outro aspecto importante é que, entre o episódio de face parada e o episódio de reunião, verifica-se a existência de um aumento de evitamento do contacto ocular e dos efeitos negativos (estes surgem devido à situação e não são um resultado do cansaço ou da fome). As crianças, também, apresentam aflição, que ocorre nos períodos de comunicação disruptiva e durante a apresentação de comportamentos contingentes na fase de reunião (ibidem).

Da análise deste estudo, Nagy (2010) afirma que os neonatos já possuem, desde o nascimento, a capacidade de monitorizarem os comportamentos dos outros reagindo como se tivessem expectativas inatas em relação à interacção social. Estas relações precoces irão permitir ao bebé uma auto-regulação adaptativa. Assim, esta motivação inata para o envolvimento na interacção com o outro, teria uma função de auto-regulação.

O estudo de Nagy (2010) veio confirmar o estudo de Caron, Caron e MacLean (1988) e de Serrano, Iglesias e Loeches (1995) sobre a precocidade de os bebés (neste caso, com menos de 5 meses) conseguirem distinguir expressões afectivas recorrendo a expressões faciais, pois verifica-se que apresentam comportamentos mais positivos e mais frequentes durante a habituação à expressão facial de felicidade do que à de raiva, apresentando mais comportamentos negativos durante a habituação às expressões faciais de raiva.

Expressões emocionais multimodais (voz e expressões faciais) e dinâmicas, antes dos cinco meses, já são diferenciadas pelos bebés. Além disso, os bebés também conseguem discriminar precocemente entre, por um lado, expressões dinâmicas e naturalistas e, por outro

lado, expressões animadas geradas em computador (Caron et al., 1988). Além disso, distinguem entre expressões dinamicamente distintas mais cedo do que entre expressões animadas semelhantes (Caron et al., 1988). Isto foi evidente nas expressões emocionais de alegria/raiva do que nas expressões de alegria/ tristeza, pois as expressões emocionais alegria/raiva envolvem um maior dinamismo do que o pólo alegria/ tristeza (Caron et al., 1988). A conclusão da pesquisa de Caron e colegas (1988) é que são as vocalizações e não nas expressões faciais que os bebés usam para discriminar as expressões emocionais (Caron et al., 1988). Isto quer dizer que as vocalizações são discriminadas mais cedo do que as expressões mescladas (expressões faciais que envolvem o processamento das modificações dos músculos da cara, sorriso, contacto ocular, etc.) e que não existe uma idade específica na discriminação das expressões emocionais, pois estas não são uma invariante, ou seja, a discriminação das expressões emocionais varia com o tempo (Caron et al., 1988).

Em 1996, Peláez-Nogueras, Field, Hossain, e Pickens averiguaram que o toque também possui um papel importante nas expressões faciais que ocorrem nas interacções precoces. Estes investigadores notaram que bebés de mães com depressão reagiam mais positivamente ao toque, isto é, emitiam mais afectos positivos (sorrisos e vocalizações) do que aquilo que se observava em bebés de mães sem depressão. Isto sugere que o toque é fundamental para a experiência afectiva, mas, também, para a atenção do bebé nas interacções com a sua progenitora, podendo ser utilizado para compensar a disponibilidade emocional da mãe.

Nas interacções entre adultos e bebés, os adultos mudam o seu discurso quando interagem com bebés (Werker & McLeod, 1989). Isto é referenciado, por exemplo, como "discurso infantil directo" ou "discurso infantil da mãe" ("*motherese"*). Este tipo de comportamento do adulto é caracterizado pelo recurso a uma sintaxe mais simplificada, ritmicidade, modulação das vocalizações, frequências mais altas, prosódia, musicalidade, interjeições curtas, repetições e expressão de afectos positivos. Este tipo de discurso parece ser uma componente fundamental na facilitação e gestão da aquisição da linguagem, desenvolvimento emocional (e.g., maior responsividade emocional do bebé) e desenvolvimento de aspectos cognitivos específicos, como por exemplo, a atenção.

No estudo de Werker e Mcleod (1989), verificou-se que crianças mais pequenas (entre quatro e seis meses) preferem mais o discurso infantil directo de uma mulher do que de um homem. Este tipo de discurso materno é importante na responsividade emocional do bebé, na aquisição e gestão da linguagem e no desenvolvimento social (Werker & Mcleod, 1989; Reissland, Shepherd, & Herrera, 2005). Este tipo de discurso parece ter mais impacto quando

é apresentado de forma multimodal: vocalizações e expressões faciais (Werker & McLeod, 1989).

Segundo Blair (2003), de acordo com a literatura disponível, na comunicação, no reconhecimento e na interpretação de expressões faciais, os centros neurológicos implicados são os mesmos. Esta ideia é partilhada também por Fusar-Poli, Placentino, Carletti, Landi, Allen, Surguladze, Benedetti e colegas (2009), Vuilleumier e Pourtois (2007) e Herba e Phillips (2004). Blair (2009) afirma também que a manipulação intencional tem a capacidade de modular os circuitos dos gânglios do lobo frontal-basal os quais têm um papel importante no processamento das expressões emocionais (Blair, 2003). Sabe-se que, no processamento dos estímulos faciais, estão envolvidas várias áreas corticais, tais como o córtex occipital, o sulco fusiforme e o sulco temporal (Blair, 2003; Herba & Phillips, 2004; Vuilleumier & Pourtois, 2007; Fusar-Poli et al., 2009). A amígdala parece ter um papel de destaque nas expressões faciais (medo, tristeza e felicidade) associadas aos reforços negativos e positivos, enquanto o nojo é influenciado pela córtex insular (Blair, 2003).

1.6. Intencionalidade e atenção conjunta

A intencionalidade tem um papel fulcral na teoria de Trevarthen (1974-2014) sobre a intersubjectividade e, também, na perspectiva de Husserl (2001) sobre o desenvolvimento da intersubjectividade. Tomasello e a sua equipa do Max Planck Institute for Evolutionary Anthropology (Tomasello, 1998, 2003; Tomasello, Kruger, & Ratner, 1993; Tomasello, Carpenter, Call, Behne, Moll, 2005; Warneken, Lohse, Melis, & Tomasello, 2010; Hamann, Warneken, Greenberg, & Tomasello, 2011) têm influenciado vários teóricos da intersubjectividade, sem nunca investigarem a intersubjectividade de *per si*. Este investigador e a sua equipa focam as suas investigações sobretudo na intencionalidade, nas actividades partilhadas e na aprendizagem cultural, não só em humanos mas também em primatas.

A partilha, seja ela de intenções, de experiências emocionais ou de atenção conjunta, possui um papel importante no desenvolvimento do ser humano. A partilha da intencionalidade surge no primeiro ano de vida de uma criança, assim como a capacidade de compreender a intenções dos outros e de interagir culturalmente com eles tendo por base a percepção da intencionalidade. Contudo, a tendência das teorias é apresentar o desenvolvimento da intencionalidade como um aspecto puramente cognitivo (Tomasello et al., 2005; Tomasello & Carpenter, 2007). Por isso, Tomasello e colegas (2005) chamam a nossa atenção para o facto de que "*apenas os seres humanos estão biologicamente adaptados*

para participar em actividades colaborativas, envolvendo-se em actividades partilhadas e acções planeadas, coordenadas socialmente (intenções conjuntas)" (pág. 676).

De forma a esclarecer melhor o que é intencionalidade, Tomasello e colegas (idem) propõem um modelo baseado no princípio de controlo de sistemas que envolve objectivos, acções e monitorização perceptual, permitindo ao ser humano regular as interacções entre organismo e meio ambiente. Dito de outra forma, Tomasello e colegas (idem) afirmam que a intenção inclui objectivos, planos de acção/meios e objectivos de forma a conseguir o resultado pretendido. Já a compreensão das acções intencionais, que geralmente é relatada relativamente a crianças maiores de seis anos e em adultos, podendo ser encontrada nos discursos verbais sobre as acções, pode também encontrar-se no primeiro ano de vida de um bebé (idem). Neste caso, são propostos três níveis de compreensão da intencionalidade: 1) acções animadas, em que o bebé, no primeiro ano de vida e quando as acções foram iniciadas automaticamente pelo outro, consegue distinguir entre acções inanimadas e acções animadas (estas podem ser vegetativas ou volitivas, sendo que estas últimas estão relacionadas apenas com humanos); 2) prosseguimento de objectivos, em que o bebé compreende que o outro irá fazer o que for necessário até atingir os objectivos pretendidos; 3) o bebé elabora um plano resultante da compreensão de que o outro também actua de acordo com um plano destinado a atingir determinados objectivos pretendidos, isto é, o bebé compreende que o outro é um agente intencional (Tomasello et al., 2005).

Estes três níveis de compreensão da intencionalidade implicam que haja uma interacção social com os outros, no primeiro ano de vida (Tomasello et al., 2005; Tomasello & Carpenter, 2007; Hamann et al., 2011). Esta interacção pode ir desde as actividades que implicam uma menor partilha de intencionalidade até aquelas que implicam uma maior partilha. Tomasello e colegas (2005) distinguem três formas de interacção social que, gradualmente, levam a uma menor ou maior partilha da intencionalidade. Numa primeira fase, entre os três e os nove meses de idade, a interacção social é caracterizada por um envolvimento diádico em que existe partilha de interesses entre o bebé e o outro bem como o recurso à expressão emocional e comportamental através da tomada de vez (turn-taking). Mais tarde, entre os nove e os doze meses de idade do bebé, a relação social é um contexto em que pode verificar-se um envolvimento triádico onde existe uma partilha de objectivos e percepções, mas também, que os objectivos são direccionados, tanto individualmente como em parceria, para determinado fim. Por último, entre os doze e os quinze meses de idade, o bebé é capaz de envolver-se em relações colaborativas (idem) e sincronizadas (Tomasello et al., 2005; Feldman, Swain, & Mayes, 2005), aquilo que Tomasello e colegas (2005) chamam

de atenção e intenção conjunta, em que ambos os parceiros da díade pretendem alcançar determinado objectivo e coordenar as suas acções para alcançá-lo.

Poulin-Dubois (2005) discorda de Tomasello (1998) e de Tomasello e colegas (2005) sobre a intencionalidade no primeiro ano de vida. Para aquele autor, não existem dados empíricos suficientes para apoiar a ideia de que, antes dos seis meses, os bebés se conseguem envolver numa interacção em que haja partilha de interesses; pelo contrário, esta capacidade surgiria apenas aos seis meses, quando a criança consegue distinguir entre ver (*seeing*) e procurar (*looking*) o outro. Poulin-Dubois (2005) e Olineck e Poulin-Dubois (2005) também discordam que entre os nove e os doze meses exista uma partilha de objectivos comuns, que coincida com o envolvimento triádico. Para estes (Poulin-Dubois, 2005; Olineck & Poulin-Dubois, 2005), só entre os doze e os dezoito meses de idade é que o bebé consegue partilhar objectivos comuns. O mesmo acontece com as relações colaborativas entre os doze e os dezoito meses, quando ambos os parceiros da díade pretendem alcançar determinado objectivo e coordenar as suas acções para alcançá-lo. Para Poulin-Dubois (2005), é muito difícil isto acontecer antes dos vinte e quatro meses de idade, pois só nessa altura é que a criança consegue imitar acções sem a presença de um ser humano, algo que contradiz o trabalho de Tomasello e colegas (1993), Tomasello (1998) e Tomasello e colegas (2005). Ao lerem-se os artigos sobre as investigações de Poulin-Dubois (2005) e Olineck e Poulin-Dubois (2005), mas também de Poulin-Dubois, Graham, Sippola e Lorrie (1995) e de Poulin-Dubois, Polonia e Yott (2013), pode-se afirmar que estas investigações se baseiam na aquisição linguística e na produção lexical, enquanto os trabalhos de Tomasello e colegas (1993), Tomasello (1998) e Tomasello e colegas (2005) são investigações culturais e sobre o desenvolvimento sócio-cognitivo.

O homo sapiens é uma espécie que difere dos outros primatas pois vivemos em culturas nas quais a aquisição de alguns conhecimentos específicos é efectuada com um outro, enquanto os primatas apenas vivem em grupo sociais complexos (Tomasello et al., 1993; Tomasello et al., 2005; Tomasello & Carpenter, 2007; Warneken et al., 2010). Através de um fenómeno que Tomasello e colegas (1993) chamam *ratchet effect*, as competências comportamentais e as informações adquiridas ontogenicamente ao longo da evolução podem ser revertidas desde que algo específico suficientemente forte aconteça. Ainda segundo Tomasello e colegas (1993), este efeito é útil para a cognição social, permitindo aos seres humanos alterarem aquilo que percebem relativamente às perspectivas dos outros, facilitando a aquisição de novas formas relacionais.

Por isso, a aprendizagem cultural ou social assume um papel importante no

desenvolvimento humano (Tomasello, 1998, 2003; Tomassello, eta l., 1993; Tomasello et al., 2005). Enquanto na maioria dos primatas, a aprendizagem se foca na aprendizagem de novas competências para garantir a sobrevivência da espécie, nos humanos a aprendizagem social permite ver a perspectiva do outro e compreender, e aprender por intermédio do outro e não com o outro (idem). O que Trevarthen (1974-2014) chama de intersubjectividade ou que Fonagy refere como função reflexiva (Fonagy, Bateman, & Bateman, 2011), Tomassello e colegas (1993) mencionam como "ponto-de-vista do outro", em que um indivíduo tenta percepcionar a situação do outro. É diferente de intersubjectividade, pois esta implica, para Tomasello e colegas (1993), que ambos os membros de uma díade tentam percepcionar o ponto-de-vista do outro. Isto pode ser verificado na atenção conjunta/partilhada, em que dois indivíduos podem experimentar a mesma coisa e, ao mesmo tempo, saberem que tipo de experiência estão a ter (Tomasello & Carpenter, 2007). Por isso, Tomasello e Carpenter (idem) diferem de Trevarthen (1974-2014) na definição de intersubjectividade, pois para os primeiros a intersubjectividade é algo partilhado, existindo um espaço partilhado dos aspectos psicológicos comuns. Este espaço psicológico comum não só é partilhado nos seres humanos, como também é difícil de verificar nos outros primatas.

Na aprendizagem social, temos que ter em atenção três formas de aprendizagem (Tomasselo et al., 1993; Tomasello, 1998, 2003; Tomasello & Carpenter, 2007): aprendizagem por imitação, aprendizagem educacional e, por último, aprendizagem colaborativa. No primeiro tipo, o conhecimento é adquirido por imitação de um comportamento ou acção, existindo uma relação unidireccional, um modelo e o seu comportamento (a ser imitado). Nos outros dois tipos, a relação entre aprendiz e instrutor é uma relação bidireccional, em que instrutor e aprendiz estão envolvidos simultaneamente. Contudo, enquanto na aprendizagem educacional existe uma relação assimétrica, isto é, em que um membro da díade possui mais conhecimentos que o outro, na aprendizagem colaborativa a relação é simétrica, onde ambos os membros da díade estão numa posição de igualdade, bem como, ambos estão a construir algo de novo, envolvendo uma simetria intersubjectiva. Ontongenicamente, primeiro surge a aprendizagem por imitação seguida pela aprendizagem educacional. A aprendizagem colaborativa surge nas situações em que nenhum dos intervenientes é especialista e em que a intersubjectividade é simétrica (Tomasello et al., 1993; Tomasello, 1998, 2003; Tomasello & Carpenter, 2007).

A aprendizagem por imitação implica que o aprendiz e o instrutor utilizem mecanismos sociocognitivos, tais como atenção conjunta e referências sociais. Por exemplo, no caso dos bebés, a aprendizagem através da observação da mãe ou de outros cuidadores,

tanto o bebé como a mãe ou o cuidador partilham uma atenção conjunta. Segundo Tomasello e colegas (1993), o indivíduo, nesta fase, é um agente intencional, sendo possível observar isto aos nove meses de idade. A aprendizagem educacional, que seguramente ocorre aos quatro anos de idade, já implica intersubjectividade, isto é, que ambos os parceiros tentam "perceber a perspectiva do outro". Para Dymond e McHugh (2005), a competência de "perceber a perspectiva do outro" é vista como uma capacidade que pode ser aprendida e que é um derivado de resposta relacional implicando que as crianças consigam mudar de perspectivas como, por exemplo, "Eu-Tu", "Agora-Depois" e "Aqui-Ali". Por outras palavras, a criança compreende, ao longo do desenvolvimento e através das rotinas diárias que "Eu" deriva da perspectiva "Aqui" e não de "Ali". Em defesa de Tomasello e colegas (1993) e Tomasello e colegas (2005), devemos ter em atenção que Dymond e McHugh (2005) usam uma perspectiva linguística e lexical para a compreensão do funcionamento dos bebés, o que é muito difícil de observar nestes. Isto é, é difícil de observar em bebés uma apreensão de constructos linguísticos com regras rígidas.

A aprendizagem por imitação envolve uma coordenação entre a perspectiva do indivíduo e a do outro (Tomasello, 1993). Quando isto acontece, estamos perante uma concepção da pessoa de primeira ordem, isto é, como agente mental. Por último, aos seis anos de idade, com a mestria da linguagem e a sua relação com a mente (intersubjectividade recursiva, isto é, capacidade de aplicar uma actividade com recurso à linguagem e à mente), a criança cria uma concepção de pessoa de segunda ordem, isto é, agente reflectivo e uma representação cognitiva mais integrada; neste caso, estamos perante uma aprendizagem colaborativa (Tomasello et al., 1993; Tomasello, 1998, 2003; Tomasello & Carpenter, 2007). Mais recentemente, Warneken, Lohse, Mellis e Tomasello (2010) verificaram que, aos três anos de idade, as crianças conseguem envolver-se em actividades colaborativas, através da partilha igualitária de recursos.

Uma população clínica que demonstra uma ausência de aprendizagem social na forma imitativa, educacional e colaborativa é a dos autistas, mesmo os autistas funcionais (Tomasello et al., 1993; Baron-Cohen, 1993; Charman, 2005; Mundy, 2005; Hobson, 2005). Tomasello e colegas (1993) afirmam que os autistas são aculturais, pois apresentam enormes dificuldades no envolvimento com outros indivíduos e na aquisição de comportamentos culturais. Isto acontece porque os autistas têm dificuldades em conceber mentalmente os outros, não conseguem representar mentalmente os outros como agentes mentais, bem como, não são capazes de se envolverem em actividades educacionais e colaborativas (Tomasello et al., 1993; Baron-Cohen, 1993; Verbeke, Peetrs, Kerkhof, Bijttebier, Steyaert, & Wagemans,

2005). Entre os autistas, apenas se podem encontrar formas muitas simples de imitação, portanto apresentam dificuldades em imitar comportamentos simbólicos significativos em contextos apropriados (Tomasello et al., 1993), isto é, as imitações possíveis são sobretudo idiossincráticas e não implicam partilha (Baron-Cohen, 1993; Charman, 2005; Mundy, 2005; Hobson, 2005). Porém, a falta de evidências empíricas sobre a dificuldade em partilhar intenções e actividades colaborativas em autistas ainda é uma realidade (Verbeke et al., 2005).

Umas das críticas à teoria da aprendizagem colaborativa é que esta apenas se possa encontrar nos seres humanos, deixando de lado estudos que mostraram que os chimpanzés e outros maníferos conseguem colaborar em actividades cujo objectivo é a aquisição de novos comportamentos (Bard, 1993; Schuster, 2005; Boesch, 2005; Kuczaj & Highfill, 2005; Kuczaj, Makecha, Trone, Paulos, & Ramos, 2006). O estudo mais antigo que reporta actividades colaborativas entre chimpanzés é o estudo de 1937 de Crawford (Horner, Bonnie, & de Waal, 2005). As actividades colaborativas e o ajustamento do comportamento em relação ao outro podem ser encontrados em chimpanzés no seu habitat natural, como foi verificado em 70% da amostra do estudo de Boesch e Boesch (1989). Nesta, observou-se em que chimpanzés actuando em grupo completavam as tarefas dos outros. Contudo, Tomasello e colegas (2005) e Warneken e colegas (2010) não encontraram evidências do que os chimpanzés sejam capazes de se envolverem em actividades intencionais de partilha, como os seres humanos.

Esta qualidade de partilha intencional, que apenas existe em humanos e não nos outros primatas, é consubstanciada pela investigação de Hirata e Fuwa (2007) em chimpanzés. Aos defensores da existência de actividades colaborativas em outros primatas e maníferos (Bard, 1993; Schuster, 2005; Boesch, 2005; Kuczaj & Highfill, 2005; Kuczaj et al., 2006), Tomasello e colegas (2005) afirmam que, teoricamente, nas outras espécies, talvez estejamos perante uma forma de cooperação e não de actividades colaborativas. Cooperação implica que haja coordenação das actividades para determinados fins (Tomasello et al., 2005; Melis, Hare, & Tomasello, 2006), não existindo, contudo, objectivos e intenções partilhadas como na aprendizagem colaborativa nos seres humanos. Outra falha levantada por Tomasello e colegas (2005) é relativa ao tipo de metodologia usada pelos defensores de actividades colaborativas em outras espécies (Bard, 1993; Schuster, 2005; Boesch, 2005; Kuczaj & Highfill, 2005; Kuczaj et al., 2006). Isto é, estes utilizam uma metodologia de observação naturalista, contudo para compreender os aspectos cognitivos nas actividades colaborativas é necessário um ambiente controlado, pois um determinado comportamento, observado em contextos diferentes (no ambiente natural ou laboratório) pode implicar mecanismos cognitivos

diferentes.

Brownell, Nichols e Slovetlona (2005) também criticam Tomasello e colegas (1993, 2005) sobre a capacidade de os bebés se envolverem em actividades colaborativas. Estes investigadores (idem) concordam que as crianças conseguem envolver-se em actividades colaborativas e na partilha da intencionalidade, com adultos, contudo têm dificuldades em envolver-se em actividades colaborativas com os seus pares. Por outras palavras, na relação criança-adulto, as actividades colaborativas e a partilha de intencionalidade são moldadas pelos adultos. Nas actividades com os pares, existem dificuldades de um bebé se envolver numa actividade colaborativa que implique partilha de objectivos simples (Brownell et al., 2005; Brownell, Ramani, & Zerwas, 2006). Para fundamentar esta posição, Brownell e colegas (2006) estudaram as actividades cooperativas em crianças com um e dois anos. Nas crianças de um ano, as acções coordenadas surgem mais como coincidências colaborativas do que como actividades de cooperação. Só aos dois anos é que se conseguia notar que havia uma verdadeira actividade colaborativa com a partilha dos mesmos objectivos. Esta dificuldade em encontrar acções colaborativas entre pares no primeiro ano de vida já tinha sido observada em Brownell e Carriger (1990) que apenas as encontraram em crianças com vinte e sete meses.

Os mais acérrimos críticos de Tomasello e colegas (1993), de Tomasello (1998) e de Tomasello e colegas (2005) são Gergely e Csibra (2005, 2006), que afirmam que os argumentos de Tomasello e colegas (2005), na defesa de colaboração partilhada, não são suficientes, especialmente se recorrermos apenas aos dois pré-requisitos defendidos por Tomasello e colegas (2005), ou seja, a compreensão de acções intencionais dos outros e a motivação primária para a partilha de estados psicológicos dos outros. Gergely (2003), Gergely e Csibra (2003, 2005, 2006), Csibra (2010) e Csibra e Gergely (2013) apoiam-se mais no modelo teleológico e argumentam que nas actividades colaborativas temos que ter em atenção mais um pré-requisito, para além dos apresentados por Tomasello e colegas (2005); a capacidade de partilhar informações relevantes. Isto implica que as crianças têm que negociar e coordenar, através da partilha de informação relevante, as actividades colaborativas, nomeadamente negociarem e estarem de acordo sobre o tipo de objectivos partilhados, os tipos de acções necessárias, a elaboração de um plano para alcançar os objectivos e sobre qual o papel de cada um.

Tendo em atenção as críticas sobre a capacidade de partilha intencional e a partilha colaborativa nos seres humanos, Tomasello (1998) e Tomasello e colegas (2005) apresentam duas hipóteses para explicar a cognição social nos primatas. A primeira hipótese, hipótese

filogenética, é que os primatas conseguem compreender a existência de categorias de relações sociais, de eventos e de parceiros sociais, isto é, não só compreendem as relações triádicas, mas também compreendem os outros, pois compreendem os objectivos e os estados psicológicos dos outros. Este tipo de compreensão categorial parece não ser encontrado nos outros mamíferos. Esta capacidade de categorização social poderá ter surgido das relações sociais que envolvem noção de família e dominância entre grupo de pares, tornando-se uma vantagem evolutiva para os primatas.

Contudo, Povinelli e Barth (2005) discordam de Tomasello (1998) e de Tomasello e colegas (2005) afirmando que a hipótese filogenética apoia a ideia de que os chimpanzés conseguem representar mentalmente o estado dos outros e partilhá-lo mas, na verdade, a capacidade de partilhar estados mentais é uma característica única dos seres humanos. As investigações com primatas que apoiam a posição de Tomasello (1998) e Tomasello e colegas (2005) relatam que a capacidade de os primatas compreenderem os objectivos dos outros, na verdade, deve ser interpretada de outra forma. Segundo Povinelli e Barth (2005), o que talvez se verifique nas investigações é que os primatas poderão estar a reagir a associações entre acções direccionadas a objectivos e pistas comportamentais. Tomasello e colegas (2005) contra-argumentam que a mesma explicação de Povinelli e Barth (2005) pode ser utilizada nos estudos com seres humanos.

A segunda hipótese, hipótese ontogénica, refere-se à diferença entre homo sapiens e os outros primatas, afirmando Tomasello (1998, 2003) e Tomasello e colegas (2005) que apenas os seres humanos compreendem intencionalidade e casualidade, estando a intencionalidade relacionada com os aspectos sociais (a compreensão dos comportamentos sociais está directamente relacionada com a intencionalidade dos outros e com os objectivos) e a casualidade com aspectos físicos (o ser humano percebe que casualidade é um mediador da relação entre eventos sequenciais). Esta posição de que os seres humanos, desde muito cedo, compreendem intencionalidade e casualidade, vem contradizer Watson (2005) que afirma que a intencionalidade e outros estados mentais têm uma base lógica, apoiada num sistema puramente cognitivo. Já Perner e Doherty (2005) acreditam que os bebés possuem uma capacidade de compreender os estados mentais dos outros, que envolve uma explicação teleológica do comportamento dos outros, no qual o comportamento é uma função do estado actual das circunstâncias e dos indivíduos. Para estes, apenas quando as crianças compreendem as crenças é que conseguem compreender os estados mentais internos dos outros (Perner & Doherty, 2005).

Além disso, crianças com idades entre dois e três anos, perante uma determinada

tarefa colaborativa com um par (Hamann et al., 2011), tendem a distribuir os recursos ganhos de forma equitativa com os seus pares muito mais frequentemente do que outros primatas que não partilham os recursos obtidos. Outro comportamento que apenas existe nos seres humanos é o uso do apontar na comunicação como um aspecto importante na procura de uma actividade conjunta (Tomasello & Carpenter, 2007). O mesmo pode dizer-se sobre a capacidade de os seres humanos direccionarem a atenção do outro para determinado objecto; esta capacidade apenas ocorre precocemente nos seres humanos.

1.7. Vocalizações e comunicação na infância

Sim-Sim, Silva e Nunes (2008) e Sousa (2012) afirmam que o desenvolvimento fonológico está geneticamente programado, que é inato, sendo independente do contexto e da cultura. Antes de se apresentar a existência de uma relação entre intersubjectividade e vocalizações, convém explicar o que é desenvolvimento fonológico. De acordo com os autores referidos, o desenvolvimento fonológico é caracterizado pela capacidade de distinguir e articular todos os sons de uma língua.

Do nascimento aos três meses, o bebé já compreende a diferença entre sons de baixa e de elevada frequência e, quando lhe dirigem a palavra, fica atento e quieto, acalma-se com a voz dos seus cuidadores e muda a frequência da sucção em resposta a um determinado som (Rigolet, 2000; Albuquerque, Coimbra, Grilo, & Camarneiro, 2009; Correia, 2011; Guimarães, 2010; Sim-Sim et al., 2008; Sousa, 2012). Ainda, neste período, o bebé sorri quando vê o seu cuidador, apresenta diferentes tipos de choro consoante as suas necessidades e emite sons de prazer.A primeira manifestação sonora do bebé é o choro (Rigolet, 2000; Lima & Bessa, 2007; Sim-Sim et al., 2008; Sousa, 2012) que dá origem ao período pré-linguístico, período universal, independente da cultura e da língua materna do bebé. Ainda, entre o nascimento e os três meses, a criança inicia um período importante do desenvolvimento da comunicação que é o palreio, consistindo na emissão de sons vocálicos e consonânticos que permitem ao bebé exprimir diferentes estados internos, por exemplo, bem-estar e prazer.

Entre os quatro e os seis meses, o bebé já procura, com os olhos, os sons, responde às mudanças de tom da voz da mãe, compreende que os brinquedos fazem sons, presta atenção às músicas, distingue as vozes masculinas e femininas e identifica e discrimina padrões de entoação e ritmo, reagindo de forma diferente a cada tipo entoação (Rigolet, 2000; Correia, 2011; Guimarães, 2010; Lima & Bessa, 2007; Sim-Sim et al., 2008; Sousa, 2012). Segundo

Gratier e Trevarthen (2007), a voz é um aspecto vital inerente ao fenómeno dialógico e à vida social do bebé, pois permite a este dar significado às suas experiências internas e externas. Ao nível da produção e articulação de sons, o bebé balbucia sons diferentes (incluindo "pê", "bê" e "mê") como se estivesse a discursar, isto é, entra no período da lalação. Além disso, emite risadas, vocaliza entusiasmo e aborrecimento e palreia quando é deixado sozinho (Correia, 2011; Guimarães, 2010; Lima & Bessa, 2007; Sim-Sim et al., 2008; Sousa, 2012).

Por último, entre os sete e os doze meses, o bebé mostra agrado por jogos com sons, tais como o esconde-esconde ou virar a sua cabeça, virar o corpo e os olhos em direcção aos sons quando os outros falam, reconhece já algumas palavras (e.g. copo e sapato) e responde às solicitações maternas (Rigolet, 2000; Correia, 2011; Guimarães, 2010; Sim-Sim et al., 2008). O balbucio já é longo e os sons são agrupados em sons rítmicos. Para captar a atenção da mãe, o bebé usa discursos e outros sons (além do choro). De igual modo, aos doze meses, usa gestos para comunicar, imita sons diferentes e já produz uma ou duas palavras. Sim-Sim e colegas (2008) chamam a este período de reduplicação silábica, que se caracteriza por uma repetição de sílabas, do tipo "*mamamama*" ou "*babababa*", com uma estrutura "consoante/vogal/consoante/vogal". Aos doze meses de idade, dá-se uma diminuição da reduplicação silábica e inicia-se a produção de uma ou duas sílabas com uma estrutura "consoante/ vogal" e ou "consoante/vogal/consoante/vogal" (e.g., "pa" e "papa"). É, ainda, aos doze meses que se inicia a produção das primeiras palavras, surgindo assim o período linguístico (Rigolet, 2000; Lima & Bessa, 2007; Sim-Sim et al., 2008; Sousa, 2012).

Sim-Sim e colegas (2008) referem ainda que esta produção de sons e a sua discriminação acontecem ao mesmo tempo que a compressão e uso das estruturas prosódicas (constituídas por três dimensões: 1) duração, 2) intensidade e 3) acento). Isto é, ocorre um desenvolvimento da sensibilidade para a entoação das palavras e do discurso (Frota, Matos, Cruz, & Vigário, *in press*; Sim-Sim et al., 2008) que é necessário dominar para que haja um desenvolvimento fonológico.

Kuhl e Meltzoff (1996) apresentam uma alternativa ao desenvolvimento pré-linguístico, defendendo um modelo de desenvolvimento da produção vocal por etapas/fases, nomeadamente cinco fases, desde o nascimento aos dezoito meses de idade. Do nascimento aos dois meses de idade, estão presentes sons espontâneos, puramente de caracter reflexivo, como o choro e o soluçar; a esta fase, Kuhl e Meltzoff (idem) denominaram como fase de fonemas reflexivos. A etapa seguinte, chamada de palrar (*cooing*), ocorre do primeiro ao quarto mês de idade, fase em que o bebé produz sons "quase vocais" sendo as vogais os sons predominantes. Nesta etapa, o bebé consegue detectar a interacção entre os sons que escuta e

os movimentos articulatórios do seu interlocutor. Isto vai permitir, a um nível cognitivo, criar um mapa mental que vai dar acesso aos movimentos da produção sonora (Kuhl & Meltzoff, ibidem). A terceira etapa acontece entre os três e os oito meses de idade e consiste na emissão de sons com correspondência a vogais, através do choro, sussurros e gritos, a que os investigadores (idem) chamaram de fase de expansão. Entre os cinco e os dez meses de idade, os bebés expressam sequências silábicas estruturadas, do estilo consoante-vogal, como papa, mama e que Kuhl e Meltzoff (idem) intitularam de fase de balbucio canónico (*canonical babbling*). Rocha e colegas (2008) referem que, nesta fase, existe um balbucio musical que é uma resposta do bebé à música, caracterizado por um grupo de sons de escalas diferentes, não organizados, com algum ritmo e soletrados, através de uma única vogal, o qual está ligado à respiração do bebé. Esta ideia surge no trabalho pioneiro de Moog (1976, cit in Rocha et al., 2008) sobre desenvolvimento musical que afirma que o balbucio musical é um percursor da linguagem oral (Rocha et al., 2008).

Por último, entre os dez e os dezoito meses, como resultado da combinação entre discurso com significado e balbucio canónico, os bebés iniciam a produção verbal. Esta etapa é referenciada como discurso significativo (Kuhl & Meltzoff; 1996; Lima & Bessa, 2007; Sim-Sim et al., 2008; Sousa, 2012).

Kuhl e Meltoff (1996) afirmam que a vocalização, mais especificamente a imitação da vocalização, é um mecanismo que contribui para o desenvolvimento do discurso da criança e pode ser considerado como um padrão universal da linguagem. Para isso, defendem o modelo Íman da Língua Nativa também conhecido por Teoria do Compromisso Neuronal (TCN). Hipotetizam estes autores que as crianças recorrem ao armazenamento da linguagem do ambiente ao escutarem os sons e as representações perceptuais que surgem da fala dos outros, que, por sua vez, são reproduzidas e devolvidas aos outros. Para apoiar a TCN, Kuhl e Meltzoff (1996) efectuaram uma experiência laboratorial com crianças com doze, dezasseis e vinte semanas de idade. A estes bebés, foram apresentadas imagens com sons de três vogais diferentes. As crianças com estas idades conseguiram reproduzir sons semelhantes às vogais apresentadas. Através da análise das vocalizações das crianças, verificou-se, ainda, que existem alterações das vocalizações às vinte semanas de idade: as categorias das vogais tornam-se mais distintas quando comparadas com as reproduções de vogais às doze semanas de idade. Mais recentemente, a investigação de Tian, Moon, Lagercrantz e Kuhl (2011) veio apoiar as investigações de Kuhl e Meltzoff já referidas. Às trinta e três horas após o nascimento, os bebés conseguem diferenciar as variações das vogais da língua nativa, conseguem discriminar as variações das vogais de uma língua estrangeira e respondem às

variações da língua nativa. Ainda segundo estes autores (Tian et al., 2011), esta capacidade discriminativa está dependente do nível de exposição pré-natal ao discurso materno infantil.

Para o senso comum, e para algumas correntes filosóficas, a primeira palavra que é proferida por um bebé é o primeiro sinal de que este pertence a uma sociedade complexa e sofisticada, sendo capaz de recorrer ao pensamento racional (Papoušek, 1993; Papoušek & Papoušek, 1992). O bebé é, então, capaz de extrair símbolos abstractos e de construir e representar conceitos intrínsecos (e.g., intenções, pensamentos e desejos) e consegue exprimir exteriormente os conceitos intrínsecos, dando assim início aos processos cognitivos. Esta visão contraria investigações empíricas levadas a cabo há mais de quarenta anos que monstraram que os bebés, antes da produção da primeira palavra, já possuem conceitos abstractos, por exemplo, de número (Papoušek & Bernstein, 1969 cit in Papoušek, 1993; Papoušek & Papoušek, 1992). Isto pode ser observado em bebés com idades entre os quatro e os cinco meses, em que os bebés compreendem regularidades comportamentais e respondem atempadamente (Papoušek & Bernstein, 1969).

Esta investigação (Papoušek & Bernstein, 1969) permitiu, ainda, aos investigadores afirmarem que a prática pré-verbal é fundamental para a aprendizagem e para o desenvolvimento linguístico. Nesta prática pré-verbal, e na posterior aquisição da linguagem, é fundamental o papel da mãe/cuidador. A mãe/cuidador principal assume um papel de apoio à criança ao incentivar a aprendizagem e o treino da comunicação pré-verbal. Como este papel é possível de ser observado transculturalmente, Papoušek (1993) afirma que possui um carácter mais bio-comportamental do que cultural, a que chamaram de comportamento intuitivo. O que Papoušek (idem) defende é que o bebé consegue aceder às representações mentais através do movimento, tal como defende Trevarthen (1974-2014) sobre a intersubjectividade, e que emoções e estados comportamentais estão interligados (Papoušek, 1993; Papoušek & Papoušek,1992). De forma a substanciar esta afirmação, Papoušek (1993) recorre à sua investigação anterior (Papoušek & Papoušek, 1984) com crianças de nove meses. Nesta investigação, as crianças conseguiam simbolizar um pássaro (desenhos tridimensionais e artísticos) através dos movimentos dos braços.

Papoušek e Papoušek (1992) e Papoušek (1993, 2007) verificaram a existência de uma correspondência entre bebé e mãe que possui um carácter não consciente, mas sim biológico, ligado à evolução humana. Os autores verificaram, também, que as estruturas neurológicas estão ligadas ao processamento da informação processual, muito antes do processamento declarativo.

No que concerne ao desenvolvimento da comunicação, este surge desde muito cedo e

isso pode verificar-se através da presença de competências comunicativas em bebés com apenas poucos meses (Papoušek, 1993; Papoušek & Papoušek, 1992), havendo ainda uma possível explicação neurobiológica. Contudo, não se pode esquecer que, no desenvolvimento da comunicação e no processamento linguístico, a cultura e o meio sócio-económico assumem um papel importante (Fernald, Marchman, & Weisleder, 2013). Por exemplo, em crianças entre dezoito e vinte e quatro meses de idade, as diferenças em função do meio sócio-económico foram evidentes, tantos aos dezoito meses como aos vinte e quatro meses (Fernald et al., 2013). Aos dezoito, meses verificou-se que as crianças do meio sócio-económico alto eram mais favorecidas ao nível do desenvolvimento da comunicação do que as crianças do meio sócio-económico baixo. Aos vinte e quatro meses de idade esta diferença era de seis meses de desenvolvimento: mais uma vez, um processamento linguístico mais precoce era verificado em crianças do meio sócio-económico alto.

Nunes e Aquino (2014) afirmam que os bebés possuem uma capacidade comunicativa intencional, recorrendo para isso à expressão das vocalizações, à tomada de vez através do contacto ocular e ao apontar. Esta capacidade foi captada num estudo com uma amostra de mães de bebés de quatro e de nove meses; de acordo com o relato de estas mães, os seus bebés apresentam já intencionalidade comunicativa. As mães percepcionam que, numa fase precoce, o bebé recorre ao choro para comunicar, mas também ao olhar, aos movimentos corporais e ao sorriso (idem) – tal como é afirmado por Trevarthen (1974-2014). Aos nove meses de idade do bebé, as mães que participaram no estudo de Nunes e Aquino (2014) relatam que o choro é usado na comunicação de forma intencional, bem como os movimentos corporais, o apontar, o olhar e o sorriso. Esta investigação (idem) reforça a importância da percepção materna sobre as vocalizações do bebé. Quando as mães não estão disponíveis para captar ou para reagir às expressões vocais dos seus bebés, como no caso da depressão pós-parto, verifica-se que existem implicações para o desenvolvimento social do bebé (Reissland, Shepherd, & Herrera, 2003).

Comunicação, para o bebé, é interagir com o outro (Papoušek, Papoušek, & Haekel, 1987, cit in Papoušek, 2007) através de uma espécie de assinatura emocional no discurso materno (Bergeson & Trehub, 2007), conhecido como discurso infantil da mãe ou *motherese* (Fernald, 1985; Fernald & Simon, 1984). Isto é, um discurso materno mais lento com uma sintaxe mais simplificada, mais rítmica e exagerada, repetida, prosódica, musical, com interjeições curtas e diversas formas de expressões faciais (Bergeson & Trehub, 2007; Fernald, 1985; Fernald & Simon, 1984; Papoušek, 2007; Trevarthen, 1974-2014), sendo que é possível verificar a sua existência nas mães entre o terceiro e o quinto dia de vida do bebé

(Fernald & Simon, 1984) e entre as dez e as treze semanas de vida (Gratier & Devouche, 2011). A assinatura emocional materna é percepcionada e processada pelo bebé (Papoušek, 2007) de forma a permitir que a criança apreenda e internalize as diversas formas de expressões faciais e, ainda, a dar um significado às experiências, internas e externas e quotidianas e a dotar a criança de significados intencionais das suas acções (Papoušek, 2007).

Este tipo de discurso materno é importante na responsividade emocional do bebé e na aquisição e gestão da linguagem, parecendo ter mais força e mais impacto quando é apresentado de forma multi-modal: vocalizações e expressões faciais (Werker & Mcleod, 1989). Quando se estudam as diferenças entre a preferência pelo discurso infantil da mãe ou do pai, a preferência dos bebés é pelo discurso infantil da mãe (Kokkinaki & Kugiumutzakis, 2000). Ainda, no estudo de Werker e Mcleod (1989), que já referimos anteriormente, crianças mais pequenas (entre os quatro e os seis meses) preferem o discurso infantil directo de uma mulher do que de um homem.

Contudo, Liu, Kuhl e Tsao (2003), no seu estudo com mães que falavam mandarim, o discurso materno claro e não o discurso materno infantil, estava associado a uma melhor capacidade linguística dos bebés com menos de doze meses de idade (um grupo com bebés dos seis aos oito meses e um segundo grupo com bebés dos dez aos doze meses). Nesta diferenciação entre discurso materno claro e discurso materno infantil foram verificadas correlações significativas entre a dimensão das vogais da mãe e a melhores capacidades linguísticas do bebé, tanto no grupo dos bebés entre os seis e os oito meses bem como no grupo dos bebés com idades entre os dez e os doze meses de idade. Por outras palavras, o discurso materno claro tem um efeito directo no desenvolvimento linguístico do bebé (Cristià, 2011; Kuhl, 2010; Liu et al., 2003; Liu, Tsao, & Kuhl, 2009).

Quando confrontados com o som do discurso humano e com sons indiferenciados, os bebés apresentam uma preferência pelo discurso humano (Vouloumanos, Hauser, Werker, & Martin, 2010; Vouloumanos & Werker, 2007a, 2007b). Esta tendência para preferir o discurso humano é importante para a aquisição da linguagem. Para apoiar esta hipótese, Vouloumanos e Werker (2007a) fizeram uma investigação que teve como objectivo verificar se bebés entre um e quatro dias de vida apresentavam uma inclinação maior para o discurso ou para sons indiferenciados.

A propensão dos bebés para o discurso humano foi verificada pela apresentação de mais comportamentos de sucção no bebé nesta condição do que o observado em resposta a sons indiferenciados. Este estudo vem confirmar dados semelhantes referidos no trabalho de Ramus, Hauser, Miller, Morris e Mehler (2000) em que as crianças conseguem discriminar

entre discursos linguísticos apresentados normalmente e discursos apresentados em sequência invertida. Tendo em conta estes dados, Vouloumanos e Werker (2007a, 2007b) afirmam que a melodia vocal não explica a preferência dos bebés pelo discurso falado, como defendem Rosem e Iverson (2007, cit in Vouloumanos & Werker, 2007b) mas sim que a preferência humana pelo discurso humano é inata (Vouloumanos & Werker, 2007b).

Papoušek e Papoušek (1989, cit in Papoušek, 2007) afirmam que o bebé tem a capacidade de detectar correspondências entre comportamentos vocais e comportamentos faciais expressivos, através da imitação do discurso infantil da mãe e dos comportamentos afectivos dos pais. Esta capacidade pode ser verificada pela preferência em escutar discursos com maior prosódia/entoação aos quatro meses de idade, em mais de 50% das crianças (Fernald, 1985, 1989), preferência que também foi verificada nas investigações de Grieser e Kuhl (1988), em que prosódia e entoação no discurso infantil da mãe são um elemento chave. O mesmo foi verificado em crianças com síndroma de Down (Glenn & Cunningham, 1983) e também, na investigação de Cooper e Aslin (1990) e de Singh, Morgan e Best (2002) assim como no desenvolvimento psicolinguístico descrito nos estudos do *Lisbon Baby Lab (*Centro de Linguística da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa; Cruz & Frota, 2011; Vigário, Butler, & Correia, 2013).

Os estudos do *Lisbon Baby Lab* do Centro de Linguística da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa têm demonstrado que a prosódia/entoação surge no discurso das crianças com léxico reduzido, isto é, em crianças pequenas, assim como, que a prosódia está associada à produção de palavras e que o seu desenvolvimento em crianças Portuguesas é igual ao de outras crianças de outros países e culturas (Cruz & Frota, 2011; Frota, 2013; Frota et al., 2013; Frota, Matos et al., *in press*; Vigário et al., 2013).

Existe um constructo nos estudos da comunicação dos bebés que é transversal a todos os teóricos do desenvolvimento do bebé, quer sejam investigadores da área da intersubjectividade (Stern, 1985, 1998, 2000, 2007, 2010; Trevarthen, 1974-2014), da imitação, na perspectiva de Meltzoff (Meltzoff & Moore, 1995, 1997), na perspectiva de Nagy (2008, 2011, 2012), no desenvolvimento da comunicação (Bergeson & Trehub, 2007; Fernald, 1985; Fernald & Simon, 1984; Papoušek, 2007; Papoušek e Papoušek, 1989) ou na perspectiva da intencionalidade de Tomasello e da sua equipa (1993,1998, 2005). Este constructo é referido como tomada de vez/tomada da palavra, mais conhecido como *turn-taking* a nível internacional, e mesmo ao nível do mundo lusófono (e.g., Monteiro, 2011; Soares, 2013). Esta tomada de vez desenvolve-se nos bebés entre os dis e os três meses de idade (Antunes & Rocha, 2009) ou, segundo Filho e Zaniboni (2014), já no primeiro mês de

vida de um bebé, de forma não-verbal. A mãe, segundo estes autores (Filho & Zaniboni, 2014), tem um papel importante através da adopção de diferentes papéis na interacção e com recurso a perguntas que chamam a atenção do bebé.

Associado à tomada de vez, Gratier e Trevarthen (2007) comparam a expressividade rítmica da voz com o conceito de *holding* de Winnicott (1975, 1990, 2000). Para aqueles autores, a expressividade rítmica da voz funciona como um "*holding* da atenção e do interesse", mas também, como uma forma de assegurar o conforto e o bem-estar do bebé.

Convém fazermos um aparte, neste momento, e explicar o conceito de "*holding*" em Winnicott (1975, 1990, 2000); este caracteriza-se como um conjunto de comportamentos maternos em relação à criança que têm como objectivo responder às suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais. Por isso, Gratier e Trevarthen (2007) afirmam que, na interacção mãe-bebé, a expressividade rítmica da voz é uma forma de sustentação. No jogo da tomada de vez entre mãe e bebé, é necessário que haja um *holding*, tanto físico, como psicológico e ambiental, para que o bebé possa compreender e dar significado a si mesmo, ao outro e às suas experiências internas e externas.

Pode-se, mesmo, afirmar que a mãe impulsiona o desenvolvimento social do seu bebé através dos múltiplos jogos que existem na tomada de vez sustentados pelas múltiplas vocalizações que esta oferece e que permitem ao bebé expressar, quer seja pela imitação e ou pela capacidade de deixar que o bebé tenha um mais papel activo na interacção.

Mais uma vez, encontramos um paralelismo com o trabalho de Winnicott (1975, 1990, 2000), nomeadamente a noção de "mãe suficientemente boa", em que a mãe permite ao seu bebé ser agente do seu mundo e ter uma experiência de omnipotência primária (Winnicott, 1975, 1990, 2000; Gonçalves, 2014; Farate, 2014).

Contudo, ser agente do seu mundo e ter a experiência de omnipotência primária, que surge dos jogos da tomada de vez aparece de uma forma gradual no desenvolvimento do bebé (Rutter & Durkin, 1987; Gonçalves, 2014; Farate, 2014). Numa primeira fase, as mães adaptam o seu comportamento à livre vocalização dos seus bebés, isto é, as mães permitem que os seus bebés interrompam o discurso delas e que criem fugas das interacções comunicativas. Porém, aos vinte e quatro meses existe uma mudança no comportamento nos bebés; estes interrompem menos as suas mães e envolvem-se mais em vocalizações coordenadas com as suas mães (Rutter & Durkin, 1987).

Hsu e Fogel (2001), na sua investigação, vêm endossar as ideias de Winnicott (1975, 1990, 2000) ao afirmarem que o desenvolvimento vocal não emerge todo a partir da criança, mas da equação mãe-bebé, isto é, da interacção que existe na díade. Para apoiar esta

afirmação, os investigadores (Hsu & Fogel, 2001) levaram a cabo um estudo onde acompanharam o desenvolvimento vocal de treze bebés entre as quatro e as vinte e quatro semanas de vida, com uma periodicidade semanal. Durante aquele período de tempo, foram avaliados os padrões de comunicação que surgem nas interacções face-a-face entre mãe e bebé, através da análise de vocalizações silábicas e vocálicas. As vocalizações silábicas são caracterizadas por sons produzidos na região anterior da boca, criando assim uma maior ressonância oral. São consideradas mais relaxantes e mais próximas de um discurso linguístico. Enquanto as vocalizações vocálicas são produzidas na região posterior da boca, o que provoca uma maior nasalização dos sons, sendo mais forçadas e menos parecidas com um discurso linguístico. Segundo a definição dos autores (idem), a relação mãe-bebé engloba cinco padrões de comunicação distintos: 1) comunicação simétrica, caracterizada pela existência de uma coordenação e elaboração de novas narrativas que surgem na díade; 2) comunicação assimétrica, descrita como a existência do mesmo interesse dos membros da díade por uma determinada actividade, embora um seja o agente activo e o outro o agente passivo da comunicação e da actividade; 3) comunicação unilateral, em que ambos os parceiros estão envolvidos em actividades diferentes (e.g., enquanto a mãe sorri para o seu bebé e este último chucha intensamente o seu polegar); 4) comunicação disruptiva, caracterizada pelas tentativas de um parceiro da díade em envolver o outro numa determinada actividade, embora este não responda e 5) comunicação desligada, descrita pela ausência de envolvimento entre mãe e bebé (idem). No estudo de Hsu e Fogel (2001), verificou-se uma correlação positiva entre, por um lado, as vocalizações silábicas e vocálicas e, por outro lado, o padrão de comunicação simétrico, enquanto com o padrão unilateral a correlação é negativa. A produção de vocalizações silábicas e vocálicas ocorre mais nas relações simétricas do que nas relações assimétricas. Estes resultados indicam que, nas relações unilaterais, existe a possibilidade de haver uma inibição da comunicação na díade (idem). Por último, na relação simétrica, os investigadores observaram mais produções de vocalizações silábicas do que produções de vocalizações vocálicas. Mas, o mais interessante é que as vocalizações silábicas eram mais fortes na comunicação simétrica nas primeiras semanas e depois diminuíam às dezasseis semanas em detrimento das vocalizações vocálicas; na análise de Hsu e Fogel (idem), a relação surgia através de um U invertido. Isto quer dizer que, antes dos quatro meses de idade, a comunicação é simétrica e depois dos quatro meses é assimétrica, sugerindo assim uma transição do sistema de comunicação (ibidem). Quer dizer que a criança surge como um ser agente do seu mundo com a experiência de omnipotência primária (Winnicott, 1975, 1990, 2000) que nasce dos jogos da tomada de vez nas interacções, aparecendo de uma forma

gradual no desenvolvimento do bebé (Rutter & Durkin, 1987).

Quando se compara a tomada de vez na comunicação mãe-bebé entre bebés pré-termo e bebés de termo, verifica-se que as mães dos bebés pré-termo seguem mais as expressões com vocalizações dos seus bebés do que as mães dos bebés de termo. Enquanto isso, os bebés de termo seguem mais as expressões com vocalizações da mãe do que os bebés pré-termo (Reissland & Stephenson, 1998). Estas diferenças encontram-se não nos primeiros dias após o nascimento mas depois da sétima semana após a alta hospitalar. Isto quer dizer que, nos bebés prétermo se verifica que as expressões e as vocalizações maternas são também importantes para a aquisição da linguagem (idem). Esta investigação de Reissland e Stephenson (idem) é apoiada pela investigação de Rand e Lahav (2014) que verificaram que as crianças nascidas entre as vinte e cinco e as trinta e duas semanas gestacionais apresentam valores cardíacos mais baixos quando são expostos mais tempo à voz da mãe. As diferenças entre bebés pré-termo e bebés de termo também foram verificadas na investigação de Suttora e Salerni (2011) que observaram que a comunicação atinge um patamar de estabilidade à medida que o bebé pré-termo cresce e que há uma maturação motora do bebé, implicam o ajustamento do estilo interactivo materno face ao desenvovimento dos bebés.

Finalmente, nos estudos etnolinguísticos, a tomada de vez mostrou ser um factor universal (Stivers et al., 2009), possível de se verificar em todas as culturas e línguas, independentemente da região geográfica, da situação social e dos meios culturais. Por exemplo, Stivers e colegas (2009) investigaram a tomada de vez (tempo de resposta em milissegundos) numa amostra de conversações naturais e informações em dez línguas de cinco continentes. Neste estudo, a tomada de vez surge como um sistema universal na comunicação, isto é, uma infra-estrutura com pequenas variações culturais, verificando-se em mais de 60% dos participantes que respondiam às perguntas colocadas pelos seus parceiros. Por isso, Strivers e colegas (2009) concordam com Schegloff (2006, cit in Strivers et al., 2006) ao afirmarem que as interacções verbais informais são a matriz da vida social do ser humano.

1.8. A intersubjectividade na psicologia clínica

A intersubjectividade também pode ser classificada como concordante ou discordante (Minnis, Marwick, Arthur, & McLaughlin, 2006; Nogueira & Seidl-de-Moura, 2007), sendo que no primeiro caso é caracterizada por uma sintonia diádica de interacções verbais ou não-verbais e no segundo é caracterizada pela existência de uma interacção verbal ou não-verbal

fora do tempo (Minnis et al., 2006; Nogueira & Seidl-de-Moura, 2007), causando stress e desconforto (Cortina & Liotti, 2010). No caso da intersubjectividade concordante, verificamos que está associada ao desenvolvimento típico e ao desenvolvimento de expectativas dos adultos relativamente às crianças. Já a intersubjectividade discordante provoca surpresa na criança e um conjunto de processos interessantes: consciencialização reflexiva do Eu na relação com os outros que, por sua vez, leva ao autoconhecimento e intenções, conhecimento e expectativas acerca dos outros, mas também à regulação emocional e a uma comunicação afectiva (Minnis et al., 2006).

Quando existe um equilíbrio entre a quantidade de trocas intersubjectivas concordantes e discordantes, com pequenas quantidades das segundas, verificamos uma interacção pautada por uma linguagem própria e satisfatória que, mais tarde, irá resultar no evitamento de estranhos categorizados como figuras de segunda ordem, enquanto o cuidador é considerado como figura de primeira ordem (Minnis et al., 2006). Perturbações como a depressão pós-parto e o autismo têm uma forte associação com interacções fortemente pautadas por trocas intersubjectivas discordantes, o que poderá ter um impacto negativo na comunicação afectiva e na cognição social (idem). Quando a criança se encontra perturbada, a intersubjectividade concordante e a vinculação adequada permitem à criança voltar a um estado de equilíbrio emocional. Contudo, a vinculação não está activa em todos os momentos da interacção mãe-bebé, ao contrário da intersubjectividade concordante, em que a mãe nos estados de alerta da criança usa uma comunicação mais directa e simples (*motherese*). Com o tempo, a intersubjectividade concordante (que gera satisfação para a mãe e o bebé) dá origem a que figuras familiares sejam categorizadas como figuras de primeira ordem e os estranhos (que causam desconforto e geram uma rejeição das trocas intersubjectivas) como figuras de segunda ordem (ibidem).

Segundo Minnis e colegas (2006), quando a intersubjectividade concordante é inexistente existem sérios compromissos de desenvolvimento neuronal e no funcionamento social, o que poderá por em causa a sobrevivência do bebé e da mãe (esta, nos primeiros meses de vida do seu filho, encontra-se dependente de outros). Uma das hipóteses que se coloca é que a intersubjectividade concordante é importante para o desenvolvimento neuronal do bebé, sendo que, nas situações onde foi privada deste tipo de intersubjectividade, a criança irá a todo o custo procurar trocas intersubjectivas concordantes. No desenvolvimento dos comportamentos de vinculação, este sistema é caracterizado por uma desinibição e é dirigido a todos os adultos amigáveis e simpáticos. Nestes casos, os estranhos deixam de ser categorizados como figuras de segunda ordem, são rejeitados e as trocas intersubjectivas

concordantes são avidamente procuradas sem que haja discriminação entre figuras de primeira ordem (cuidador) e figuras de segunda ordem (idem). De igual modo, nestes casos, não encontramos uma partilha e construção de uma narrativa das experiências e dos "momentos presentes" definidos por Stern (1998), mas sim uma formação de narrativas e experiências de "aqui e agora" debilitadas/ fracas (Minnis et al., 2006). Esta poderá ser uma explicação para os comportamentos das crianças institucionalizadas que, incessantemente, procuram relacionar-se com outros, mesmos os estranhos (Minnis et al., 2006; Cortina & Liotti, 2010). Por outras palavras, as crianças que não tiveram ou vivenciaram poucos momentos de trocas intersubjectivas concordantes não possuem a capacidade conceptual de inicialmente se moverem de uma relação falsa para uma narrativa partilhada e construída (Minnis et al., 2006).

1.9. Síntese integrativa

Nos últimos anos, a intersubjectividade surge como "tema quente e apaixonante" na área das Ciências Sociais aparecendo novos estudos que levam esta ideia para novos rumos e novas concepções (Trevarthen, 1974-2014; Hermans, Kempen, & Rens, 1992; Hermans & Kempen, 1993; Bräten, 1998; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004; Cortina e Liotti, 2010; Goodrich, 2010).

Um dos pioneiros no estudo da intersubjectividade na infância foi Trevarthen (Trevarthen, 1974-2014; Murray, 1991; Stern, 1998, 2000, 2007, 2010; Cortina & Liotti, 2010), que observou nos bebés, desde os dois meses de nascimento, a capacidade de estes se diferenciarem e responderem às solicitações dos outros, recorrendo a diferentes comportamentos, tais como utilizar o corpo (mais exactamente, as mãos e as expressões faciais), mas também a vocalizações, imitação, etc. Para além disso, verificou que a mãe responde de maneira diferenciada às solicitações específicas do seu bebé. Trevarthen partiu das contribuições de Bateson (Trevarthen, 1974-2014; Murray, 1991; Stern, 1998) sobre padrões de comunicação e comportamentos coerentes através dos movimentos expressivos, rítmicos e em simetria com as vocalizações e a comunicação maternal que Bateson definiu como protoconversação (Trevarthen, 1974-2014; Murray, 1991; Stern, 1998, 2000, 2007, 2010). Estudos mais recentes mostram que a expressão facial da mãe é muito importante e que os bebés preferem interacções com mães que manifestam mais expressões faciais e mais dinâmicas (Camarneiro, Alves, Ferreira, & Gomes, 2009).

Segundo Biscaia (2011), a motivação central do ser humano é a procura da relação

com os outros a qual irá permitir a constituição da vida mental. Esta procura da relação pode ser verificada na tendência dos bebés para responderem selectivamente, com expressões e comportamentos, às solicitações dos outros mas também para a atribuição de significados acerca das suas intenções e sentimentos (Stern, 1998, 2000, 2007, 2010; Trevarthen, 1974-2014) desde as primeiras horas de vida (Nagy, 2008). Tal, origina a suposição da existência da subjectividade desde o nascimento (Murray, 1991; Stern, 1 1998, 2000, 2007, 2010; Trevarthen, 1974-2014; Nagy, 2008). Segundo Bräten (1998), podem-se encontrar três interpretações distintas acerca da intersubjectividade: 1) uma união ou participação interpessoal conjunta obtida através do empenho, regulação e sintonização afectiva entre indivíduos, 2) um envolvimento na comunicação linguística partilhada e o envolvimento em comportamentos de atenção conjunta e 3) uma comunicação mediada por representações que possibilitam a realização de ilações sobre os estados mentais dos outros, sendo que, no desenvolvimento humano, desde muito cedo, é possível exibir comportamentos de empenho social através das expressões faciais.

Um dos paradigmas mais utilizados para estudar as trocas intersubjectivas (Faria & Fuertes, 2007; Nagy, 2008; Fuertes, Lopes-dos-Santos, Pedro, Beeghly, & Tronick, 2009) entre mãe e bebé é o paradigma de Tronick, *Face-to-Face Still-Face* (Tronick, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978), com algumas variações de investigação para investigação (Nagy, 2008). Este paradigma consiste em três episódios sucessivos de interacção mãe-bebé: 1) interacção face-a-face entre mãe e bebé e no qual é pedido à mãe para brincar com o bebé, 2) a mãe não interage com o seu bebé, mantendo sempre uma posição neutra (não sorri, não toca e não fala e não responde às solicitações do seu bebé) e 3) um episódio de reunião em que a mãe interage normalmente com o seu bebé.

A replicação deste paradigma exige um equipamento específico: sala com boa iluminação, uma cadeira de bebé, uma cadeira para a mãe, em que os olhos de ambos estejam ao mesmo nível, e duas câmaras, com dois microfones: uma filma o bebé e outra a mãe (ambas são transmitidas, num ecrã, através de uma única imagem) de forma que a leitura de ambos seja frontal e simultânea. Na categorização dos comportamentos de regulação do *stress*, durante os três episódios, é utilizado um sistema de microanálise desenvolvido por Tronick e Weinberg (1990 cit. in Fuertes et al., 2009), o *Infant Regulatory Scoring System* (IRSS), que permite analisar, segundo-a-segundo, através de vídeo, o comportamento dos bebés, onde são cotados a direccionalidade do olhar, a vocalização, os gestos, o pedir para pegar ao colo, o autoconforto, os indicadores de *stress* automáticos e outros gestos (Fuertes et al., 2009).

Concluindo, pode-se, então, afirmar que a intersubjectividade se manifesta por um conjunto de processos que começam pelo movimento (Trevarthen, 1974-2014), seguido pela imitação (Montagner, 1993; Stern, 1998, 2000, 2007, 2010; Trevarthen, 1974-2014; Braten, 1998), pela sincronização, intercoordenação, reciprocidade e protoconversação (Fogel et al., 2002; Trevarthen, 1974-2014) e sintonização afectiva, que já não envolve a imitação pura (Stern, 1998, 2000, 2007, 2010). O outro surge com um papel fundamental, nomeadamente a de regulador dos estados internos (através da intersubjectividade) da criança, (Fonagy et al., 2004; Minnis et al., 2006; Cortina & Liotti, 2010) para que esta encontre um equilíbrio afectivo e possa daí emergir um sentido de si. Isto também permite criar uma história e padrões relacionais ("*ways-of-being-with*") que são actualizados em cada novo encontro; algo de novo mas que se padroniza de cordo com as rotinas passadas (Stern, 1998, 2000, 2007, 2010). A este propósito, devíamos recordar que se pressupõe que a criança, nesta fase de padronização da rotina, utilize mecanismos cognitivos sofisticados, entre eles a memória processual e a memória episódica (Stern, 1998, 2000, 2007, 2010).

Capítulo II
Vinculação

2. Origens e conceitos fundamentais

2.1. Definição comportamental da vinculação

Sabemos hoje, graças ao trabalho pioneiro de Bowlby (1940/1991), que no desenvolvimento humano, a capacidade de estabelecer relações emocionais próximas é fundamental; é uma capacidade inata (Bowlby, 1940/1991; Figueiredo, 2003a). Para além de Bowlby (1940/1991), que inicialmente começou a estudar o desenvolvimento de comportamentos desviantes e a formação de neuroses, outra pioneira da teoria da vinculação foi Mary Ainsworth (Main, 1999; Posada, 2009). Foi uma grande colaboradora no trabalho de Bowlby, através da observação sistemática em meio natural e laboratorial (para o qual construiu um procedimento) das relações mãe-bebé ajudando a clarificar as semelhanças e diferenças individuais nestas relações (Main, 1999; Cassidy, 2008; Posada, 2009).

A primeira relação emocional próxima que o indivíduo tem é, normalmente, com a sua mãe (Bowlby, 1940/1991; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Veríssimo & Salvaterra, 2006; Brum & Schermann, 2004), desde o nascimento (Figueiredo, 2003). Segundo Ainsworth e Bowlby (1991), o desenvolvimento desta relação emocional, ou laço afectivo, tem um objectivo simples que é prover ao bebé segurança e permitir a exploração do sentido de si, dos outros e do mundo, com confiança. Por isso, estes autores, pioneiros na teoria da vinculação, definem vinculação como uma necessidade humana (Ainsworth & Bowlby, 1991). Esta ligação afectiva tem implicações na saúde do bebé ao longo do seu desenvolvimento e na formação de neuroses (Bowlby, 1940/1991; Cassidy, 2008).

Em 1951, num estudo a pedido da Organização Mundial de Saúde, Bowlby refere, pela primeira vez, a importância da mãe, ou do cuidador substituto, para o desenvolvimento da saúde mental do bebé/criança. Neste relatório, é dado ênfase à qualidade dos cuidados fornecidos ao bebé e à sua importância para um desenvolvimento saudável. As mães e os cuidadores substitutos devem prover ao bebé experiências positivas; calor humano, intimidade e uma relação continuada ao longo do desenvolvimento na qual a satisfação e o prazer da relação estejam presentes em ambos (mãe-bebé). A experiência de privação materna, nos primeiros anos de vida, tem sido observada directamente (estudos prospectivos) ou através de estudos retrospectivos (Lebovici, 1962).

É interessante verificar que, em 1940 e 1951, Bowlby (1940/1991) dá enorme relevo à família no desenvolvimento da saúde mental do bebé. Para este, a existência de uma relação mãe-bebé positiva, rica em gratificações prazerosas e positivas é influenciada pela relação que

existe com outros membros da família (pai, irmãos, etc.). Se na relação mãe-bebé ocorrerem questões emocionais delicadas (ansiedade, culpabilidade, etc.), poderá existir um efeito negativo no desenvolvimento do bebé. O bebé, nestas relações, desenvolve o sentimento de que o amor não é suficiente e, no futuro, poderão surgir distorções na sua personalidade. Mas, se Pelo contrário, se houver uma relação saudável entre a díade e os outros familiares, questões como a ansiedade ou a culpabilidade podem ser atenuadas (idem).

Bowlby (1952) refere que, nos casos de experiências negativas na relação mãe-bebé, existe uma privação dos cuidados e dos afectos. Esta privação varia conforme o contexto em que acontece; pode existir apenas uma privação parcial no contexto mãe-bebé ou pode ocorrer em situações externas, designadamente, hospitalizações e institucionalizações. A primeira situação está associada, por exemplo, a casos de ansiedade aguda, necessidade constante de amor e sentimentos de vingança, o que, mais tarde, poderá levar a culpa e a depressão. A privação externa está relacionada com casos de gravidade psiquiátrica. As evidências do impacto da privação surgem das observações directas de crianças hospitalizadas e institucionalizadas, de estudos em adolescentes e adultos com história de perturbação mental e de estudos longitudinais de crianças que sofreram privação do cuidado materno.

Bowlby (1940/ 1991) foi influenciado pelos trabalhos de René Spitz (1949, 1952a) e de William Goldfarb (1943) sobre hospitalização e institucionalização, respectivamente.

O trabalho de 1943, de Goldfarb, consistiu numa investigação sobre o impacto da institucionalização na formação da personalidade. A amostra foi realizada em dois grupos; um experimental e um de controlo. O primeiro era constituído por quinze crianças institucionalizadas (média de idades de doze anos e média de institucionalização de onze anos e sete meses e meio) e o segundo era constituído por outras quinze crianças crianças (média de idades de doze anos; institucionalizados e posteriormente adoptados em média pelos catorze meses de idade). Da comparação entre os dois grupos resultou que, as crianças institucionalizadas mais cedo e que não foram adoptadas ou que foram adoptadas mais tarde apresentam maiores "desvios" relativamente à população geral e ao grupo de controlo, além de maior apatia em relação ao seu ambiente e comportamentos inexplicáveis.

Quanto ao trabalho de René Spitz (1949, 1952a), sobre os efeitos de privação materna a longo prazo devido a hospitalização da criança e da mãe, observa-se que a privação materna precoce tem uma enorme influência na psicopatologia dos indivíduos e que, por conseguinte, a relação mãe-bebé é um aspecto fundamental na saúde mental. A visão de Spitz (1952b) acerca da hospitalização surge das observações de crianças que foram separadas precocemente das suas mães e que estiveram hospitalizadas por longos períodos. Estas

crianças, hospitalizadas antes dos seis meses, apresentaram, ainda durante o primeiro ano de vida, uma deterioração progressiva do seu desenvolvimento mental, emocional e físico. No segundo ano de vida, a morte ocorreu em 37,3% das crianças observadas. Ludwig von Bertalanffy (1951, 1960, 2008), com a sua teoria dos sistemas, influenciou Bowlby (1940/1991). Bertalanffy (1950) salienta que os vários conceitos ou elementos existentes (e.g., antropomorfismo, metafísica) não são estanques, mas sim estão interligados entre si, formando um sistema maior, com qualidades que não existem nos seus elementos mais isolados. Segundo este teórico, devemos ver os vários elementos, sejam de ordem física ou metafísica, ou ainda, psicológicos ou sociológicos, como componentes de um todo organizado. É isso que define um sistema; vários elementos interconectados, organizados num todo, com um objectivo geral a ser atingido (Bertalanffy, 2008).

Por isso, quando estudamos o bebé e o seu desenvolvimento mental, emocional e cognitivo, temos que ter em atenção o(s) sistema(s) em que este está incluído, isto é, a interacção mãe-bebé, a interacção com a família nuclear (pais e irmãos) e alargada (avós, tios, etc.) e com os sistemas que influenciam a família e a sociedade em geral.

É nesta visão que a relação vinculativa tem um carácter especial (Bowlby, 1940/1991), pois protege o indivíduo de perturbações mentais no desenvolvimento tendo um efeito ao longo das várias etapas do ciclo de vida, ao servir de modelo/protótipo para as relações futuras (Bowlby, 1940/1991; Sumpter, 2010). Com a mãe, o bebé aprende, por exemplo, a regular os seus comportamentos, a explorar o seu meio (Bowlby, 1940/1991; Veríssimo & Salvaterra, 2006) e a desenvolver a reciprocidade emocional e social. Esta relação especial possibilita que a mãe possa exercer a sua função de protecção e conforto ao bebé (Bowlby, 1940/1991; Oliveira-Costa & Lopes-dos-Santos, 2011; Erickson & Harris, 2011).

Entre 1958 e 1960, Bowlby formula, formalmente e pela primeira vez, a teoria da vinculação, com a publicação de dois artigos. No primeiro artigo existe uma rejeição da teoria vigente, na qual a vinculação é apenas um subproduto da motivação libidinal do bebé, que o liga à mãe. Bowlby opta por uma linha mais evolucionista e relacionada com a sobrevivência das espécies (Bowlby, 1940/1991; Cassidy, 2008). Para Bowlby, no momento do nascimento já existe um conjunto de respostas instintivas (sugar, agarrar, seguir, chorar e sorrir) que ligam os membros da díade mãe-bebé. Mais tarde, estas respostas instintivas são integradas no bebé e são dirigidas à sua mãe na segunda metade do primeiro ano de vida do bebé. Antes dos nove meses de idade, o bebé constrói um mundo onde os objectos têm um carácter permanente, características e atributos humanos. Aos nove meses, o bebé começa a construir uma percepção de que os outros existem num tempo ou espaço (e.g., a mãe num minuto pode estar

ao lado dele e no outro ausentar-se) e começa a desenvolver medo face aos estranhos, evitando-os (idem).

Bowlby (1940/1991) introduz conceitos da etologia na teoria da vinculação, para defender as suas ideias. Entre estes conceitos temos a sinalização de estímulos e os precursores sociais da vinculação. Os estímulos podem apresentar-se de diversas formas; estímulos internos (intrapsíquicos, como sensações corporais) ou externos (mãe, pai, irmão, etc.). Bowlby afirma que não existe uma indicação de regressão na sua formulação da vinculação, mas que a vinculação é uma expressão natural e saudável ao longo do ciclo vital dos indivíduos.

A introdução de conceitos etológicos na obra de Bowlby surgiu em simultâneo com os trabalhos de Harry Harlow (1958; 2008) sobre o paradigma mãe-de-pêlo/mãe de arame em macacos rhésus e a formação da ligação emocional entre primatas. Além disso, Bowlby foi também sensibilizado pelos trabalhos de Lorenz (1937) sobre o *imprinting* nos animais.

Na teoria da vinculação de Bowlby (1940/1991) existe um conceito importante e associado à sua teoria da vinculação, a separação (e a ansiedade inerente a esta). Este conceito torna-se importante para a teoria da vinculação devido ao trabalho efectuado por Robertson (cit in Bowlby & Robertson, 1952) sobre a separação entre uma criança de trinta meses e a sua mãe. Neste estudo de separação precoce, foram identificadas três fases de separação (idem):

1) Protesto, relacionado com a ansiedade de separação, pode durar uma hora ou uma semana em que a criança se sente angustiada pela ausência da mãe, procura a sua mãe, recorre aos comportamentos de vinculação para chamá-la e recusa qualquer tipo de figura alternativa (Bowlby, 1960);
2) Desespero, relacionado com o sofrimento e o luto, a angústia do bebé com a ausência materna ainda é evidente, mas acompanhada por sentimentos de desesperança, aparentando estar num estado de luto profundo e encontrando-se apático e inactivo.
3) Negação ou desvinculação, relacionado com os mecanismos de defesa (repressão). Mais tarde, Bowlby (1940/1991) abandona o termo negação e apenas refere esta fase como desvinculação. Esta fase aparece em qualquer contexto (Bowlby, 1940/1991), acompanhada por alguns protestos. Os estranhos (e.g., enfermeiras) já não são rejeitados. Contudo, quando a mãe reaparece, o bebé torna-se instável emocionalmente (e.g., apático, inactivo e sem interesse na mãe).

Bowlby e Robertson (1952) afirmam que, na iminência de experiências familiares adversas repetidas, e.g., ameaças de abandono, rejeição parental, doença de alguns membros

da família nuclear ou morte, a criança sente-se culpada, criando assim uma ansiedade de separação externa (Bowlby & Robertson, 1952). Os sentimentos de ameaça de abandono criam, nas crianças, uma ansiedade intensa além de estimularem a raiva (Bowlby, 1940/1991). A raiva tem uma função importante para Bowlby (idem) que é dissuadir as ameaças de abandono por parte da mãe. Contudo, esta raiva, que é um mecanismo saudável nas primeiras interacções mãe-bebé, torna-se, com o tempo, disfuncional (idem).

No artigo de 1960, *Separation Anxiety* (1960a), Bowlby (1940/1991) salienta que, mesmo na ausência da figura significativa, a criança pode apresentar dor e tristeza sempre que os comportamentos de vinculação são activados. Nos casos em que ocorra uma mudança frequente dos cuidadores das crianças, mais tarde, poderemos estar a observar uma dificuldade no estabelecimento de relações profundas. Relativamente a este artigo, Bowlby (1960a) foi duramente criticado por Anna Freud (1960) que o acusou de fugir à orientação psicanalítica (mais exactamente à Teoria das Relações Objectais) e de apoiar-se apenas em dados biológicos. Além disso, Anna Freud também refere que existem equívocos na conceptualização da teoria da vinculação. Nomeadamente a ideia de que o pensamento psicanalítico vigente conceptualizava a vinculação como um subproduto do princípio do prazer e da motivação libidinal da criança. Anna Freud (1960) concorda com Bowlby, mas distancia-se deste ao afirmar que o princípio do prazer é um produto metapsicológico e que é concebido como um princípio, envolvendo todos os processos mentais, inclusivamente a ligação emocional do bebé à mãe.

A teoria das relações objectais tem a sua origem na psicanálise (Ainsworth, 1969). Esta teoria tem como ênfase o instinto libidinal do bebé e o objecto receptor deste instinto (Ainsworth, 1969); neste caso, a mãe (Balint, 1949). Estas relações objectais formam-se durante o primeiro ano, sendo inicialmente de natureza oral (Balint, 1949; Ainsworth, 1969) e podem acontecer ao longo do ciclo vital (Balint, 1949).

Outro ponto de discórdia de Anna Freud (1960) é o facto de Bowlby (1940/1991) negar o narcisismo infantil. Anna Freud defende que este não é um comportamento, como Bowlby afirma, mas sim uma fase inicial importante da distribuição e organização da líbido. Por último, Anna Freud (1960) discorda, também, de Bowlby acerca das implicações clínicas da teoria da vinculação, especialmente na ansiedade de separação, na duração do luto e nos afectos negativos da separação. Na ansiedade de separação, Anna Freud discorda do termo usado na terceira fase (Bowlby, 1940/1991); segundo a autora, não se trata de negação mas sim evitamento, pois implica um evitamento manifesto da criança e dos seus processos libidinais internos. Na duração do luto, Anna Freud discorda quanto à duração deste, pois,

para esta autora, a duração do luto varia entre horas e poucos meses; Bowlby defende que a duração do luto e da dor infantil ocorre mesmo na idade adulta. Quanto aos efeitos negativos da separação, estes são mais severos do que Bowlby defende (Anna Freud, 1960).

Bowlby (1940/1991) responde às críticas sobre a ansiedade de separação afirmando que concorda com a Teoria de Ansiedade Primária, pois a ansiedade de separação é uma reacção primária; acontece devido à desvinculação, mas pode surgir em outros contextos.

Mais recentemente, Peter Fonagy (2001) tentou conceptualizar pontes de ligação entre a teoria da vinculação de Bowlby e a psicanálise. Para este autor, a aproximação entre a teoria da vinculação e a psicanálise ocorre, actualmente, devido às mudanças de direcção, tanto na teoria da vinculação como na psicanálise, nomeadamente:

1) Na psicanálise, existe uma enorme necessidade de validação empírica do seu modelo e teoria, através da observação sistemática;
2) Na teoria da vinculação, existe uma mudança do foco de investigação, isto é, investigar as representações internas da criança e dos pais em vez de apenas se focar o comportamento das crianças e as determinantes do meio físico da criança;
3) Na psicanálise norte-americana surgiu e subsiste uma notória heterogeneidade nas suas contribuições e na abertura para novos modelos teóricos explicativos;
4) Na teoria da vinculação é reconhecido que o modelo cognitivo-comportamental é um modelo limitativo na intervenção clínica.

Bowlby (1940/1991) salienta que a vinculação é um processo dinâmico, podendo ser vista como um sistema específico da espécie e englobando comportamentos que têm uma finalidade comum. Mas este sistema não se organiza automaticamente e não se encontra totalmente funcional ao nascimento. É um potencial herdado e pronto a ser desenvolvido. Resulta de um conjunto de comportamentos (e.g. chorar, sorrir, sugar, etc.) que são integrados e coordenados num sistema comportamental e, pelo menos um destes comportamentos, contribui para a eficácia reprodutiva e sobrevivência da espécie (e.g. sexual, exploratório, de prestação de cuidados, de alimentação, etc.). Este sistema vinculativo, segundo Ainsworth e colegas (1978), não é igual aos outros sistemas comportamentais. Destes comportamentos vinculativos associados à aprendizagem, à prática e à retroalimentação da sua mãe (Bowlby, 1940/1991), surge uma ligação emocional, uma relação vinculativa (Bowlby, 1940/1991). Estes comportamentos envolvem, também, a procura de proximidade, ou contacto directo, com a mãe quando a criança está assustada ou magoada (Bowlby, 1940/1991; Benoit, 2004; Hornor, 2008).

Falar de vinculação é diferente de falar de comportamentos de vinculação (Bowlby, 1940/1991; Ainsworth et al., 1978). O vínculo refere-se à ligação emocional e à forte predisposição para procurar e manter contacto com a mãe. Os comportamentos de vinculação são a manifestação comportamental que ajuda a alcançar o contacto e a proximidade de forma a que o estabelecimento do vínculo seja bem sucedido (Bowlby, 1940/1991; Ainsworth et al., 1978). Por outras palavras, os comportamentos de vinculação são mediadores da vinculação (Ainsworth, 1967).

Uma das formas mais eficazes de um bebé obter atenção do seu cuidador é através dos seus estados afectivos, sejam eles positivos ou negativos. Por outras palavras, através da expressão dos seus estados afectivos negativos ou positivos, a criança consegue comunicar de forma eficaz (Bowlby, 1940/1991). Bowlby afirma que a mudança entre afectos positivos e negativos é um mecanismo primário infantil, sendo um elemento primordial na vinculação.

Os afectos positivos promovem afiliação e aquisição de competência no jogo e na exploração. Os afectos negativos são ferramentas que o bebé possui para alertar o seu cuidador relativamente ao seu possível desconforto e necessidade de conforto. O cuidador o papel de detectar, adequadamente, e prover esses estados afectivos, de forma a apoiar o desenvolvimento de uma relação segura.

Ainsworth (1960) e Ainsworth e Bell (1970) definem vinculação como um laço afectivo que um indivíduo forma entre ele e um outro específico; um laço afectivo que une os dois no espaço e que perdura no tempo e em múltiplos contextos (Ainsworth, 1969; Main, 1999; Cassidy, 2008; Posada, 2009). Benoit (2004) define vinculação como um meio no qual a criança cria um modelo relacional; serve, ainda, como um guia para as suas futuras relações sociais e como base segura para explorar o meio ambiente e recorrer a ela para buscar conforto e segurança.,

Bowlby (1940/1991) afirma que o estabelecimento da vinculação não nasce da satisfação das necessidades fisiológicas básicas, ao contrário do que era defendido por Freud segundo o qual o bebé só se interessa pela sua mãe depois de as suas necessidades fisiológicas terem sido satisfeitas. A vinculação é uma função biológica, em que o bebé procura e deseja estar com a sua mãe (Bowlby, 1940/1991) e, por isso, é algo mais que alimentar, entreter e educar (Benoit, 2004; Machado, 2009).

Figueiredo (2003a) salienta, também, que existe uma vinculação materna ao bebé, que é usualmente referenciada como *bonding* e que consiste numa relação prolongada, construída a dois (mãe-bebé), em que mãe e bebé influenciam esta construção emocional e que ainda pode ser definida como a existência de um processo de adaptação mútua.

Soares (1996) salienta que, geralmente, o conceito de vinculação é apresentado como uma sinergia de comportamentos, independentes e orientados, emergindo em tempos diferentes no decurso do desenvolvimento da relação mãe-bebé. Existe uma emergência de proximidade que advém do adulto mas, mais tarde (passados alguns meses), é o bebé que procura e busca esta proximidade através da sinergia referida (Soares, 1996). Fonagy e Target (1997), de forma similar a Soares (1996), afirmam que a vinculação é uma necessidade básica a partir da qual as crianças aprendem a regular as emoções, numa relação empática. Segundo Soares (1996), fala-se em sistema de vinculação, que geralmente é comparado a um programa de *software*, tendo como base um princípio homeostático; isto é, a criança explora o meio, sabendo que tem a protecção da mãe e, quando enfrenta um perigo, activa o comportamento de vinculação procurando a figura a que está vinculada. Se a figura de vinculação se encontra presente e responde ao apelo do bebé, a situação perigosa deixa de ser vista como uma ameaça e a criança inicia a exploração. O contrário pode acontecer: a criança não encontra segurança nem protecção e a situação é, então, percebida como perigosa e existe receio em relação à figura de vinculação/apego.

2.2. Comportamentos de vinculação e estímulos/ inibidores do sistema comportamental

Os comportamentos de vinculação são comportamentos que promovem a proximidade ou o contacto do bebé com o seu cuidador. Entre estes comportamentos, Mary Ainsworth (1967) destaca: choro diferenciado, sorriso diferenciado, vocalização diferenciada, choro quando a mãe se ausenta, seguir, orientação visuo-motora, saudação através do sorriso, da melodia ou da excitação em geral, levantar os braços quando saúda, bater palmas quando saúda, subir pelo corpo da mãe, enterrar a cabeça no colo da mãe, aproximar-se através da locomoção, abraçar e beijar, correr para a mãe como local seguro e agarrar.

Estes comportamentos podem ser categorizados em dois grandes grupos/subtipos (Ainsworth, 1969; Ainsworth et al., 1978): comportamentos de sinalização (e.g., chorar, sorrir, palrar, chamar) e de aproximação (e.g., procurar, seguir, agarrar). Manter ou obter um determinado grau de proximidade física ou verbal com a figura de vinculação, é a principal característica da vinculação ou do sistema comportamental de vinculação (Ainsworth, 1967; Ainsworth, 1969; Ainsworth & Bell, 1970; Bell & Ainsworth, 1972; Ainsworth et al., 1978). Por exemplo, nos bebés categorizados como seguros, quando o seu sistema de vinculação está activado, eles dirigem-se à sua mãe/cuidador para obter conforto, protecção ou cuidado (Spangler & Grossmann, 1993).

Quando se comparam contextos laboratoriais com contextos naturais (Russel, Lamb, & Ainsworth, 1978), percebe-se que, nos primeiros, as crianças se aproximam mais das mães que do estranho. Quando o bebé chora, os seus comportamentos são de procura relativamente à figura de vinculação e tendem a aproximar-se desta. O mesmo acontece quando necessita de conforto, de sentir-se seguro ou de contacto físico. Isto leva a duas conclusões: a) a aproximação à figura de vinculação é um mecanismo do sistema de vinculação e b) as situações laboratoriais são mais perturbadoras que as situações naturais.

Já anteriormente, em 1971, Ainsworth, Bell e Stayton, mostraram que se podem verificar diferenças individuais na manifestação dos comportamentos de vinculação. Neste estudo, algumas crianças optaram pelo contacto físico. Nestas crianças, os comportamentos interactivos foram mais frequentes enquanto as outras crianças foram mais ambivalentes ou, em menor número, ignoram a mãe. Quando a mãe voltava para perto dos seus bebés, após uma breve ausência, algumas saudavam as mães, outras ficavam perturbadas e um pequeno grupo não mostrava qualquer comportamento interactivo.

2.3. Fenómeno de base segura

O fenómeno de "base segura" é descrito, inicialmente, por Ainsworth, em 1967. Este fenómeno consiste num equilíbrio entre os comportamentos de exploração e os de vinculação. Por outras palavras, a mãe é utilizada como base de segurança para que o bebé possa explorar o meio e regressar à mãe quando a criança sente que ela está disponível e que responde às suas necessidades (Ainsworth & Bell, 1970; Ainsworth et al., 1978; Crockenberg, 1981; Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Bowlby, 1988; Main, 1999; Waters & Cummings, 2000; Fonagy, 2001; Schofield & Beek, 2005; Cassidy, 2008; Posada, 2009; Coutinho, 2010; Machado, 2013). Waters e Cummings (2000) salientam que este é o núcleo central da Teoria da Vinculação e que este fenómeno se pode verificar em várias culturas diferentes, ou seja, é um fenómeno universal (Posada, & Jacobs, 2001; Posada, Carbonell, Alzate, & Plata, 2004).

O fenómeno da base segura pode ser observado junto das crianças que possuem um padrão de vinculação segura (Ainsworth et al., 1978). Este tipo de crianças não exibe sinais de ansiedade na presença da mãe e facilmente mostram as suas competências desenvolvimentais. Já, a criança evitante procura regular-se através de comportamentos exploratórios e, nos momentos de medo, a criança inicia comportamentos de jogo com a sua mãe, não para jogar, mas sim para aproximar-se desta. Para as crianças resistentes, a sua maior preocupação é a relação com a sua mãe, contudo, a figura materna é indisponível ou passiva. Este tipo de mães

não permite à criança que a figura de vinculação seja utilizada como base segura na exploração.

O fenómeno de "base segura" também define o funcionamento do controlo da vinculação através da influência que possui sobre os afectos, sobre os processos cognitivos e sobre os comportamentos associados à vinculação (Monteiro, Veríssimo, Vaughn, Santos & Fernandes, 2008b). Nos momentos de angústia ou de necessidade da figura de vinculação, a mãe é procurada como um porto de abrigo (Posada, 2009). Segundo Monteiro, Veríssimo, Vaughn, Santos e Bost (2008), é como se a criança criasse uma representação da sua mãe como uma fonte de segurança e de conforto em momentos de angústia (Monteiro et al., 2008a).

Bridges e colegas (1988) afirmam que a vinculação ao pai (interacção social e comportamentos de choro com o pai) é um melhor preditor dos comportamentos negativos da criança com o estranho (Situação Estranha) do que a vinculação com a mãe. Mas, se nos focarmos na participação do pai (Monteiro, Veríssimo, Vaughn, Santos, Torres, & Fernandes, 2010) nas actividades diárias (e.g., cuidados parentais) e lúdicas da criança, percebemos que quanto maior é a participação melhor é a qualidade da segurança no contexto familiar.

Os estudos de Bridges e colegas (1988) e de Monteiro e colegas (2010) contradizem um estudo anterior de Main e Weston (1981). No seu estudo com pai-mãe-criança, o tipo de comportamentos face ao estranho (Situação Estranha) variava conforme o género da figura parental. Isto é, crianças com uma relação segura com o pai e relação insegura com a mãe foram mais capazes de interagir com o estranho do que crianças com uma relação insegura com ambos os pais (Main & Weston, 1981). Porém, quando se analisa a relação entre comportamentos do pai e da mãe (interacção suave, proximidade e contacto físico) e vinculação infantil, verifica-se que não existem diferenças entre os géneros (Monteiro et al., 2010).

A agressão física conjugal e a agressão por práticas educativas físicas, também, se relacionam com o fenómeno de base segura; crianças oriundas destes meios familiares apresentam uma maior desconfiança não se comportando como se a sua mãe fosse uma base segura (Posada & Pratt, 2008). Nestas crianças, os relatos de agressão física pela mãe e de exposição da criança a agressão física no casal são fortes predictores da insegurança infantil; os relatos de inexistência de agressão física conjugal são o maior preditor do fenómeno de base segura na criança. Quando existe hostilidade conjugal (Frosch, Mangelsdorf, & Hale, 2000), a qualidade da vinculação segura da criança pré-escolar à mãe também é menor. Aos seis meses de idade do bebé, a hostilidade entre o casal foi um forte preditor da qualidade da

vinculação da criança à mãe (Frosch et al., 2000). Quanto maior a hostilidade conjugal maior é a insegurança da criança em relação à sua mãe e ao seu pai. Quanto maior o envolvimento do casal, aos seis meses de idade do bebé, maior era a segurança da criança à mãe e maior era a vinculação infantil ao pai. Frosch e colegas (2000) afirmam, perante os resultados encontrados, que o pai pode ser uma base de segurança para a criança quando existe um maior envolvimento do casal, exibindo a criança uma vinculação segura com ambos os pais.

Em crianças de idade pré-escolar, estudos recentes mostram que a segurança que a criança sente em relação à sua mãe está positiva e significativamente associada às competências e ao desempenho escolar (Veríssimo, Fernandes, Santos, Peceguina, Vaughn, & Bost, 2011). No estudo de Veríssimo e colegas (2011), as competências sociais relacionavam-se com a qualidade de vinculação, mais exactamente, com os atributos psicológicos da criança, aceitação social e motivação social. Segundo os investigadores, a adaptação da criança pré-escolar ao seu grupo de pares em contexto escolar é facilitada pela qualidade da vinculação. Mais especificamente, a segurança infantil em relação à mãe vai promover o envolvimento positivo, que, por sua vez, vai favorecer uma maior aceitação pelos pares (Waters & Waters, 2006). Neste contexto, é possível encontrar vários elementos chave relacionados com o modelo de base segura: 1) entre o cuidador e a criança, a presença de uma ligação emocional, construída ao longo do tempo; 2) quando a díade mãe-bebé é interrompida, pode-se verificar a frequência de angústia e ansiedade; 3) nos momentos de angústia e ansiedade, os elementos da díade mãe-bebé enviam sinais de pedido de ajuda; 4) a ajuda é dada e aceite de forma precisa e adequada; 5) a ajuda é eficaz e diminui o impacto da ansiedade e da angústia; 6) a ajuda inclui o conforto físico e psicológico e a auto-regulação; 7) é reiniciado um envolvimento construtivo depois da ansiedade e de a angústia serem mitigadas; 8) podem encontrar-se vários elementos chave relacionados com o modelo de base segura (Waters & Waters, 2006).

Schofield e Beek (2005) investigaram (num estudo longitudinal de três anos), a relação entre o fenómeno de base segura em crianças acolhidas por famílias de adopção, designadamente crianças em idade escolar ou no início da adolescência e que viveram em contextos de risco e abuso. O que mais se salientou neste estudo foi o facto de haver múltiplas separações e perdas que ocorreram ao longo dos vários acolhimentos. Isto é, as crianças serem acolhidas por várias famílias e depois retiradas, o que se associava ao aumento das dificuldades desenvolvimentais. Estas crianças, também, apresentavam enormes desconfianças e uma maior necessidade de controlo, cada vez que são acolhidas por uma nova família. Contudo, necessitavam, ainda, por parte dos seus cuidadores, da oportunidade de

viverem uma experiência de base segura. Ainda, na esteira de esta investigação, os investigadores referidos apresentam um modelo de parentalidade para estas famílias de acolhimento que se baseia em quatro dimensões e que está relacionado com a vinculação. A primeira dimensão é a promoção da confiança na capacidade de os pais de acolhimento serem competentes. A segunda é a promoção da função reflexiva/mentalização. A terceira é a promoção da auto-estima. Finalmente, a quarta dimensão é a promoção da autonomia.

2.4. Fases do desenvolvimento da vinculação na infância

Bowlby (1940/1991) propõe quatro fases de desenvolvimento da vinculação. Na primeira fase, "Orientação e sinais com uma discriminação limitada do outro", entre a primeira e a sexta semana de vida, os bebés preferem os estímulos humanos a outros estímulos. Nesta fase, o bebé reconhece a voz e o cheiro da sua mãe. Os bebés respondem reflexivamente (e.g. chorar, alcançar e agarrar) aos estímulos oferecidos pelas mães de modo a despoletar nestas os comportamentos relacionados com a prestação de cuidados (por exemplo, proximidade, contacto físico, afecto, protecção e nutrição). Durante esta fase, as crianças não apresentam preferência por um cuidador específico. Mais recentemente, é reconhecido aos bebés o seu papel de agentes activos na sua relação com os outros. Isto supõe que a formação da vinculação segue um modelo bidireccional, em que bebé e mãe são agentes activos (Brum & Schermann, 2004). Na segunda fase, "Orientação e sinalização para uma ou mais figuras discriminadas, entre a sexta semana e os seis/oito meses de vida, através dos cuidados recebidos e da ressonância emocional que desencadeiam, a criança vai orientar os seus comportamentos para os seus cuidadores. É a experiência de cuidados (e.g., proximidade, contacto físico, afecto, protecção e nutrição) repetidos que leva a criança a apreender as características dos seus cuidadores. Por sua vez, através da familiaridade com os seus cuidadores e das rotinas interaccionais, surgem os padrões de cuidados. A familiaridade leva à preferência e à distinção entre cuidadores e a responder, a estes, de forma diferenciada (o bebé sorri, vocaliza mais, e de forma mais rápida, e segue os movimentos da mãe). Entre o quinto e sexto mês, o bebé já tem construído uma representação da figura da mãe e ao décimo segundo mês, pode verificar-se que esta representação já é estável (Bowlby, 1940/1991; Ainsworth, 1969; Ainsworth et al., 1978; Marvin & Britner, 2008). A repetição das experiências também tem um papel fundamental no desenvolvimento de um sentido de si (*self*) e de um sentido de eficácia no bebé (Mills-Koonce, Propper, Gariepy, Garrett-Peters & Cox, 2007a; Marvin &

Britner, 2008). Por exemplo, crianças inseguras apresentam uma enorme dificuldade em internalizar uma perspectiva positiva de si, mas também dos outros (*National Institute of Child Health and Human Development* –NICHD, 2006). Na terceira fase, "Manutenção da proximidade a uma figura discriminada através da locomoção e sinais, entre os oito e os dezoito meses, aparece a locomoção e a capacidade do bebé se movimentar. O comportamento do bebé já é organizado e orientado para objectivos. O bebé orienta e sinaliza a mãe e é um agente activo da manutenção da proximidade, através do gatinhar ou do andar (Bowlby, 1940/1991; Ainsworth et al., 1978; Marvin & Britner, 2008). Segundo Ainsworth (1960) e Ainsworth e colegas (1978), a formação do fenómeno de base segura é visível nesta fase na maioria dos bebés. Contudo, ainda necessita de ser consolidada. Ainda, nesta fase, o bebé apresenta ansiedade de separação quando a sua mãe se afasta e o bebé exibe medo face ao estranho (Ainsworth, 1969; Marvin & Britner, 2008; Machado, 2009). Na quarta fase, "Formação dos objectivos corrigidos na parceria", através da participação contínua na interacção com a mãe e observando o comportamento dela, o bebé começa a conceptualizar que a sua mãe é diferente uma vez que possui objectivos e planos diferentes dos seus. A criança começa a modificar os seus comportamentos e expectativas, o que permite estabelecer a base para uma parceria com objectivos corrigidos e que, eventualmente, se desenvolve na relação mãe-bebé, transformando-se gradualmente numa relação mais simétrica. Nesta fase, a criança atinge um novo patamar no desenvolvimento cognitivo, nomeadamente, novas capacidades mentais e aquisição da linguagem, o que não pode deixar de ter um papel fundamental na formação da vinculação (Bowlby, 1940/1991; Ainsworth, 1969; Ainsworth et al., 1978; Marvin & Britner, 2008).

2.5. Diferenças individuais no sistema comportamental da vinculação: Padrões de vinculação

Ainsworth fez parte da equipa do *Tavistock Clinic Institute* que estudou os efeitos da separação materna no desenvolvimento infantil. Depois do seu trabalho inicial, Ainsworth parte para África onde inicia um conjunto de observações sobre a interacção mãe-bebé (Ainsworth et al., 1978; Ainsworth & Bowlby, 1991). No reino do Ganda, numa amostra de díades mãe-bebé, recrutou vinte e oito famílias cujos bebés tinham entre um e vinte e quatro meses de idade e, ainda, não tinham sido desmamados. Estas díades foram acompanhadas e observadas durante nove meses, de duas em duas semanas, duas horas de cada vez. O foco de interesse foi determinar quais os comportamentos e sinalizações da promoção da proximidade. Nestas observações, Ainsworth notou que o bebé é um agente activo na

promoção da proximidade e do contacto e que a mãe é uma "base segura" para o bebé poder explorar o meio ambiente e sentir-se seguro. Reparou ainda, através da observação de alguns sinais do bebé, na formação da vinculação do bebé à mãe. Usando sinais diferenciados para a mãe, nomeadamente sorrir, chorar e vocalizar, o bebé conseguia que a vinculação estivesse formada devido aos seus próprios recursos comportamentais. Isto podia ser observado durante os momentos de reunião subsequentes a uma separação e, também, devido à sensibilidade materna (idem).

Através das suas observações com os bebés e mães do Ganda, Mary Ainsworth elabora uma primeira tentativa de categorização dos comportamentos do bebé. Daqui, resultaram três grupos baseados nos comportamentos de vinculação observados que, mais tarde, seriam importantes nos seus estudos laboratoriais designados por Situação Estranha. Na vinculação segura, com a presença da mãe do estranho, os bebés choram pouco; mas, quando a mãe se ausenta, ou quando sentem que a mãe se vai ausentar, o choro torna-se mais intenso. Na vinculação ansiosa, os bebés choram imenso, mesmo na presença materna. Na ausência de uma vinculação definida, as mães pareciam ser menos responsivas e protagonizavam longos períodos de ausência, deixando os bebés sozinhos. Para além disso, criou as bases das escalas de observação do comportamento materno, de onde resultou uma diferenciação dos comportamentos da mãe, tendo em consideração o tipo de vinculação do bebé.

Estas observações em África e mais tarde em Baltimore possibilitaram a criação de um procedimento laboratorial padronizado (aplicável a bebés de doze a dezoito meses), composto por vários episódios de separação e reunião (Ainsworth et al., 1978) que foi intitulado Situação Estranha (S.E.). O primeiro estudo foi realizado numa amostra de quinze famílias de Baltimore, durante cinquenta e uma semanas, quatro horas por dia (em dezoito visitas domiciliárias) possibilitando a observação das interacções do bebé com os seus familiares (Ainsworth & Bowlby, 1991). O outro estudo apenas se interessou pelos padrões comportamentais significativos e não pelas frequências dos comportamentos, obtidas através das informações das mães. Todas estas interacções foram gravadas e, mais tarde, cotadas. Seguidamente, foram incluídas mais onze famílias (1969, cit in Ainsworth & Bowlby, 1991). Depois da inclusão destas últimas famílias (idem), ao final de dozes meses de vida do bebé, as díades foram convidadas a participar numa situação laboratorial designada por Situação Estranha, como já referimos anteriormente).

Na Situação Estranha, as crianças são confrontadas com três fontes de *stress* que têm como objectivo solicitar os seus comportamentos de vinculação (Ainsworth et al., 1978; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997; Fonagy, 2001): um ambiente estranho,

interacção com um estranho e duas separações da sua mãe/cuidador. Estes episódios de separação e reunião (oito no total) foram planeados no sentido de activar ou intensificar o comportamento de vinculação e de exploração do bebé, permitindo observar o uso da figura de vinculação como base segura e refúgio de segurança.

Durante estes episódios de separação e reunião foram observadas as frequências de comportamentos específicos (Ainsworth et al., 1978) tais como a locomoção, os movimentos corporais, a postura corporal, os movimentos das mãos, a orientação visual, a localização do bebé na sala, o contacto físico com o adulto, o choro, as vocalizações, os movimentos com a boca e o sorriso (Ainsworth et al., 1978, pp. 39-49).

Através da observação dos comportamentos, Ainsworth e colegas (1978) conceptualizaram um conjunto de diferenças individuais na qualidade das relações de vinculação e na organização do sistema comportamental de vinculação. Os principais resultados mostraram que os bebés cujas mães responderam de forma consistente e imediata quando os bebés choravam tinham uma vinculação segura e choravam menos na situação laboratorial. Relativamente a estes bebés, observou-se uma maior sensibilidade e responsividade materna aos sinais de *stress* emitidos pela criança. Mas, como Ainsworth salienta (Ainsworth & Bowlby, 1991), foi a contingência da sensibilidade e da responsividade materna, e não a quantidade, que mais se associou à procura de conforto do bebé. A formação da vinculação do bebé à sua mãe dá-se quando aquele começa a ficar perturbado na ausência da mãe e começa a apresentar sinais de ansiedade de separação (Ainsworth & Bowlby, 1991).

2.6. Descrição dos padrões de vinculação

Ainsworth e colegas (1978) apresentam, pela primeira vez, uma descrição de padrões de vinculação que apresentaremos de forma sucinta. Um dos padrões apresentados é o de vinculação insegura/evitante (A). O bebé, neste grupo, explora imediatamente o meio ambiente, sem clara manifestação de afecto ou aparente comportamento do tipo base-segura. Durante a separação responde minimamente, sem transparecer perturbação quando deixada só. No momento de reunião não mantém contacto ocular com a progenitora; parece evitá-la activamente direccionando o seu foco de atenção para os brinquedos. Se é pegada ao colo mexe-se e inclina-se para o chão. Nos momentos de maior activação dos comportamentos de vinculação apresenta baixos níveis de contacto, envolvimento nos jogos e um padrão comportamental mais evasivo. Ainsworth e colegas (1978) encontraram nos seus estudos uma prevalência de 20% deste padrão evitante.

Este grupo pode ser divido em dois subgrupos: A1, marcado por comportamentos marcantes de evitação da mãe (o bebé olha, vira-se e move-se para o lado) e A2, em que existe evitamento forte mas denotam-se algumas manifestações moderadas de aproximação à mãe (idem).

Outro padrão de vinculação é o seguro (B), em que os bebés usam a mãe como base segura de exploração. Nos momentos de separação, a criança sinaliza que sente a ausência da mãe, especialmente durante a segunda separação. Nos momentos de reunião, saúda activamente a mãe com um sorriso ou vocalizações e, ou, gestos. Se perturbada pela separação, assinala o desejo ou procura a proximidade e o contacto. Uma vez confortada, retorna à exploração. Ainsworth e colegas (1978) encontraram nos seus estudos, uma prevalência de 70% deste padrão seguro. O grupo B divide-se em quatro subgrupos: B1, interacção com a mãe mais distante, especialmente nos momentos de reunião, caracterizado por não haver uma procura activa de proximidade e contacto, isto é, existe uma interacção à distância; B2, os bebés deste subgrupo apresentam comportamentos de interacção quase semelhantes aos do subgrupo B1, contudo, estes bebés indiciam uma procura mais activa do contacto e da proximidade com a mãe; B3, depois da ausência materna há uma procura activa de contacto e proximidade e B4, apesar de haver uma procura activa de proximidade e de contacto com a figura materna, esta encontra-se associada a alguma resistência ou ambivalência.

O último padrão de vinculação definido por Ainsworth e colegas (1978) é o padrão de vinculação inseguro/ansioso (C). Os bebés com este tipo de vinculação têm pouca à vontade quando entram na sala da S.E. Por vezes, ficam assustados ou passivos e não se envolvem na exploração. Nos momentos de separação, encontram-se incomodados e perturbados. Nos momentos de reunião, o seu comportamento alterna entre o desejo de contacto com sinais de rejeição e ou zanga. Podem parecer passivos ou demasiado perturbados para sinalizar o desejo de contacto. Não encontram conforto imediato com a proximidade ou contacto. No trabalho de Ainsworth e colegas (1978), este padrão ambivalente ocorreu em 10% da amostra. O grupo C pode ser divido em dois subgrupos: C1, caracterizado por haver uma irritação significativa que está associada à procura de contacto e C2, caracterizado pela existência, nos episódios de reunião, de comportamentos de sinalização face à mãe, ao invés de uma aproximação activa, verificando-se a presença de uma passividade significativa.

2.7. Investigações subsequentes ao estudo original de Mary Ainsworth

Os padrões de vinculação e as diferenças individuais são, segundo Machado (2009), um reflexo das estratégias usadas pelas crianças para lidar com a ansiedade de separação relativamente à sua figura de vinculação.

Alguns autores, nas suas investigações ou resenhas teóricas, tendem a referir os padrões de vinculação A e C como inseguros (Willemsen-Swinkels, Bakermans-Kranenburg, Buitelaar, van IJzendoorn, & van Engeland, 2000; Fonagy, 2001; Sumpter, 2010; Erickson & Harris, 2011). Bowlby (1940/ 1991) afirma que as crianças inseguras apresentam maiores dificuldades de adaptação do que as crianças seguras, exibindo maiores dificuldades nas interacções com os seus pares, maiores dificuldades em solicitar e aceitar ajuda e em resolver os problemas (Crockenberg, 1981). A ansiedade infantil permanente quanto à sensibilidade e disponibilidade materna é a característica que mais sobressai nestas crianças (Crockenberg, 1981). Bebés com vinculações inseguras, devido à inconsistência e insuficiência na qualidade dos comportamentos dos seus cuidadores bem à dificuldade de antecipar o seu comportamento, oscilam entre movimentos de aproximação e de evitamento face à figura de vinculação (Machado, 2009).

Benoit (2004) propõe a categorização dos padrões de vinculação em organizados e desorganizados. Quando o bebé consegue antecipar a resposta do seu cuidador à activação do seu sistema de vinculação estamos perante um sistema de vinculação organizado. Por isso, se pode dizer que os padrões A, B e C são organizados. Quando o bebé não consegue prever a resposta do seu cuidador à activação do seu sistema de vinculação, possivelmente devido aos comportamentos inconsistentes do cuidador, estamos perante um padrão desorganizado (Benoit, 2004).

Vários investigadores tentam encontrar associações entre os padrões descritos e factores psicofisiológicos, verificando-se a existência de uma forte associação entre padrão de vinculação e batimento cardíaco. Soares, Silva, Costa e Silva (1999) estudaram a possibilidade de existir uma relação entre a qualidade da vinculação ao longo da situação estranha e os batimentos cardíacos. Hertsgaard, Gunnar, Erickson e Nachmias (1995) estudaram a relação entre cortisol e padrões de vinculação. Outros, como Zeanah e Gleason (2010), investigam sobre a possibilidade de o tipo de vinculação desenvolvido ser um bom preditor da adaptação psicossocial das crianças.

Martins e Gaffan (2000), após uma meta-análise sobre padrões de vinculação em amostras de mães com história de depressão e amostras de mães sem história de

psicopatologia, afirmam que os padrões de vinculação têm impacto no desenvolvimento do bebé e que o efeito de este impacto é mais previsível aos dezoito meses do que aos dozes meses; especialmente, em contextos clínicos, os padrões de vinculação A e desorganizado apresentam uma maior incidência.

2.7.1 Padrão de vinculação seguro (B)

Crianças com este padrão de vinculação procuram, activamente, o contacto com o seu cuidador. Após a reunião na SE, comunicam mais abertamente os seus sentimentos, sejam eles negativos ou positivos e, rapidamente, voltam a explorar o meio ambiente após a reunião (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997; Spangler & Grossmann, 1993). Têm, ainda, maior percepção e confiança acerca da disponibilidade do seu cuidador quando procuram contacto ou protecção (Crockenberg, 1981; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997; Spangler & Grossmann, 1993; Fonagy, 2001; Tavares, Vilela, Fernandes, Dias, Lima, Falco, & Gesta, 2009; Erickson & Harris, 2011; Fuertes, 2012). Mais tarde, estas crianças desenvolvem um sentimento de si caracterizado por um sentimento de competência social (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997; Spangler & Grossmann, 1993; Fuertes, 2012).

As crianças com este padrão confiam que as suas necessidades físicas vão ser respondidas pelos adultos. O sentimento de segurança que lhes é transmitido vai permitir-lhes focarem-se na aprendizagem de novas competências e na construção de relações com os outros (CSEFEL, 2013). Confiam que o cuidador está emocionalmente disponível e aprendem que podem construir, com o outro, uma relação íntima, próxima e querida e, ao mesmo tempo, sentirem-se seguras. A exploração do seu ambiente é feita com confiança, pois o seu cuidador encontra-se disponível quando é necessário um abraço ou um ânimo. Aprendem que a comunicação pode ser transmitida de várias formas, que os seus cuidadores os respeitam, lhes respondem e envolvem-se nas suas tentativas de comunicarem com o seu cuidador. Além disso, aprendem a gerir as suas reacções emocionais, isto é, a auto-regularem-se com a ajuda dos seus cuidadores.

Em tarefas cognitivas (Spangler & Grossmann, 1993), estes bebés estão mais envolvidos em actividades de exploração e apresentam baixos níveis fisiológicos (batimentos cardíacos e níveis de cortisol). Durante a procura do contacto com os seus cuidadores, verifica-se que existe um aumento da actividade fisiológica.

Nos estudos internacionais, a maior parte em países Ocidentais, o padrão de

vinculação seguro varia entre 50% e 62% (Spangler & Grossmann, 1993; Martins & Gaffan, 2000; Benoit, 2004; Sumpter, 2010), mesmo em amostras de crianças com diagnóstico de autismo severo (Willemsen-Swinkels et al., 2000). Contudo, segundo Oliveira-Costa e Lopes-dos-Santos (2011), começam a surgir estudos em Portugal que utilizaram a SE, como o de Fuertes (2004) e de Soares, Lopes-dos-Santos, Jongenelen, Henriques, Silva, Figueiredo e colegas (1996), que mostraram que a prevalência deste padrão em crianças é relativamente baixo. Por exemplo, no estudo destes investigadores, foi de 40%, enquanto, 38% apresentam vinculação insegura (A e C) e 20% apresentam padrões atípicos. No estudo de Fuertes (2004), o padrão de vinculação seguro foi de 33.33% (o padrão evitante de 35.42% e os ambivalentes de 31.25%). Porém, não se pode esquecer que, no estudo de Fuertes (2004), a amostra foi constituída por 57 díades, compostas por bebés nascidos entre as 30 e as 31 semanas de gestação. Quanto ao estudo de Soares e colegas (1996), numa amostra díades mãe-bebé (bebés saudáveis, sem problemas desenvolvimentais), os bebés com padrão de vinculação seguro corresponderam a 45%, o padrão evitante correspondeu a 32% e o padrão ambivalente a 23%.

Isto coloca uma questão interessante que se deveria explorar: saber se os indicadores da prevalência da vinculação segura em Portugal (utilizando metodologias de avaliação directa) correspondem aos indicadores da prevalência em estudos internacionais e quais são os factores psicossociais relacionados.

Ao desenvolvimento de um padrão de vinculação seguro, está associada a capacidade de a mãe/cuidador saber interpretar os sinais do bebé e de responder de forma adequada e atempadamente (Crockenberg, 1981). A restante família contribui de igual modo para o desenvolvimento de um padrão de vinculação seguro, através da partilha de experiências positivas com os bebés, com recurso à comunicação, leitura conjunta, disciplina positiva e ao maior envolvimento e sentimento de segurança com o seu bebé (OPF, 2013). Ainda, relativamente ao papel das famílias destas crianças, observa-se que: existe uma tendência para confiar menos na assistência pública, existem intervalos saudáveis entre gravidezes, as gravidezes subsequentes são em menor número e as histórias de consumos de substâncias psicoactivas bem como os problemas judiciais são raros.

Vários investigadores têm estudado a associação entre perturbações do desenvolvimento e o desenvolvimento de padrões de vinculação (Willemsen-Swinkels et al., 2000). As perturbações do desenvolvimento são um grupo de perturbações crónicas e que podem ser mentais e ou físicas. Os indivíduos com perturbações do desenvolvimento têm dificuldades na maioria das actividades de vida diária, nomeadamente ao nível da linguagem,

mobilidade, aprendizagem, autonomia e independência. As perturbações do desenvolvimento podem aparecer em qualquer momento do desenvolvimento do indivíduo e, geralmente, mantêm-se para toda a vida. O DSM-IV apresenta vários subgrupos de perturbações do desenvolvimento: perturbação autística/autismo, síndrome de Asperger e outras perturbações do desenvolvimento como o autismo atípico (APA, 2000).

Na amostra de Willemsen-Swinkels e colegas (2000) que incluía crianças com perturbações do desenvolvimento, crianças com perturbações linguísticas e crianças sem as perturbações supracitadas, o padrão de vinculação seguro ocorreu tanto em crianças da amostra não-clínica como em crianças com perturbações do desenvolvimento. Através deste estudo, pode-se afirmar que o padrão de vinculação seguro ocorre mesmo em crianças com perturbações do desenvolvimento.

Crianças seguras apresentam melhores competências linguísticas precocemente, melhores capacidades em resolver problemas, maiores competências e consciência social, melhores resultados escolares e melhores resultados ao longo da sua vida académica (OPF, 2013; PCHP, 2013). Por exemplo, no estudo da PCHP (2013), em crianças que foram apoiadas por este programa, os resultados cognitivos melhoraram significativamente na avaliação de QI, enquanto na amostra do grupo controlo se manteve estável. Importa, ainda, mencionar que houve uma redução da necessidade de aulas de ensino especial comparativamente à amostra de controlo. Crianças de classes baixas apoiadas por este programa, quando comparadas com crianças de classe média, apresentaram resultados no ensino secundário que foram 20% mais elevados e, quando comparadas com crianças da mesma condição socioeconómicas apresentam resultados 30% mais elevados.

2.7.2. Padrão de vinculação inseguro/evitante (A)

A incidência do padrão evitante na população geral situa-se entre 15% a 23% (van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992; Spangler & Grossmann, 1993; Benoit, 2004; Tavares et al., 2009). As crianças com uma organização deste tipo têm dificuldade em reconhecer e expressar emoções negativas dirigidas ao seu cuidador principal (Cassidy & Kobak, 1988; Fonagy, 2001; Benoit, 2004; Tavares et al., 2009), parecem imperturbáveis quando o cuidador regressa na situação estranha, ignoram ou evitam os cuidadores nos momentos de reunião, minimizam ou desactivam os comportamentos e ou tentam esconder os seus sentimentos aos seus cuidadores nos momentos de reunião (Cassidy & Kobak, 1988; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997; Fonagy, 2001). No caso de haver depressão

materna, a ocorrência deste padrão é de 19% (Martins & Gaffan, 2000).

Para além disso, apresentam, como as crianças desorganizadas, fracas competências ao nível dos mecanismos de *coping* (Spangler & Grossmann, 1993). Isto leva a que, mais tarde, nas relações com os seus pares e outros adultos, redireccionem as emoções negativas para estes. Apresentam, ainda, diversos problemas de externalização e internalização durante a sua infância (Cassidy & Kobak, 1988; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997; NICHD, 2006). Quando os seus cuidadores se tornam mais receptivos e sensíveis às suas necessidades, estes bebés tendem a apresentar comportamentos semelhantes aos bebés que apresentam um padrão seguro. Crianças classificadas, aos quinze meses, como evitantes apresentam mais frequentemente relatos maternos de menor competência (NICHD, 2006).

Durante as tarefas de leitura (e.g. apontar o dedo nas imagens, questionar a imagem, comentar a imagem ou as emoções que a imagem solicita, categorizar a imagem e tarefas subjacentes, dar respostas não-verbais, motivar para a tarefa), as mães de bebés evitantes têm uma tendência para serem controladoras, sobrestimular os seus bebés e corrigir os seus comportamentos, não dando espaço para os seus filhos crescerem e explorarem (idem).

Estes bebés, no mesmo estudo (NICHD, 2006) e durante uma interacção simples, têm tendência a apresentar respostas não-verbais, agressão dirigida à mãe e tendem a responder negativamente aos comportamentos controladores da sua progenitora. Mas, também, tanto as mães como os bebés evitantes têm um estilo único no que concerne às relações contingentes e recíprocas, isto é, existe uma impossibilidade relativamente à reciprocidade e às relações contingentes. As mães tiveram dificuldades em criar uma interacção apropriada para a idade do seu bebé; ou são muito focadas no texto escrito (tarefas de leitura), ignorando o facto de o seu bebé ter percebido, ou não, o conteúdo da história. Enquanto isso, as crianças têm dificuldades em focarem a sua atenção na leitura, pois o seu foco está direccionado para a sua progenitora (ibidem).

Inicialmente, o interesse de investigar a relação entre vinculação durante a SE e marcadores psicofisiológicos surgiu do trabalho de Main e Solomon (1999, cit in Spangler & Grossmann, 1993) que afirmam que crianças inseguras (inseguras/evitantes, inseguras/ambivalentes e desorganizadas) apresentam níveis de cortisol mais elevados e maior vulnerabilidade ao *stress* quando comparadas com crianças seguras. Main e Solomon (1999) sugerem que os padrões de vinculação inseguros são uma estratégia inteligente para estabelecer proximidade com o cuidador significativo. Contudo, os batimentos cardíacos dos bebés em qualquer grupo (seguro, inseguro ou desorganizado), durante o momento de separação na SE, estão mais elevados (Spangler & Grossmann, 1993).

Na investigação da relação entre batimentos cardíacos, padrões de vinculação e tarefas cognitivas (Spangler & Grossmann, 1993), face a tarefas de orientação para os objetos, o que indicia atenção e concentração, as crianças apresentam batimentos cardíacos mais baixos. Quando as crianças se encontram mais perturbadas, tal como em momentos de *stress*, procuram o contacto ocular com a mãe e apresentam níveis de batimentos cardíacos mais altos. No estudo de Soares e colegas (1999), os batimentos cardíacos, ao longo da situação estranha, apresentados por crianças evitantes são semelhantes aos das crianças categorizadas como seguras, o que vem contradizer os dados verificados por Spangler e Grossmann (1993) que encontram diferenças significativas entre crianças evitantes e seguras. Mas, no estudo de Soares e colegas (1999), quando se compara episódio a episódio, os investigadores salientam que, nas crianças evitantes, existe um aumento dos batimentos cardíacos enquanto nas crianças seguras existe um decréscimo.

Comparando as crianças com padrão seguro ou inseguro com crianças com padrão desorganizado, este último grupo apresenta níveis de batimentos cardíacos mais elevados (Spangler & Grossmann, 1993). Isto também pode ser verificado nas tarefas de orientação para os objectos (Spangler & Grossmann, 1993) e nos relatos de inactividade e ou baixo envolvimento em que os níveis de batimentos cardíacos são habitualmente mais baixos.

Como os bebés apresentam uma maior activação do sistema de vinculação nos momentos de *stress* emocional (Spangler & Grossmann, 1993; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997; Marvin & Britner, 2008), pode-se verificar que existe uma restrição/limitação da comunicação directa (Spangler & Grossmann, 1993). Já os níveis de cortisol (Spangler & Grossmann, 1993) nas crianças evitantes, assim como nas classificadas como desorganizadas são significativamente mais elevados.

2.7.3. Padrão de vinculação inseguro/ambivalente (C)

Estas crianças sentem-se frequentemente frustradas, ansiosas, percepcionam-se sem valor e são impulsivas (Bowlby, 1940/1991). Apresentam uma combinação de procura de contacto com uma forte resistência ao contacto do seu cuidador, ou mantêm comportamentos inapropriados com os mesmos (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997) e maximizam os seus comportamentos de vinculação (chorar, agarrar, procurar, etc.) com o seu cuidador (Carlons & Sroufe, 1995 cit in NICHD, 2006; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997; Fuertes, 2012). Têm, ainda, uma enorme dificuldade em explorar o ambiente e procurar o seu cuidador após uma separação durante a SE (van IJzendoorn &

Bakermans-Kranenburg, 1997; Fonagy, 2001), apresentam comportamentos de hipervigilância às actividades dos seus cuidadores ou, para chamarem a sua atenção, exageram os seus comportamentos. Os seus comportamentos de exploração estão mais diminuídos quando estão em ambientes estranhos (NICHD, 2006). Exibem maiores sinais de insensibilidade e problemas de auto-regulação fisiológica (Machado, 2009).

A vinculação ambivalente/resistente está associada, etiologicamente, à insensibilidade parental de percepcionar e de responder às necessidades do bebé e, também, à rejeição parental no primeiro ano de vida (Isabella, 1993), o que vai originar um padrão de inconsistência. No estudo de Scher e Mayseless (2000) sobre as características maternas associadas ao desenvolvimento da vinculação ambivalente/resistente, as mães em causa possuíam baixas competências académicas, elevados níveis de ansiedade de separação e maior *stress* parental, quando comparadas com as mães de bebés seguros.

A incidência deste tipo de vinculação na população geral situa-se entre 2.5% a 12% (van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992; Spangler & Grossmann, 1993; van IJzendoorn et al., 1999; Benoit, 2004). As crianças que apresentam este padrão são sempre hipervigilantes aos comportamentos do seu cuidador e tendem a ter dificuldades em reconhecer e lidar com as suas mudanças imprevistas (NICHD, 2006). Willemsen-Swinkels e colegas (2000) encontraram, numa amostra de crianças com perturbação do desenvolvimento e atraso mental, uma prevalência significativa deste padrão de vinculação.

Soares e colegas (1999) encontraram uma associação entre o tipo de vinculação ambivalente e os batimentos cardíacos ao longo da situação estranha, especialmente nos momentos de separação e no último episódio desta situação, quando comparados com as crianças seguras. Ao longo do desenvolvimento das crianças ambivalentes, podem constatar-se problemas de internalização e uma alternância entre comportamentos de agressividade ou passividade (Carlons & Sroufe, 1995 cit in NICHD, 2006).

2.7.4. Desorganização da vinculação - Grupo D

Em 1986, Main e Solomon (cit. in van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997) identificaram um quarto padrão de vinculação; o padrão Desorganizado/Desorientado. Nos seus estudos, havia um grupo de crianças que não se ajustavam nas categorias de vinculação de Ainsworth e eram classificados como possuindo uma anomalia comportamental. Por isso, criaram uma nova categoria.

Uma forma de definir este padrão pode ser através da ausência, ou não existência, de

uma estratégia organizada da regulação emocional durante a maior parte das interacções entre criança e cuidador. Actualmente, é a quarta categoria mais frequente na SE (Hesse & Main, 2000). Nos adultos, existe um padrão paralelo ao padrão de vinculação desorganizado das crianças; o padrão não-resolvido/desorganizado.

Estas crianças, segundo Main e Solomon (1990 cit in van IJzendoorn et al., 1999; Hesse & Main, 2000) apresentam: a) comportamentos contraditórios, exibidos simultaneamente e sequencialmente (e.g., indiferença ao *stress* excessivo do seu cuidador); b) apreensão quanto ao seu cuidador; c) comportamentos estereotipados (e.g., puxar pelo seu cabelo quando está *stress*ado e a mãe esta disponível), assimétricos e inoportunos; d) movimentos mal direccionados, incompletos (e.g., procurar aproximar-se ao estranho durante a SE na ausência da mãe) e sem um propósito e e)movimentos parados, lentos ou apáticos durante bastante tempo (e.g., paragem dos movimentos).

Van IJzendoorn e colegas (1999) salientam, também, que o padrão de vinculação desorganizado apresenta estabilidade a médio e a longo prazo, especialmente em classes socioeconómicas médias. Os cuidadores, geralmente, apresentam algum tipo de perturbação ou sofrimentos traumático, como por exemplo, história de abuso ou negligência.

Numa amostra não clínica (norte-americana), a prevalência de este padrão de vinculação foi de 15% em crianças de classe média (van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992; van IJzendoorn et al., 1999) e de 25% em crianças de classe baixa (van IJzendoorn et al., 1999). Quando se analisam os resultados das amostras de outros países ocidentais, a incidência do padrão de vinculação D é de 18%.

Durante muito tempo, pensou-se e afirmou-se que este padrão surgia devido às respostas inadequadas e ambivalentes das mães, durante a activação dos comportamentos vinculativos. Contudo, mais recentemente, sabe-se que o bebé também tem um papel importante no surgimento deste padrão; é o que parece ocorrer no caso de algumas deficiências infantis tais como Trissomia do Cromossoma 21, autismo e doença cardíaca. Nestes casos, pode haver uma interferência do bebé na emissão de sinais de vinculação privilegiando os sinais incompreensíveis (Machado, 2009; Jacobsen & Miller, 1999).

Assim, a etiologia deste padrão pode ser diversa (Hesse & Main, 2000) e vai desde as causas neurológicas, intervenções farmacológicas, experiências de isolamento, sinais de confusão e conflito dos cuidadores, situações de humilhação e exposição a vergonha até separações a longo prazo. Os pais podem contribuir para o desenvolvimento do padrão de vinculação desorganizado através de comportamentos dissociativos e de comportamentos de medo ou de pavor (Hesse & Main, 2000; Hennighausen, Lyons-Ruth, 2010). Isto cria um

paradoxo para as suas crianças, isto é, um cuidador que ao mesmo é um porto de abrigo e de conforto, que transmite segurança, é também uma fonte de perigo, que coloca em perigo a sobrevivência física e emocional da criança (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2003; Hennighausen, Lyons-Ruth, 2010). Isto leva a que a criança tenha medo e pavor profundo, um medo sem solução que vem do cuidador significativo da criança que, segundo Main e Hesse (1990) é a essência do padrão de vinculação desorganizado. Para Hesse e Main (2000), estes pais apresentam comportamentos semelhantes aos outros predadores na natureza (e.g., aproximam-se silenciosamente do bebé, mostram os dentes e produzem vocalizações ameaçadoras) e apresentam comportamentos de medo/pavor e dissociativos.

Quando o cuidador apresenta história de perturbação mental ou psicopatologia, a incidência do padrão de vinculação D é bastante alta (van IJzendoorn et. al., 1999; Martins & Gaffan, 2000; Minnis et al., 2009; Hennighausen, Lyons-Ruth, 2010). Na depressão materna é 28%, ao passo que nas amostras não-clínicas é de 17% (Martins & Gaffan, 2000), em amostras de história materna de toxicodependência a mesma atinge os 43% (van IJzendoorn et al., 1999; Martins & Gaffan, 2000) e, no caso de deficiência mental ou de problemas neurológicos, é de 35% (van IJzendoorn et al., 1999; Martins & Gaffan, 2000). Existindo história de maus-tratos à criança, a probabilidade de se verificar este tipo de vinculação, comparando com crianças sem história de abuso ou maltrato, é bastante alta (Minnis et al., 2009).

Crianças institucionalizadas têm uma maior probabilidade de desenvolver o padrão de vinculação D com o seu cuidador (66%), enquanto apenas 24% das crianças institucionalizadas conseguem desenvolver um padrão de vinculação seguro (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2003). Martins e Gaffan (2000) afirmam que este padrão de vinculação é mais previsível em contextos ambientais de risco, tal como, ambientes onde impera a pobreza. Para Ainsworth e Fichberg (1991, cit in Hesse & Main, 2000), a incidência de este padrão é bastante elevada em populações de baixo risco chegando aos 15%. Nestes casos, se bem que algumas crianças tenham sido alvo de maus-tratos, é provável que outros factores estejam em causa.

Como já referimos anteriormente, quando se comparam os padrões seguros e inseguros com o padrão desorganizado, o último grupo apresenta níveis de batimentos cardíacos mais elevados (Spangler & Grossmann, 1993; Willemsen-Swinkels et al., 2000). Este dado psicofisiológico indica que o sistema comportamental da vinculação se encontra fortemente activado nas crianças desorganizadas (Spangler & Grossmann, 1993). Quando estas comparações são realizadas momento a momento na SE, os batimentos cardíacos das

crianças desorganizadas são mais elevados nos momentos de despedida e decrescem nos momentos de reunião (Willemsen-Swinkels et al., 2000).

No estudo de Hertsgaard e colegas (1995), numa amostra de crianças de 19 meses com risco social, 29% apresentaram um padrão de vinculação desorganizado e níveis de cortisol elevados. Quando se comparou as crianças com padrão de vinculação desorganizado e não-desorganizado, a diferença foi estatisticamente significativa sendo que, nas crianças desorganizadas, os níveis de cortisol são mais elevados. O estudo de Hertsgaard e colegas (1995) mostra que existe uma enorme vulnerabilidade ao *stress* nas crianças com padrão desorganizado e que isso se manifesta no seu desenvolvimento, nomeadamente através de maiores dificuldades ao nível do desenvolvimento social e da regulação emocional.

O padrão de vinculação D tem um enorme impacto no desenvolvimento do bebé, nomeadamente, na gestão do *stress* nos primeiros cinco anos de vida (van IJzendoorn et al., 1999; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2003). Como consequência, observa-se uma maior tendência para a apresentação de problemas de dissociação e, durante o período escolar, maiores problemas de externalização (van IJzendoorn et al., 1999; Hesse & Main, 2000) e maior desregulação das emoções negativas; por outras palavras, estas crianças são mais agressivas. Por isso, este padrão de vinculação é considerado um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações do desenvolvimento ou de psicopatologia (Hesse & Main, 2000; Fonagy, 2001; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2003; Zeanah and Gleason, 2010).

Para Waters e Beauchaine (2003) e Fraley e Spieker (2003), os padrões de vinculação não são uma classificação taxonómica. Apesar de esta visão ajudar na investigação sobre vinculação, apresenta alguns limites na sua conceptualização metodológica; isto é, envolve decisões difíceis, como por exemplo, nos testes de hipóteses, no delineamento da investigação e na convergência de dados de múltiplos contextos. Para Fraley e Spieker (2003), a conceptualização dos padrões de vinculação será mais bem entendida como um domínio.

2.8. (Des)organização da vinculação na primeira infância e resultados desenvolvimentais.

Estudos apontam para que a incidência deste padrão seja de 15% em meios de baixo risco (van IJzendoorn et al., 1999; Benoit, 2004) e de 82% em ambientes de alto risco (Benoit, 2004). As evidências sugerem que os cuidadores apresentam problemas que vão desde o trauma psicológico, luto, violência, doméstica, problemas emocionais, entre outros.

Este tipo de padrão é considerado um factor de risco elevado e um preditor para o

desenvolvimento de psicopatologia grave, tal como, maior vulnerabilidade ao *stress*, dificuldade de regulação das emoções negativas, agressividade e estilos de interacção coercivos. Tem uma incidência de 80% em crianças que foram maltratadas (Fonagy, 2001; Benoit, 2004; Minnis, Marwick, & McLaughlin, 2006). Quando combinado com o temperamento infantil, mais especificamente com o temperamento difícil, torna-se um preditor forte relativamente à presença de comportamentos agressivos antes dos cinco anos e está associado aos problemas de internalização e externalização nos anos escolares, relacionando-se com uma fraca qualidade nas interacções sociais e comportamentos bizarros na escola (Fonagy, 2001; Benoit, 2004).

2.9. Modelos dinâmicos internos

Aos dezoito meses, a criança entra no mundo do simbólico e consegue representar mentalmente as suas relações de vinculação e do Outro (Bowlby, 1940/1991; Ainsworth & Bowlby, 1991). Para van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (1996), é no primeiro ano de vida que os modelos internos dinâmicos são criados. Segundo Main e colegas (1985), alguns tipos de modelos internos podem ser formados nos primeiros meses de vida de um bebé e, aos dozes meses, na SE, podem verificar-se diferenças individuais em função destes modelos.

Ao atingir este nível de desenvolvimento, a criança consegue planear e antecipar os comportamentos a nível cognitivo. Isso quer dizer que a criança possui um protótipo funcional que Bowlby (1940/ 1991) designou por modelos internos dinâmicos (*internal working models*). Estes podem ser construídos de acordo com a manipulação dos vários elementos disponíveis e podem ser ampliados através da actividade cognitiva, para se poderem integrar as novas referências e as experiências já existentes. Estes modelos internos dinâmicos (Bowlby, 1940/ 1991) seriam a resposta à necessidade de o ser humano ter, à sua disposição, algum tipo de representação esquemática da topografia do meio psicológico em que vive.

Bowlby (1969) aponta um modelo de si e um modelo do outro, como dois modelos internos dinâmicos que são construídos de acordo com os dados existentes, sendo alongados imaginariamente de maneira a integrar quer as realidades experienciadas quer as potenciais, caso o protótipo seja utilizado em situações novas. Para que estes modelos sejam úteis (idem), devem manter-se actualizados, a fim de que a integração de pequenos acertos seja realizada de um modo contínuo e muitas vezes imperceptível. Esta permanente actualização é demonstrada pelo estudo de Bar-Haim, Sutton, Fox e Marvin (2000). Na sequência desta investigação,

estes autores referem que a qualidade das representações mentais da vinculação é mais uma reacção à qualidade da interacção mãe/cuidador–criança do que uma reacção às interacções precoces (Bar-Haim et al., 2000). Por outras palavras, a qualidade das representações da relação do bebé com o seu cuidador é um reflexo das interacções "aqui-e-agora". Os modelos dinâmicos internos podem ser ainda uma explicação plausível de como crianças com diferentes sistemas vinculativos respondem de maneira diferente às mudanças do contexto (NICHD, 2006). Por exemplo, em caso de necessidade de apoio ou de assistência, as crianças seguras conseguem pedir ajuda aos outros quando o seu cuidador está ausente.

Main, Kaplan e Cassidy (1985), Zeanah e Anders (1987), Soares (1996), Monteiro e colegas (2008), Veríssimo e Salvaterra (2006), Bretherton e Munholland (2008), Coutinho (2010) e Maia e Veríssimo (2011) afirmam que os modelos internos dinâmicos são dimensões integrais dos sistemas de comportamento, sendo representações mentais que incluem componentes afectivas e cognitivas, adoptando um papel activo na constituição e na orientação do comportamento. Main e colegas (1985) afirmam que, nas diferenças individuais dos modelos internos dinâmicos, temos de incluir, ainda, os padrões linguísticos e as estruturas da mente. Realçam ainda que estes modelos constituem um conjunto de regras conscientes ou inconscientes e que tendem para a estabilidade (idem). Os modelos internos (Main et al., 1985; Figueiredo, 2003; Maia, Ferreira, Veríssimo, Santos & Shin, 2008; Bretherton & Munholland, 2008) têm um papel fundamental na memória e na atenção, pois fornecem as regras para a organização e direcção destas, de forma a que, mais tarde, organizem o acesso a determinadas formas de conhecimento relativamente ao sentido de si, às figuras de vinculação e à relação entre o sentido de si e essas mesmas figuras.

Em 1985, Main e colegas (1985) compararam as diferenças individuais da segurança na vinculação direccionada para mães e pais, de 40 crianças com seis anos de idade. Estas crianças, tinham já sido observadas na situação estranha entre os doze meses (com as mães) e os dezoito meses (com os pais). A segurança da vinculação com a mãe previu o funcionamento da interacção com o técnico que avaliou a criança, nos momentos de avaliação. Quando se compara a estabilidade da segurança infantil ao longo do tempo, a estabilidade na relação com o pai é menor do que na relação com a mãe; aos cinco anos de idade, esta diferença é estatisticamente significativa. Diferenças semelhantes são encontradas nas narrativas da criança em que a abertura para discutir e pensar sobre as separações e reuniões com o seu progenitor/a estava correlacionada com a segurança precoce com a mãe e, também, com a resposta infantil a uma fotografia familiar (idem). A segurança na relação com a mãe é o que mais influencia a representação mental da relação e o que prevê as respostas

nas entrevistas e na tarefa da fotografia da família. Isto vem corroborar a ideia de Bowlby (1940/1991) de que os modelos internos são organizados hierarquicamente (Main et al., 1985).

Segundo Waters, Rodrigues e Ridgeway (1998), as primeiras relações vinculativas são representadas sobre a forma de uma estrutura de guião, que surge na experiência do bebé quando sente que a sua mãe é uma base de segurança. Main e colegas (1985) afirmam que este guião/modelo actua como um filtro da percepção de todas as experiências e comportamentos bem-sucedidos. Dependendo do tipo de guião de "base segura", isto é, consistente, coerente ou inconsistente ou incompleto, a criança tem acesso a um conjunto de representações mentais em determinadas situações de interacção social (Waters & Waters, 2006). Por outras palavras, se existir uma "base segura" inconsistente e incompleta, a criança irá ter dificuldades em aceder às representações mentais da sua relação com a mãe. Se existir uma "base segura" consistente e coerente, os guiões serão completos, consolidados e de fácil acesso.

Relativamente à atenção das crianças e dos pais, verificou-se que estas eram fluidas nas representações seguras de vinculação, tanto nas crianças como nos pais (idem). Esta fluidez permitia alterações na atenção e na expressão emocional em diversos contextos. Pelo contrário, nas crianças inseguras, a expressão emocional e a atenção eram restringidas e previsíveis. Tini, Corcoran, Rodrigues-Doolabh e Waters (2003) salientam que as classificações que os bebés obtêm na SE estão relacionadas com os guiões maternos de base segura.

Existe uma relação íntima entre os modelos internos dinâmicos e o fenómeno de base segura (Main et al., 1985; Bowlby, 1988; Vaughn et al., 1992; Figueiredo, 2003; Bost, Shin, McBridge, Brown, Vaughn, Coppola, Veríssimo, Monteiro, Korth, 2006; Monteiro, Veríssimo, Vaughn, Santos & Bost, 2008; Bretherton & Munholland, 2008). Se uma criança sente que a sua mãe é sensível, acessível e que transmite segurança e conforto, será concebido um modelo em concordância com estas características no qual a mãe é segura e possibilita inúmeras experiências positivas e significativas. Com a repetição de estas experiências, a criança constrói um modelo interno da relação interpessoal. Este modelo interno de base segura, no futuro, permite à criança sentir-se segura e confiante em estabelecer novas relações. Isto é, os modelos internos dinâmicos servem como guias ou como linhas orientadoras (Bost et al., 2006; Monteiro et al., 2008). Waters e Waters (2006), salientam que os guiões de "base segura" são importantes nas relações mãe-bebé e nas relações adulto-adulto pois pode-se verificar que as classificações obtidas no *Adult Attachment Interview* são bastantes elevadas

tanto na relação mãe-bebé como na relação adulto-adulto.

Os modelos internos também possibilitam às crianças pré-escolares, conhecerem, partilharem e discutirem as experiências emocionais. Crianças com modelos internos seguros, isto é, com uma representação da vinculação segura, têm maior conhecimento emocional, manifestando uma melhor capacidade de partilharem e discutirem, de forma aberta e apoiada, as experiências emocionais (Rebelo, Veríssimo, Malo-Machado, & Silva, 2003).

Rebelo e colegas (2013) não verificaram que as competências linguísticas e cognitivas influenciem a vinculação. Este estudo de Rebelo e colegas (2013) vem contradizer algumas investigações que sugerem que os processos cognitivos e linguísticos têm impacto na formação dos modelos internos dinâmicos como, por exemplo, Butler e Shalit-Naggar (2008). Na investigação destes autores, com meninas em idade escolar, o nível do conhecimento das experiências emocionais e das emoções permitia maior facilidade em aceder às representações mentais.

Um dos factores que pode influenciar as representações mentais do bebé em relação à sua vinculação com a mãe/cuidador é o estado emocional materno; por exemplo, a depressão. Isto foi verificado no estudo de Trapolini, Ungerer e McMahon (2007) que encontraram, entre a representação mental da vinculação em crianças pré-escolares e a depressão materna, uma associação estatisticamente significativa. Contudo, não se verificou uma associação entre história prévia de depressão e representação mental da vinculação. As crianças de mães deprimidas têm enormes dificuldades em verbalizar sentimentos de irritação e, quando os verbalizam, tendem a exprimir mais frequentemente narrativas de agressão incontida.

Mais recentemente, a discussão sobre modelos internos dinâmicos e vinculação foca-se na continuidade/descontinuidade dos padrões de vinculação ao longo do ciclo vital. Devemos salientar que a posição de Bowlby (1940/1991) era um tanto ambígua em relação à continuidade/descontinuidade da qualidade da vinculação. Por um lado, afirmava que existe estabilidade na qualidade da vinculação, por outro, afirmava e acreditava que, quando existem mudanças significativas nas famílias, se pode verificar a existência de uma mudança na qualidade da vinculação, havendo assim uma descontinuidade.

Belsky e Fearon (2002) afirmam que os modelos internos dinâmicos não são imutáveis pois, no estudo de estes investigadores, em crianças com vinculação insegura, quando existia uma melhoria do cuidado parental no sentido do aumento da sensibilidade, estas crianças obtinham resultados superiores nos diversos instrumentos utilizados. Estes resultados de Belsky e Fearon (2002) foram apoiados, mais recentemente, pela investigação de Benavente (2010). A descontinuidade na representação da vinculação, quando existem mudanças, pode

levar ao sentido de segurança nas crianças que apresentam representações inseguras da vinculação. Esta afirmação é suportada pelo facto de, na amostra deste estudo (crianças sinalizadas nas CPCJ's por suspeita de maus-tratos, abusos ou negligência), a mudança das representações inseguras para seguras ter ocorrido em 46.43% dos casos, enquanto a mudança no sentido da desorganização ocorreu em 25% das situações. A investigadora salienta que podemos estar perante uma menor consolidação dos modelos internos dinâmicos ligados à insegurança, tornando estes tipos de representação mental (inseguros) mais permeáveis às mudanças ambientais (Benavente, 2010).

Os estudos de Benavente (2011) e de Belsky e Fearon (2002) vêm contradizer um grupo de investigações que apoiam a ideia de que as representações mentais da vinculação são estáveis e imutáveis (Howes & Halmiton, 1992, cit in Benavente, 2011; Moss e colegas, 2005; Meins et al., 2008). Na primeira investigação, 77% da amostra dos indivíduos avaliados aos doze meses e na adolescência mantinham a mesma classificação da vinculação ao longo do tempo. No segundo estudo, os investigadores averiguaram que a estabilidade das representações mentais foi de 72.41% no caso das crianças inseguras. Os autores afirmaram que a estabilidade das representações mentais é possível de ser verificada. No terceiro estudo, Meins e colegas (2008) a amostra foi constituída por mães e as suas crianças avaliadas aos 44 meses, aos 52 meses e aos 61 meses. A estabilidade das representações mentais da vinculação entre os 15 e os 44 meses de idade foi de 91% em crianças seguras, de 56% em crianças evitantes, de 38% em crianças ambivalentes e de 14% em crianças desorganizadas. Para além disso, quanto mais insegura é a vinculação menor é a estabilidade da representação mental da vinculação e dos comportamentos vinculativos.

Quando a equipa de investigação utilizou medidas de categorização da representação mental da vinculação (tarefas de histórias), a estabilidade, entre os quinze e os cinquenta e dois meses, foi de 53% para crianças seguras, de 31% para crianças evitantes, de 50% para crianças desorganizadas e zero para crianças ambivalentes. Verificou-se, também, que, entre os quinze e os sessenta e dois meses, não existe correlação significativa entre a vinculação segura e as representações seguras de vinculação avaliadas pelas tarefas de narrativas (idem).

Quando as investigadoras (ibidem) analisaram a concordância entre tarefas narrativas, por um lado, e ansiedade de separação e dimensões associadas, por outro lado, averiguaram a não existência de correlação entre ansiedade de separação e tarefas narrativas aos 61 meses de idade da criança, contudo, verificaram a existência de relações significativas aos 52 meses de idade entre tarefas narrativas e ansiedade de separação, nomeadamente entre autoconfiança (teste de ansiedade de separação) e resolução (tarefa narrativa) bem como entre evitamento

(teste de ansiedade de separação) e coerência (tarefas narrativas). Aos 61 meses de idade, apenas a autoconfiança e a coerência se relacionaram significativamente. No que respeita à congruência entre representações mentais da mãe e da criança, mães com maiores preocupações com os seus filhos eram menos coerentes na discussão dos temas de vinculação e exibiam dificuldades em resolver a angústia associada à vinculação (ibidem).

Já anteriormente, numa amostra de crianças avaliadas pela situação estranha aos 12 e aos 18 meses de idade (Waters, 1978), a estabilidade da vinculação foi evidente nas categorias dos comportamentos de diferenças individuais, da qualidade da vinculação bebé-mãe, especialmente no comportamento dirigido à mãe durante os momentos de reunião e no choro. Mas, na estabilidade temporal dos comportamentos de vinculação, os dados foram pouco evidentes.

A ideia base de Bowlby (1940/1991) de que a vinculação segura é estável ao longo do ciclo vital e que é apenas quando ocorrem mudanças significativas que pode ocorrer uma descontinuidade, foi apoiada pela investigação longitudinal, de vinte anos, liderada por Waters (Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000; Waters, Hamilton, & Weinfield, 2000). Nos casos em que as mães não relatam a ocorrência de acontecimentos stressantes, a estabilidade da vinculação segura ocorreu em 72% da amostra. Em relação à dicotomia seguro/inseguro, a estabilidade foi de 78%. Numa visão global, 72% dos sujeitos mantinham o mesmo tipo de vinculação aquando do início da idade adulta (Waters et al., 2000).

2.10. Antecedentes da vinculação

O estabelecimento da vinculação é um fenómeno particularmente complexo. Ambos os elementos da díade contribuem para o estabelecimento da vinculação, segundo um modelo bidireccional em que o comportamento da mãe é moldado pelo comportamento do bebé e vice-versa (Bowlby, 1940/ 1991; Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Martins & Gaffan, 2000; Schermann, 2001; Mills-Koonce et al., 2007a). No entanto, a vinculação não está dependente apenas dos comportamentos das mães relativos à protecção e à transmissão de segurança e conforto ao bebé nem da necessidade de o bebé obter protecção, conforto e satisfação das suas necessidades (Piccinini, Moura, Ribas, Bosa, de Oliveira, Pinto et al., 2001). Importa, também, referir os contextos sociais da criança nomeadamente de risco ou pobreza (Oliveira-Costa & Lopes-dos-Santos, s.d; Martins & Gaffan, 2000), a história materna de perturbação mental, a história de consumos parentais, os problemas neurológicos do bebé, o tipo de

cuidados parentais (Martins & Gaffan, 2000), a disponibilidade materna (Figueiredo, 2003), a história de internamentos hospitalares, o número de irmãos e as características do local onde a criança passa a maior parte do dia (Oliveira-Costa & Lopes-dos-Santos, 2011), uma vez que se podem constituir como factores moderares ou mediadores da vinculação materna.

Maccoby (1980) afirma que a família é o contexto principal de socialização das crianças e que os estilos de educação, os castigos praticados e a transmissão de afectos são factores importantes e responsáveis pelas diferenças individuais.

2.10.1. Disponibilidade emocional

Segundo Biringen (2000), a disponibilidade emocional (*emotional availability*) pode ser definida como a capacidade de exprimir um leque variado de expressões positivas e negativas, de sintonizar e de responder à expressão emocional do parceiro na interacção interpessoal.

Este constructo surge da psicoterapia e da descrição da experiência do terapeuta e do cliente/utente e, mais tarde, foi direccionado para a relação mãe-bebé (Biringen & Robinson, 1991). A mãe é conceptualizada como uma figura de apoio durante os comportamentos exploratórios do bebé e, também, de aceitação das expressões emocionais positivas e negativas do seu bebé às quais tenta responder de forma afectuosa (Emde, 1980, cit in Biringen & Robinson, 1991).

Um constructo próximo ao de disponibilidade emocional é o de indisponibilidade psicológica (Biringen & Robinson, 1991). Egeland e Erickson, em 1987 (cit. in Biringen & Robinson, 1991) estudaram este constructo em crianças maltratadas pelas suas mães. Nesse estudo, foram detectados sinais de indisponibilidade psicológica sobretudo nas mães de crianças com vinculação de tipo evitante. Quando as mães eram psicologicamente indisponíveis, os bebés eram classificados como evitantes em 43% dos casos aos doze meses de idade enquanto aos 18 meses de idade essa percentagem subia para 86%. Entre estas duas idades, ocorreu um declínio das competências sócio-cognitivas das crianças. Finalmente, na idade pré-escolar, estas crianças eram menos colaborantes e menos criativas face a tarefas de resolução de problemas e mais irritáveis e negativas do que as crianças do grupo de controlo.

Quanto maior é a disponibilidade emocional maior é a abertura ao diálogo emocional, segundo Easterbrooks, Biesecker e Lyons-Ruth (2000). Este tipo de disponibilidade só acontece quando ambas a partes da díade estão disponíveis para ler e responder adequadamente às pistas emocionais do outro.

Uma mãe emocionalmente disponível é aquela que está presente, apoiando as tentativas de exploração da criança; por outras palavras, funciona como uma base segura da criança e de aceitação da sua expressão emocional negativa ou positiva, através da clareza das percepções que tem face aos sinais e pistas do bebé (Biringen & Robinson, 1991; Easterbrooks et al., 2000). Além disso, é esperado que a mãe disponível modele a sua sensibilidade tendo em conta o nível de desenvolvimento da sua criança (Biringen & Robinson, 1991), uma vez que as necessidades e o desenvolvimento emocional e cognitivo das crianças com meses de idade são diferentes do que observamos em crianças pré-escolares.

Quanto à criança, esta deve ser responsiva emocional e fisicamente aos indicadores/sinais maternos da disponibilidade emocional. Biringen e Robinson (1991) referem quatro componentes da disponibilidade emocional. Dois pertencem às mães: sensibilidade e não-intrusão. Os outros dois pertencem à criança: responsividade à mãe e capacidade de envolver a mãe na interacção.

A sensibilidade materna refere-se não só à definição de Ainsworth mas também à capacidade de a mãe gerir ou negociar as assincronias da díade que resultam de momentos/eventos negativos e da expressão emocional dos parceiros da díade. A não-intrusão é relativa à capacidade de a mãe interagir com o seu bebé/criança, respeitando os sinais e indicadores desta e as fronteiras existentes entre mãe e criança e, ainda, reconhecer a diferença emocional e mental entre os dois negociando objectivos comuns. A responsividade da criança face à mãe descreve o grau de satisfação e de entusiasmo da criança nos momentos de jogo com a mãe, permitindo a esta saber se os seus comportamentos correspondem às pistas e aos desejos do bebé (Biringen & Robinson, 1991).

O bebé tem ainda o papel de facultar à sua mãe reforços positivos, mostrando a esta que é sensível e experiente em lidar com ele. O envolvimento materno relativamente à criança reflecte a vontade e a capacidade de o bebé incluir o envolvimento da sua mãe nas suas actividades, isto é, de incorporar a mãe nas suas brincadeiras, transformando-a na sua audiência particular (ibidem).

A disponibilidade emocional está associada à vinculação (Egeland & Erickson, 1987 cit in Biringen & Robinson, 1991; Aviezer, Sagi, Joels, & Ziv, 1999; Biringen, 2000; Easterbrooks, 2000; Easterbrooks & Biringen, 2009), nomeadamente à vinculação segura das crianças. Particularmente, está associada à sensibilidade emocional e à estruturação materna bem como à responsividade e envolvimento infantil em idades escolares. Entre as características maternas que apresentaram relações significativas com a disponibilidade emocional materna, destaca-se a presença de sintomas de depressão materna (Easterbrooks et

al., 2000).

Easterbrooks e colegas (2000), nos vários tipos de vinculação, encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as crianças seguras e desorganizadas além de observarem comportamentos atípicos na disponibilidade emocional das mães das crianças com vinculação desorganizada.

A disponibilidade emocional está, também, associada às perturbações da alimentação, às perturbações desregulativas e aos comportamentos externalizadores antes dos três anos de idade da criança. Relativamente às perturbações da alimentação, a disponibilidade emocional é baixa, enquanto nas perturbações desregulativas apresenta-se elevada (Wiefel, Wollenweber, Oepen, Lenz, Lehmkuhl & Biringen, 2005; Easterbrooks & Biringen, 2009).

A relação entre disponibilidade emocional e perturbações desregulativas deve-se ao facto de estas perturbações serem de carácter mais transitório, enquanto as perturbações alimentares são de carácter mais prolongado no tempo. Easterbrooks, Chaudhuri e Gestsdottir (2005) também investigaram quais os padrões de disponibilidade emocional que surgem nas mães adolescentes e nos seus bebés, nomeadamente em termos de sincronia e assincronia e, quais as características psicossociais que influenciam a disponibilidade emocional e os factores associados. Nas suas observações, os autores referem quatro padrões de disponibilidade emocional: a) díades de funcionamento fraco, b) díades médias, c) parentalidade média associada a bebés não envolvidos e d) díades de elevado funcionamento. Deste modo, consoante o seu grupo, as mães podem apresentar diferentes características psicossociais. Por exemplo, as mães de baixo e médio funcionamento exibem maior sintomatologia depressiva, poucos sinais de desenvolvimento positivo, evidenciando mais comportamentos de risco de saúde, eram mais jovens, residiam em ambientes com mais problemas e menos recursos além de apresentarem baixas percepções acerca dos cuidados recebidos das suas mães.

Mais recentemente, Falco, Venuti, Esposito e Bornstein (2009) estudaram a disponibilidade emocional dos pais e das mães de crianças pré-escolares com Trissomia XXI. A disponibilidade emocional nestas famílias surge de forma coerente, uma vez que pais e mães apresentam a mesma disponibilidade emocional. Já, as crianças demonstram estilos relacionais semelhantes aos dos seus progenitores, tanto a nível da responsividade como do envolvimento parental. No caso das crianças com cegueira congénita existe uma adaptação dos comportamentos e das respostas interactivas dos cuidadores, de forma a manter a disponibilidade emocional durante os momentos de interacção lúdica (Campbell & Johnston, 2009). Neste caso específico, a linguagem assume um papel importante para o

desenvolvimento emocional e para a capacidade de relacionamento com os outros.

2.10.2. Temperamento infantil

Um dos factores favoráveis ao estabelecimento da vinculação, especialmente uma vinculação segura (Crockenberg, 1981; Oliveira-Costa & Lopes-dos-Santos, 2011), e que tem chamado atenção das investigações, é o temperamento dos bebés. Especialmente a relação entre temperamento e vinculação, temperamento e qualidade dos cuidados (Costa & Lopes-dos-Santos, s.d; Vaughn, Bost & van Ijzendoorn, 2008; Laukkanen, Ojansuu, Tolvanen, Alatupa, & Aunola, 2014) e temperamento e aceitação infantil pelos pares (Szewczyk-Sokolowski & Bost, 2005). Além disso, tem sido estudada a associação entre temperamento e desenvolvimento de perturbações psiquiátricas ao longo do ciclo vital (Crockenberg, 1981).

Contudo, van IJzendoorn (1995) e De Schipper, Tavecchio e van IJzendoorn (2008) levantam dúvidas quanto à relação entre temperamento infantil e vinculação, pois não se conseguiu encontrar uma relação estatisticamente significativa entre temperamento infantil e vinculação segura (van IJzendoorn, 1995; De Schipper et al., 2008), nem foi observado que o temperamento seja uma variável moderadora da vinculação segura (De Schipper et al., 2008).

Em 1987, Goldsmith e Alansky efectuaram uma meta-análise sobre as variáveis maternas e infantis que contribuem para a previsão da qualidade da vinculação. Relativamente às variáveis infantis, apenas foram analisadas dezoito investigações que estudaram o temperamento infantil na SE ou em estudos *Q-Sort*. Desta meta-análise resulta que nos padrões de vinculação inseguros existe um efeito previsível do temperamento infantil (Goldsmith & Alansky, 1987). Contudo, a maior parte dos estudos em causa sobre os efeitos do temperamento infantil foram efectuados em pesquisas sobre os padrões de vinculação inseguros (sobretudo relativamente ao padrão de vinculação ambivalente), o que pode enviesar os dados encontrados. Mais recentemente, Laible (2004) salienta que o temperamento infantil juntamente com a vinculação, relaciona-se com as diferenças da qualidade emocional do discurso da mãe e do bebé que, por sua vez, está relacionado com o desenvolvimento sócio-emocional infantil. No que concerne à capacidade de o temperamento infantil prever a qualidade do discurso materno-infantil (Laible, 2004), apenas se consegue quando temos em atenção a qualidade dos comportamentos infantis na comunicação durante a interacção.

Esta ideia é sustentada mais recentemente por Daniel Messinger (2014) que afirma que a ligação entre temperamento e vinculação tem de ser percepcionada de forma diferente, em

termos de relação directa e indirecta; o temperamento influencia a interacção mãe-criança que, por sua vez, influencia a formação da vinculação segura (idem). Já Szewczyk-Sokolowski e Bost (2005) demonstraram que o temperamento difícil se associa negativamente com a vinculação segura; quanto mais difícil o temperamento percepcionado pela mãe, mais baixos são os indicadores da representação mental da criança acerca da vinculação segura.

A frustração, o medo e os esforços de controlo que a criança exerce parecem estimular os comportamentos parentais que ajudam a prever aumentos nas dimensões referidas (Kiff, Lengua, & Zalewski, 2011). Além disso, a irritabilidade da criança torna-a mais susceptível aos comportamentos parentais negativos. Por outro lado, o medo, por vezes, faz aumentar as respostas das crianças aos comportamentos parentais enquanto, noutras vezes, consegue aliviar essas respostas. Finalmente, é de ter em conta que estas relações podem ser afectadas pelo género da criança. Enquanto isso, a frustração, a irritabilidade e a raiva infantil estão relacionadas com comportamentos parentais negativos, tais como raiva, hostilidade e intrusão. Hostilidade e outros comportamentos negativos (rejeição, inconsistência e rigidez emocional) colaboram para a existência de interacções negativas entre pais e crianças (aumentando a frustração e o medo infantil). Segundo Kiff e colegas (2011), isto sugere um modelo bidireccional entre os temperamentos infantis e os comportamentos parentais.

Mas, mesmo nas separações breves, as crianças podem apresentar medo, como por exemplo, na situação estranha, mais especificamente nos momentos de separação da mãe; as crianças apresentam medo, o que, por sua vez, influencia os comportamentos de interacção social e emocional (Thompson, Connell & Bridges, 1988). Estes dados foram verificados por Thompson e colegas (1988), numa amostra de díades mãe-bebé (sexo masculino, 12-20 meses de idade) onde foram estudadas as correlações entre temperamento, emoções e comportamentos de interacção social na situação estranha. O medo estava associado à resistência em interagir com o Estranho e com a mãe aos 20 meses e não aos 12 meses. Thompson e colegas (1988) salientam, também, outros factores não temperamentais que influenciam a qualidade de interacção social do bebé, entre os quais, o comportamento do cuidador para com o bebé durante a SE e as capacidades de auto-regulação do bebé.

Esta pesquisa de Thompson e colegas (1988) surge no seguimento do estudo de Frodi e Thompson (1985) que, estudando bebés pré-termo, se depararam com diferenças estatisticamente significativas na expressão emocional dos bebés evitantes, ambivalentes e seguramente vinculados. Além disso, a expressão emocional também diferenciava entre as crianças dos subtipos B1/B2 e B3/B4; nestas últimas, o nível da expressão emocional apresentava semelhanças às crianças classificadas com o padrão de vinculação C. Por outro

lado, as crianças do grupo B1/B2 apresenta semelhanças com as crianças do grupo A na forma de lidar com a separação da mãe.

Num estudo mais recente, Butler (2010) afirma que, tal como as características dos pais influenciam a vinculação infantil, também o temperamento infantil tem um papel importante na formação da vinculação. O temperamento infantil, especialmente nas dimensões relacionadas com o medo e a alegria, está mais associado com as respostas positivas dos pais, enquanto a raiva e a agitação estão relacionadas com as respostas parentais menos positivas. Por sua vez, este tipo de respostas parentais está associado ao tipo de vinculação. Mas, como diz Messinger (2014), mais uma vez estamos perante uma relação mais indirecta do que directa.

Outros investigadores que apoiam a ideia de relação entre temperamento infantil e vinculação são Vaughn e colegas (1992) que realizaram um estudo com seis amostras de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 42 meses de idade. O temperamento infantil, mais exactamente, a reactividade negativa, relacionou-se com a percepção materna da vinculação do bebé, mesmo em crianças com 42 meses de idade.

Contudo, neste estudo, as dimensões do temperamento infantil não foram suficientes para se relacionarem com a vinculação (Vaughn et al., 1992). Mais recentemente, Marshall e Fox (2005) mostraram que as crianças que, aos quatro meses, reagem negativamente à estimulação, apresentam classificações típicas dos padrões B3/B4 ou C1/C2 aos 14 meses de idade.

Seifer, Schiller, Samerof, Resnick e Riordan (1996) estudaram a relação entre temperamento e sensibilidade materna aos 6, 9 e 12 meses de idade de 49 crianças, tanto na situação estranha como através de escalas de avaliação do temperamento do bebé e da sensibilidade materna. O temperamento infantil associou-se estatisticamente à sensibilidade materna e ao relato de segurança no *Q-Sort.* Contudo, a sensibilidade materna não estava relacionada com as classificações da situação estranha.

Szewczyk-Sokolowski e Bost (2005), como referimos anteriormente, investigaram a associação entre temperamento, vinculação e aceitação pelos pares em crianças de idade pré-escolar. Ao que tudo indica, existe uma relação estatisticamente significativa entre temperamento e aceitação infantil pelos pares onde a primeira variável tem a capacidade de prever a rejeição infantil.

Previamente, já tinha sido referida a relação entre perturbações do desenvolvimento e o padrão de vinculação D (Willensen-Swinkels et al., 2000) e que esta relação é bastante significativa em crianças com autismo grave. Entanto, se articularmos o autismo grave com

atraso mental, esta relação com o padrão de vinculação D torna-se mais forte. Em crianças com perturbações do desenvolvimento, pode-se verificar que o padrão de vinculação ambivalente é mais elevado. Por outras palavras, a presença de uma perturbação de desenvolvimento é um factor de risco para o desenvolvimento de padrões de vinculação ansiosos e não organizados.

Laukkanen e colegas (2014) afirmam que quanto menor é a afectividade materna menor é a positividade das crianças. As emoções negativas infantis relacionam-se com o controlo psicológico e comportamental materno que pode surgir das tentativas de controlar temperamentos infantis mais difíceis. Além disso, uma menor positividade das crianças é mediada pelo bem-estar materno. Importa, ainda, salientar a afirmação de De Schipper e colegas (2008); quanto maior a frequência de comportamentos positivos do cuidador maior é a probabilidade de se encontrarem comportamentos de vinculação segura da criança para com o seu cuidador.

O temperamento infantil (actividade emocional, sociabilidade e timidez), como variável moderadora dos estilos e objectivos parentais, foi evidenciado por Meng (2012) numa amostra de pais e crianças tailandesas. Por exemplo, o estilo parental autoritário foi previsto pelos objectivos centrados na criança, enquanto os comportamentos emocionalmente negativos das crianças previam, também, estilos parentais autoritários. Mas, o mais curioso nesta investigação foi que os objectivos positivos centrados nos pais e os comportamentos emocionalmente positivos da criança também previam o estilo parental autoritário.

Martins, Soares, Martins, Tereno e Osório (2012), igualmente, não encontraram relação entre temperamento e estilos de auto-regulação emocional do bebé, mas sim entre vinculação e estilos de auto-regulação emocional; a investigação, longitudinal (na casa materna e em laboratório), foi realizada com 52 díades mãe-bebé, numa de baixo risco da cidade do Porto. Nesta amostra, o temperamento não distinguiu os vários tipos de auto-regulação infantil. Por isso, é sugerido que esta ocorrência possa ser devido ao facto de a investigação se ter sustentado na percepção materna do temperamento infantil.

O temperamento também se relaciona com o adiamento da gratificação, em crianças pré-escolares (Meital, Russel, Britner, & Peake, 2013). Por sua vez, o adiamento da gratificação não se relaciona com a vinculação. Apesar de as crianças com estilos de vinculação seguro e ambivalente apresentarem maior e menor capacidade de adiamento da gratificação, respectivamente. Mas, como salientam Meital e colegas (2013), é na relação entre temperamento e adiamento da gratificação resultante de uma tarefa que existe uma associação estatisticamente significativa; crianças mais activas, com baixa capacidade de

decisão, altos níveis de emoções negativas e carência na auto-regulação possuem maiores dificuldades em esperar pela gratificação proporcionada pelas tarefas realizadas.

2.10.3. Qualidade do processamento sensorial

Na formação de um estilo de vinculação seguro, uma boa integração sensorial do bebé poderá ser um factor favorável (Oliveira-Costa & Lopes-dos-Santos, 2011). Isto é, no desenvolvimento da criança, a qualidade do processamento da informação sensorial poderá ser visto como um factor de resiliência em alguns bebés que vivem em contextos de risco. Contudo, no estudo de Oliveira-Costa e Lopes-dos-Santos (2011), sobre a relação entre processamento sensorial do bebé e qualidade de vinculação, não foi encontrada nenhuma correlação.

Contudo, Klein, Laish-Mishali e Jaegermann (2008), num estudo sobre os processos sensoriais em crianças Israelitas com problemas de processamento sensorial, concluíram que o temperamento infantil pode não estar relacionado com o comportamento materno.

2.10.4. Competências interactivas maternas

2.10.4.1. Sensibilidade

Como referimos anteriormente, os cuidadores têm como papel detectarem, adequadamente, as mudanças dos estados afectivos infantis (positivos e negativos), de forma a poder responder e apoiar o desenvolvimento de uma relação segura com o bebé (Bowlby, 1940/1991). Um cuidador sensível é o fruto da coordenação integrada dos comportamentos do cuidador, i.e., aquele que detecta adequadamente os sinais da criança e providencia objectivamente as suas necessidades (Bowlby, 1940/1991; Ainsworth et al., 1978).

De acordo com Ainsworth e colegas (1978), pode-se definir sensibilidade materna como a capacidade de perceber, interpretar e responder adequadamente aos sinais exibidos pelo bebé. Uma mãe insensível age exclusivamente de acordo com os seus desejos, emoções e acções, respondendo aos sinais do bebé com alguma resistência. Já a mãe sensível é aquela que está atenta aos mais pequenos sinais do seu bebé, respondendo de forma imediata, correcta e coerente a estes (Ainsworth et al., 1978; Crockenberg, 1981).

Ainsworth e colegas (1978) fizeram, pela primeira vez, referência à sensibilidade materna quando estudavam a prestação dos cuidados maternos. Conceptualizaram quatro

categorias do cuidado materno: 1) sensibilidade-insensibilidade; 2) cooperação-interferência; 3) aceitação-rejeição e 4) acessibilidade-ignorância. Contudo, devido à falta de apoio estatístico, a qualidade do cuidado materno, e as suas quatro categorias, foram categorizadas como sensibilidade materna, tendo concluído que não é a quantidade do cuidado mas sim a qualidade do mesmo que possui um papel determinante (Ainsworth, 1969). Mais recentemente, a sensibilidade materna e a qualidade dos cuidados foram verificadas em outros contextos etnográficos diferentes da comunidade anglo-americana (Posada, Carbonell, Alzate, & Plata, 2004). Posada e colegas (2004) chamam atenção para uma quinta categoria que é a comunicação verbal, com as seguintes dimensões: frequência da verbalização e diversidade da funcionalidade da verbalização materna.

A sensibilidade materna é um dos factores favoráveis ao estabelecimento da vinculação, especialmente numa vinculação segura (Oliveira-Costa & Lopes-dos-Santos, 2011) apresentando um papel central no desenvolvimento desta dimensão (Posada, 2009). Para Mills-Koonce e colegas (2007a), a sensibilidade materna deve ser entendida como um conjunto de comportamentos fluidos que responde às constantes mudanças das necessidades da criança e no qual estão incluídos um conjunto de comportamentos parentais que vão desde a disponibilidade emocional, entoação emocional apropriada, capacidade de atenção e de percepção dos sinais das crianças até à capacidade de autocontrolo emocional na relação com a criança.

A sensibilidade materna é, também, influenciada pelas características interpessoais do bebé, tais como o temperamento (idem). Por exemplo, nos casos de crianças constantemente irritadas, as mães tendem a apresentar níveis de sensibilidade mais baixos enquanto os afectos positivos do bebé estimulam respostas que se relacionam com níveis de sensibilidade mais elevados.

Mills-Koonce e colegas (2007a) realizaram uma investigação que teve como objectivo estudar a relação entre sensibilidade materna e os afectos negativos do bebé. Além disso, procurou-se averiguar se, ao longo da história da vinculação, a sensibilidade materna seria estável bem como averiguar se a relação entre negatividade infantil e sensibilidade materna é moderada, ou mediada, pela regulação psicofisiológica da mãe. A amostra foi composta por díades mãe-bebé envolvidas numa situação de jogo, numa tarefa de leitura de um livro de desenhos e em tarefas de desafio consubstanciadas no paradigma *Face-to-Face-Still-Face (*Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton, 1978) aos seis meses de vida do bebé e aos 12 meses a situação estranha, de forma a verificar se os dados averiguados aos seis meses são capazes de prever a vinculação do bebé. Confirma-se que, numa fase inicial, a negatividade

do bebé está relacionada com a incapacidade materna em detectar e responder aos sinais de desconforto da sua criança. Devido à incapacidade materna de responder adequadamente às necessidades do seu bebé, os afectos negativos dos bebés tendem a aumentar e a prolongar-se no tempo. Por isso, estes investigadores hipotetizam que existe uma relação bidireccional entre negatividade do bebé e inadequação da resposta materna e, também, com a insensibilidade materna. Em resumo, o efeito negativo da criança fica aumentado enquanto a sensibilidade materna diminui. Isto pode ser encontrado na relação entre "retirada vagal" (vagal withdrawal) da parte da mãe e negatividade infantil aos doze meses e sensibilidade materna nos bebés evitantes. Mills-Koonce e colegas (2007a) afirmam, ainda, que nos dois padrões inseguros (evitante e ambivalente) se pode apurar um resultado semelhante ao observado no padrão seguro.

Relativamente à relação entre a estabilidade dos comportamentos maternos e infantis ao longo das várias tarefas e a resposta vagal materna, ao longo das tarefas, observaram-se diferenças no que concerne à negatividade da criança e à resposta vagal materna, sendo a negatividade infantil mais pronunciada nas tarefas de desafio e o evitamento materno mais elevado na tarefa de desafio e de leitura. Isto mostra que, quanto maior é a negatividade do bebé, em situações mais exigentes, maior é o evitamento da mãe.

No caso de mães de bebés seguros, a sensibilidade destas é mas elevada do que a das mães dos bebés evitantes. Já na relação entre negatividade infantil e classificação vinculativa, encontraram-se diferenças, especialmente nas crianças ambivalentes que apresentam valores mais elevados nos afectos negativos (Mills-Koonce et al., 2007a).

Outro aspecto foi o facto de as progenitoras de bebés que desenvolveram relações vinculativas seguras, serem mais sensíveis do que as mães de bebés evitantes aos seis meses de vida do bebé.

A sensibilidade materna era previsível a partir da interacção entre negatividade infantil, retirada vagal da mãe e padrão de classificação. Por isso, as mães dos bebés evitantes são desafiadas constantemente pela negatividade da sua criança; quanto maior for a negatividade afectiva do bebé, menor é a sensibilidade materna (Mills-Koonce et al., 2007a).

Noutro estudo relativo à influência genética e ambiental sobre os comportamentos da mãe e da criança, Mills-Koonce, Propper, Gariepy, Blair, Garrett-Peters e Cox (2007b) assumiram os objectivos de investigar a relação entre variações polimórficas do receptor dopaminérgico (DRD2 A) com os sistemas familiares, o polimorfismo materno e infantil, a sensibilidade materna e as características que influenciam estas associações bem como as associações da DRD2 A na interacção mãe-bebé. O que mais se salientou foi a relação de

interdependência entre as características do bebé, da mãe e dos subsistemas familiares (Mills-Koonce et al., 2007b).

Antes de aprofundarmos esta relação, temos que apresentar uma breve descrição da dopamina e do seu papel no Sistema Nervoso Central (SNC). Entre diversas funções, a dopamina é um neurotransmissor que tem um papel importante na gestão do comportamento motivado por recompensas. O facto de a recepção de recompensas pelo nosso organismo induzir aumentos de dopamina cerebral é importante relativamente ao controlo dos mecanismos de recompensa relacionados com o funcionamento emocional, cognitivo, endócrino e motor. Outra das suas funções é modelar o funcionamento cardiovascular bem como a libertação de outras catecolaminas presentes nas secreções hormonal, com repercussões no tónus muscular, na função renal e na motilidade gastrointestinal. Podem encontrar-se receptores dopaminérgicos específicos no SNC e do Sistema Nervoso Periférico e, também, em diversos tecidos não neuronais como o coração, as veias, o corpo carotídeo, a glândula supra-renal, a glândula paratiróide e o tracto gastrointestinal (Francisco, 2012).

A investigação de Mills-Koonce e colegas (2007b) consistiu num estudo longitudinal no qual se avaliaram mães e bebés aos seis, doze e trinta e seis meses, numa situação de jogo, de leitura de um livro e de tarefas de desafio. Para além disso, avaliou-se a arritmia sinusal respiratória (ARS) para estudar a resposta psicofisiológica da mãe nos momentos de perturbação dos bebés. A ARS é considerada um fenómeno cardiorrespiratório definido pela flutuação da frequência cardíaca consoante a fase da respiração (Barbosa Filho, Barbosa & Cordovil, 2002).

Neste estudo (Mills-Koonce et al., 2007b), a presença de DRD2 A na criança estava associada com a sensibilidade materna e o sistema parental não era influenciado pelo polimorfismo genético. Já a variação genética parecia influenciar os estilos activos de crianças com doze meses ou mais e moderar os efeitos da sensibilidade materna durante os momentos mais complicados; o nível de DRD2 A era mais alto nos bebés cujas mães foram classificadas como insensíveis enquanto nas mães sensíveis esse nível era mais baixo.

2.10.5. Mentalização/Função Reflexiva Parental

O conceito de mentalização ou função reflexiva (Fonagy & Target, 1995; Fonagy & Target, 1996; Target & Fonagy, 1996; Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998; Fonagy & Target, 2007; Fonagy Bateman & Bateman, 2011; Twemlow, Fonagy & Sacco, *in press*) é um

dos constructos mais investigados na psicologia dos últimos quinze anos (Fonagy & Target, 1995; Fonagy et al., 1998; Grienenberger et al., 2005; Fonagy & Target, 2007; Lagos, 2007; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Meehan et al., 2009; Fonagy et al., 2011; Liotti & Gilbert, 2011; Twemlow et al., *in press*; Allen, *in press*).

A mentalização pode ser definida de uma forma simples, isto é, como a capacidade dos indivíduos pensarem e reflectirem sobre os seus estados mentais (sentimentos, crenças, emoções, comportamentos, desejos, fantasias, intenções, etc.) e sobre os dos outros. Além disso, constitui um resultado da intersubjectividade e do desenvolvimento de uma vinculação segura (Fonagy et al., 1998; Fonagy, 2015, comunicação pessoal). Antes de esmiuçarmos este conceito, (dimensões, processos, relações, etc.) convém pronunciar-nos sobre a sua ontogénese.

Este conceito surge da teoria clínica dinâmica e das teorias da organização da perturbação do estado limite (*borderline*) e, também, das investigações sobre as perturbações dissociativas (Fonagy & Target, 1995; Fonagy et al., 1998; Grienenberger et al., 2005; Lagos, 2007) bem como da discussão psicanalítica sobre a vinculação. Para sermos mais específicos, este modelo surge de três eixos que são comuns a outras teorizações psicodinâmicas seja a de Bion (1962, cit. in Lagos, 2007) e a de Kohut (1977, cit. in Fonagy et al., 1998): a) antecedentes teóricos e filosóficos, b) tipo de evidências e c) implicações práticas para a intervenção clínica. Na sua ontogénese, temos, ainda, a teoria do desenvolvimento da teoria da mente (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Liotti & Gilbert, 2011). Ao longo do desenvolvimento deste conceito, foi incluído, também, um vastíssimo conhecimento que advém das neurociências, especialmente o papel das estruturas límbicas, do córtex pré-frontal, da amígdala, dos gânglios da base, do córtex temporal, do córtex cingulado anterior (Nichols, Gergely & Fonagy, 2001; Frith & Frith, 2003; Weinberg, 2006; Twemlow et al., *in press)* e do cingulado posterior (Frith & Frith, 2003), que também é comum aos estudos da intersubjectividade (Liotti & Cortina, 2010).

Entre as contribuições psicanalíticas, convém referir o modelo de Fonagy. Este autor inclui, no seu modelo, aspectos da concepção psicanalítica de Melanie Klein que defende a existência de um ego primitivo desde o nascimento Fonagy (Fonagy et al., 1998), diferindo, no entanto, na importância atribuída ao papel da mãe. Para Fonagy, acerca da promoção e da manutenção de um aparelho mental, é necessário pensar no resto da família (pai, irmãos, etc.), nos educadores e nos contextos sociais com os quais a criança interage (Fonagy et al., 1998; Lagos, 2007).

Outra contribuição importante do modelo *Kleiniano* (Lagos, 2007) e também de Kohut

(Weinberg, 2006; Lagos, 2007) é a ideia de um processo mental referenciado como espelhamento contingente que surge na interacção mãe-bebé e que envolve a aquisição de um sentido de si (*self*). Quando existe a aquisição de um sentido de si saudável, sabemos que houve um desenvolvimento eficaz do processo de espelhamento contingente, isto é, as atribuições do cuidador sobre o estado mental das crianças foram percepcionadas com precisão e com responsividade, sendo, depois, devolvidas à criança para que esta compreenda que elas lhe pertencem e não ao cuidador (Weinberg, 2006; Lagos, 2007).

Quando isto não ocorre, averiguamos, mais tarde, a probabilidade de ocorrerem distorções da subjectividade (Weinberg, 2006). Esta relação foi evidente no estudo de Sharp, Fonagy e Goodyer (2006) no qual a precisão da compreensão materna sobre os estados mentais das crianças é algo esperado e que está relacionado com um bom ajustamento psicossocial.

O cuidador, ainda no âmbito do espelhamento contingente, tem o papel de ser um facilitador da conversão da experiência sensorial do bebé, através da contenção mental, permitindo, assim, a auto-regulação emocional (Fonagy et al., 1998; Nichols et al., 2001; Choi-Kain & Gunderson, 2008). Isto exige, ainda, que a criança possua um sistema perceptivo que possa detectar as contingências dos comportamentos dos adultos relacionados com a auto-regulação emocional e que surgem de forma natural e na interacção (Nichols et al., 2001).

Kohut, também, foi importante no desenvolvimento da teoria de Fonagy ao salientar o papel da vinculação no desenvolvimento do espelhamento contingente e da responsividade (Weinberg, 2006). É de salientar que, tanto Fonagy, Bion como Kohut partilham a ideia de que é necessário haver, no desenvolvimento de uma vinculação e na capacidade de mentalizar, um espaço intersubjectivo (Fonagy et al., 1998; Lagos, 2007; Choi-Kain & Gunderson, 2008). A vinculação (segura) é um pré-requisito de base para que se desenvolva a mentalização (Fonagy et al., 1998; Grienenberger et al., 2005; Sharp et al., 2006; Fonagy & Target, 2007; Fonagy et al., 2011; Liotti & Gilbert, 2011). Por sua vez, o espaço intersubjectivo é fundamental à transmissão intergeracional da experiência de vinculação. Para isso, existem ferramentas cognitivas que permitem a transmissão da vinculação e da mentalização, tais como a atenção, a linguagem, etc. (Fonagy et al., 1998; Grienenberger et al., 2005; Sharp et al., 2006; Fonagy & Target, 2007; Fonagy et al., 2011). No caso da linguagem, sabemos que as atribuições maternas adequadas sobre os estados mentais dos bebés mostraram funcionar como alicerces linguísticos e conceptuais, permitindo às crianças desenvolverem a percepção sobre como o comportamento é determinado pelos estados mentais (Fonagy et al., 1998).

A vinculação, quando é segura, vai permitir a existência de um contexto que estimula e

promove a mentalização e os seus processos subjacentes. Por sua vez, a mentalização favorece a regulação emocional de ambos os membros da díade e contribui para o fortalecimento da vinculação (Fonagy & Target, 1995; Fonagy et al., 1998; Fonagy et al., 2011; Liotti & Gilbert, 2011). Mais recentemente, foi sugerido que a mentalização poderá ser um factor mediador da relação entre comportamento atípico materno e estilo de vinculação (Grienenberger et al., 2005; Meehan et al., 2009) e que a vinculação segura poderá ser um factor promotor da mentalização (Twemlow et al., *in press*).

A mentalização, tal como foi mencionado anteriormente, é definida como um conjunto de operações psicológicas (Fonagy & Target, 1995; Fonagy et al., 1998; Fonagy & Target, 2007; Lagos, 2007) inatas (Liotti & Gilbert, 2011) que são exclusivas dos seres humanos (Twemlow et al., *in press*) e, predominantemente, pré-conscientes. Mas também, emotivas e intuitivas (Fonagy & Target, 1995; Fonagy et al., 1998; Fonagy & Target, 2007; Lagos, 2007; Fonagy et al., 2011). Fonagy e colegas (1998) advertem que este conceito não deve ser confundido com introspecção, pois mentalizar implica a capacidade de dar um sentido aos estados mentais, envolvendo auto-regulação (emocional e comportamental) automática e inconsciente, permitindo a autocoerência e a auto-organização individual. É, ainda, um processo mental no qual os indivíduos tentam interpretar as suas acções e as dos outros, implicitamente ou explicitamente (Choi-Kain & Gunderson, 2008), tendo em consideração os estados mentais (e.g. desejos, necessidades, sentimentos, crenças, etc.). Fonagy e colegas (1998) afirmam que a mentalização é algo que nunca é obtido na sua totalidade e que o seu desenvolvimento ocorre ao longo do ciclo vital do indivíduo.

Existem três tipos de processos mentais que integram a mentalização: a) os processos de simbolização e transformação (Lagos, 2007), b) os processos cognitivos, incluindo as operações mentais mais complexas, tais como, direccionalidade deliberada da atenção, interpretação, empatia, imaginação, identificação e compreensão dos estados mentais subjacentes aos comportamentos dos outros bem como as actividades metacognitivas que visam os próprios processos mentais e os seus conteúdos e c) os processos reguladores que consistem em pensar sobre as consequências das acções do próprio, sobre o estado mental e emocional dos outros, sobre as emoções que surgem, etc. Geralmente, os processos reguladores estão associados à capacidade de aumentar ou diminuir a intensidade da experiência emocional, de forma a manter um certo nível de activação emocional. Neste tipo de regulação, estão envolvidas a reavaliação das emoções e as componentes cognitivas acerca de si mesmo.

Muito particularmente, as actividades metacognitivas em causa permitem ao indivíduo

manter viva a sal consciência acerca da realidade actual. Esta actividade metacognitiva permite, também, promover a compreensão do funcionamento da mente, a reavaliação das interpretações de atribuição automática sobre os outros e sobre si mesmo e a regulação emocional (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Twemlow et al., *in press*).

Existem dois aspectos que devemos ter em atenção e que é conveniente diferenciar, que são a mentalização implícita e a mentalização explícita (Choi-Kain & Gunderson, 2008). O primeiro aspecto consiste num conjunto de processos efectuados de forma automática e reflexiva que ocorrem no quotidiano do indivíduo (Choi-Kain & Gunderson, 2008) sem intencionalidade; aqui, não existe o envolvimento do consciente. Durante o contacto social, a mentalização implícita do indivíduo pode monitorizar continuadamente o seu estado emocional e o dos outros, mas também, o impacto que essa monitorização irá provocar (Weinberg, 2006; Choi-Kain & Gunderson, 2008). A mentalização explícita refere-se aos processos simbólicos (ponderados e reflexivos) e à linguagem seleccionada (Choi-Kain & Gunderson, 2008), envolvendo uma consciência auto-reflexiva sobre os estados mentais do próprio (Weinberg, 2006). Está relacionada com as configurações narrativas e com a forma como o indivíduo se apresenta perante os outros. Além disso, diz respeito à forma como o indivíduo verbaliza sobre seus sentimentos e sobre o funcionamento da sua própria mente, identificando sequências e reflexões sobre os seus pensamentos. Neste tipo de mentalização, está implicado um nível mais elevado de actividade consciente e uma maior focalização intencional na atenção (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

A concepção da mentalização ou função reflexiva compreende três componentes (Choi-Kain & Gunderson, 2008) e quatro dimensões (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Allen, *in press*). As componentes são as seguintes: 1) as competências cognitivas exclusivas, 2) os conhecimentos específicos (associados a este constructo) e 3) o sistema de representação mental inerente (Nichols et al., 2001; Choi-Kain & Gunderson, 2008). Quanto às dimensões, temos: 1) o modo de funcionamento, 2) os aspectos cognitivos e afectivos (Fonagy et al., 1998; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy et al., 2011), 3) o tipo de orientação (Choi-Kain & Gunderson, 2008) e 4) os processos internos ou externos (Fonagy et al., 1998; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy et al., 2011; Allen, *in press*; Twemlow et al., *in press*).

As competências cognitivas incluem um vasto conjunto de aptidões específicas, tais como o controlo da atenção, a compreensão intuitiva dos estados emocionais dos outros, a capacidade de representar os estados mentais causais relacionados com os conteúdos ficcionais (Fonagy et al., 1998; Allen, *in press*), a representação dos estados emocionais dos outros e posterior diferenciação face aos do próprio (Nichols et al., 2001) e a competência de

fazer julgamentos sobre os estados subjectivos dos outros e de si mesmo e de pensar claramente sobre os estados e sobre os processos mentais (Fonagy et al., 1998). Contudo, existem duas competências que merecem a nossa reflexão: a imaginação e a atenção, nomeadamente a atenção selectiva, a atenção sustentada e o controlo da atenção (Fonagy et al., 1998; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Allen, *in press*). A primeira competência cognitiva é estimulada em contextos familiares (e.g., a estimulação e promoção da capacidade de mentalizar através da relação com irmãos), a segunda em contextos institucionais (e.g., escolas, infantários) e a terceira pela comunidade em geral (Twemlow et al., *in press*). Relativamente a esta última, sabemos que facilita, melhora ou inibe os outros processos mentais, tais como a memória, a percepção e a reflexão. Para além disso, também é importante a disponibilização dos recursos cognitivos para o sucesso de uma tarefa. Nos processos de mentalização, prestar atenção aos processos mentais (dos outros e do próprio) é importante pois possibilita pensar sobre eles, fazer inferências, tomar decisões, etc. (Fonagy et al., 1998; Frith & Frith, 2003; Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Relativamente ao conhecimento específico, a mentalização está ligada a uma série de conhecimentos e hipóteses sobre os estados mentais. Pode-se classificá-las em duas categorias (Fonagy et al., 1998): a) conhecimentos gerais e b) conhecimentos idiossincráticos.

O primeiro tipo refere-se ao conhecimento que está na origem de certas crenças e emoções, atitudes e também aos comportamentos esperados no contexto das relações sociais. Este tipo de conhecimento deriva da compreensão de certas emoções, motivações, crenças, das relações transaccionais previstas entre as emoções e as crenças, mas também, dos estados mentais que ocorrem em determinado momento do desenvolvimento. Estes conhecimentos estão armazenados de forma processual e, por isso, não esperamos que diferentes indivíduos possam articulá-los de forma explícita, mas sim implícita, o que é inerente ao desempenho da mentalização durante as relações interpessoais. Quanto ao conhecimento idiossincrático, verificamos que está relacionado com conhecimentos que os indivíduos possuem sobre o estado mental habitual dos outros mas também sobre as explicações possíveis para os seus comportamentos durante determinadas situações. Sabemos hoje que, quanto maior o conhecimento que os indivíduos têm dos outros significativos, maior é a sua capacidade de compreender os comportamentos, os estados mentais e o funcionamento que lhes é inerente (Fonagy et al., 1998).

No que concerne ao sistema de representações específicas, sabemos que para o indivíduo se focar nos estados mentais e reflectir sobre eles, é necessário a existência de um sistema simbólico das representações dos estados mentais (Nichols, Gergley & Fonagy, 2001;

Fonagy et al., 1998). Verifica-se que, aos três anos de idade, já existe uma série de símbolos sobre o agir no mundo físico. Porém, ainda não existe um sistema correspondente para lidar com os estados mentais. Isto só ocorre quando os indivíduos começam a efectuar representações secundárias para significar afectos. Nesta construção, a relação vinculativa com os pais tem um papel fundamental para o sucesso de estas operações (Fonagy et al., 1998).

O modo de funcionamento da mentalização pode ocorrer através de processos automáticos ou implícitos, no qual estão envolvidas as estruturas neurobiológicas referidas anteriormente (Nichols et al., 2001; Frith & Frith, 2003; Weinberg, 2006; Liotti & Gilbert, 2011; Twemlow et al., *in press*). Estes elementos biológicos estão relacionados com o processamento da informação sensorial. Estes tipos de processos não são conscientes e reflexivos e o seu processamento é rápido; não exigem esforço, nem atenção focalizada ou intenção. Neste tipo de processo, estão incluídos os sentimentos, os julgamentos e as intuições que são experimentadas em situações sociais e levam os indivíduos a adoptar determinados comportamentos ou atitudes que não são explicados. Por último, este tipo de processo envolve a percepção e o processamento de diferentes informações sensoriais em simultâneo (vocalização, postura corporal, gestos, olhar, etc.). Estas relações entre mentalização e neuro-cognição vão ser discutidas mais à frente, com maior pormenor.

Os aspectos cognitivos e afectivos referem-se aos casos de mentalização que envolvem as crenças e reflexões sobre os estados mentais, ou então, sobre os estados afectivos. A grande maioria da mentalização é uma reacção rápida emocional e intuitiva às emoções. E os sentimentos e apercepções de um indivíduo sobre os afectos dos outros provêem das informações sobre os estados mentais implícitos ao comportamento (Fonagy et al., 1998).

Relativamente aos aspectos do mundo interno e do mundo externo (Allen, *in press*), salienta-se o foco da mentalização, isto é, um foco centrado na experiência interna ou externa. Os processos focados nos mundos externos referem-se àqueles em que a atenção é focada nas características externas dos indivíduos e dos outros, nomeadamente o aspecto físico. Entre as actividades associadas a este tipo, encontramos a observação das acções, o reconhecimento visual das emoções, as intenções perceptíveis do rosto, os gestos, a atitude dos outros, a reavaliação percebida das atitudes, a designação do afecto a partir da emoção, etc. Enquanto os processos focados no mundo interno referem-se àqueles que centram a atenção dos indivíduos nas características internas experimentadas por si e pelos outros. Incluem a empatia, a auto-reflexão, a memória autobiográfica, as reavaliações que são feitas através da

relação íntima com o objecto, etc. (Fonagy et al., 1998; Allen, *in press*).

No que concerne à dimensão do tipo de orientação, isto é, orientado para si ou para os outros, é necessário voltar aos contributos das neurociências (Nichols et al., 2001; Frith & Frith, 2003; Weinberg, 2006) em que os estudos da neuro-imagem demonstraram que existe uma activação dos mesmos circuitos neuronais quando o indivíduo se foca em si mesmo ou no outro. Isto é, dependendo do tipo de orientação, é possível verificar a activação de redes neuronais diferentes (Nichols et al., 2001; Frith & Frith, 2003; Weinberg, 2006; Liotti & Gilbert, 2011).

2.10.6. Características maternas como predictoras da vinculação

A história materna de perturbação mental, a história de consumos parentais, o tipo de cuidados parentais (Martins & Gaffan, 2000) e a disponibilidade materna (Figueiredo, 2003) influenciam ou são factores moderares e ou mediadores da vinculação materna.

A depressão materna é vista como um factor de risco para o desenvolvimento da vinculação desorganizada (Martins & Gaffan, 2000). Contudo, na meta-análise de Martins e Gaffan (2000) sobre a relação entre depressão materna e contextos de risco, a depressão tem uma menor capacidade de prever o tipo de vinculação D do que os contextos de risco. No entanto, não deixa ter um forte impacto nos padrões de vinculação evitante e desorganizado. Como já referimos anteriormente, caso haja depressão materna, a vinculação desorganizada ocorre em 28% nas amostras clínicas (17% nas amostras não-clinicas).

No estudo de Trapolini, Ungerer e McMahon (2007), em díades mãe-bebé acompanhadas durante quatro anos, verificaram-se diferenças ao nível da representação mental entre crianças de mães com história esporádica de depressão, de mães com depressão crónica e de mães sem depressão. Em primeiro lugar, observaram-se diferenças quanto à percepção da disponibilidade materna, empatia e apoio em caso de necessidade. Nas crianças de mães com história de depressão ocasional, a percepção da disponibilidade materna era mais elevada do que em crianças de mães sem história de depressão.

A ansiedade materna, durante a gravidez, também é vista como um factor antecedente da vinculação. Lopes-dos Santos (1993) levou a efeito um estudo que pretendia avaliar e estudar até que ponto a ansiedade materna que ocorre no último trimestre de gravidez influencia os comportamentos maternos durante a amamentação e os comportamentos interactivos com o bebé. Mediante a relação entre a ansiedade avaliada no último trimestre e os comportamentos interactivos observados durante a amamentação alguns dias após o parto,

verificou-se que uma certa quantidade de ansiedade materna, no último trimestre de gravidez, é um bom preditor dos comportamentos afectuosos da mãe.

Figueiredo (2003) afirma que o envolvimento emocional materno relativamente ao bebé (designado como *bonding*) está associado ao estabelecimento da vinculação e, também, com algumas características do parto. Uma dessas características é a dor de parto pois quanto menor o envolvimento emocional materno ao terceiro e ao quinto mês do pós-parto, maior era a avaliação da experiência de dor no parto.

Crockenberg (1981) afirma que o apoio social que a mãe obtém é um preditor da qualidade da vinculação segura, nomeadamente em bebés com temperamento difícil. E, quando se encontram baixos níveis de apoio social materno, pode verificar-se que existe uma prevalência de padrões de vinculação inseguros (evitante e ambivalente). Esta relação entre apoio social materno e vinculação do bebé é mediada pelo temperamento do bebé, mais concretamente pela irritabilidade do bebé. Quando um bebé apresenta um temperamento fácil, a possibilidade de desenvolver um padrão de vinculação seguro manifesta-se mesmo quando a avaliação materna de apoio social é baixa.

Bowlby (1940/1991) afirma que, na formação de uma relação vinculativa segura, tanto as necessidades da criança relativamente a um sistema de vinculação seguro como o sistema de prestação de cuidados parentais devem estar sintonizados.

Em 2006, o *National Institute of Child Health and Human Development* –NICHD investigou a relação entre vinculação em crianças com quinze meses de idade e o seu desenvolvimento sócio-emocional durante o período de transição entre o ensino pré-escolar e o ensino escolar. A amostra foi efectuada em dez cidades norte-americanas, com díades cujos bebés eram saudáveis, de vários meios sócio-económicos e também bebés de famílias monoparentais, de minorias étnicas e de pais com baixas competências académicas. Nestas díades foram estudados os padrões de vinculação, a sensibilidade materna, os contextos dos cuidados, as competências sociais, os comportamentos externalizadores e internalizadores, a depressão materna e os estilos de educação parental. Nesta investigação, o estilo parental e a qualidade do cuidado foram capazes de prever as competências sociais das crianças os comportamentos de internalização e de externalização. Este estudo corrobora o modelo de Macboy (1980) que defende que na associação entre vinculação e subsequente desenvolvimento temos que ter em atenção o ambiente social e familiar da criança.

Num ambiente familiar em que existem bons cuidados parentais, a criança apresenta melhores resultados cognitivos e linguísticos antes do ensino pré-escolar e melhores resultados na leitura e no reconhecimento de números. Estas crianças colaboram mais com as

mães, são menos agressivas e menos desobedientes no período pré-escolar e presentam mais interacções positivas aos três anos (NICHD, 2006).

Quando as crianças eram categorizadas como inseguras, parecia existir um declínio do cuidado parental, o que não se verifica em crianças seguras. Isto quer dizer que, os cuidados parentais servem como protector, mesmo em ambientes de risco ou de pobreza. No caso de crianças evitantes, o risco de desenvolvimento de perturbações na própria criança associava-se com a qualidade dos cuidados parentais e com o risco demográfico. Contudo, se houver a possibilidade de mudança na qualidade dos cuidados parentais, existe uma possibilidade de estas crianças não desenvolverem perturbações de grande risco no seu desenvolvimento e ou uma redução dos comportamentos externalizadores. Nas crianças ambivalentes, a mudança dos cuidados parentais não se relacionou com mudanças no desenvolvimento. Isto pode acontecer porque as crianças ambivalentes que têm comportamentos inconsistentes e imprevisíveis têm enormes dificuldades em percepcionar mudanças no seu cuidador. Quando uma criança apresentava um padrão de vinculação desorganizado, o nível da qualidade parental era um forte preditor dos comportamentos de externalização (ibidem).

2.10.7. Características do contexto como predictoras da vinculação

Como referimos anteriormente, no estudo do NICHD (2006), o contexto familiar e social tem um papel de enorme valor na vinculação e no desenvolvimento sócio-cognitivo infantil. Contudo, a investigação sobre a relação entre sistema familiar e social e vinculação infantil em crianças pré-escolar é escassa (Cowan, Cohn, Cowan, & Pearson, 1996; Cowan, 1997; Cook-Darzens & Brunod, 1999; Schoppe-Sullivan, Diener, Mangelsdorf, Brown, McHale, & Frosch, 2006; Wille, 2010; O'Gorman, 2012; Lang, Schoppe-Sullivan, Kotila, & Kamp Dush, 2013).

Na articulação entre vinculação e funcionamento familiar, existem várias relações a ter em conta, nomeadamente entre os modelos internos parentais, a qualidade da interacção conjugal e os estilos parentais. Além disso, os modelos internos parentais são um forte moderador dos comportamentos internalizadores e externalizadores em crianças de idade pré-escolar (Cowan et al., 1996). Durante o período pré-escolar, a adaptação social e emocional pode ser prevista pela qualidade dos modelos internos parentais. Por outras palavras, a satisfação que os pais têm relativamente à sua vinculação parece ser um factor importante a ter em consideração na adaptação social e emocional da criança. Cowan e colegas (1996) afirmam que existe uma relação estatisticamente significativa entre os relatos de

comportamentos externalizadores e internalizadores da criança e a coerência parental. O mais interessante é que a agressividade do pai está relacionada com os comportamentos externalizadores da criança e a depressão materna está associada com comportamentos internalizadores (Cowan et al., 1996). Isto parece ocorrer tanto em contextos de alto risco como em famílias matriarcais. Isto é, na formação da vinculação segura, é importante ter em consideração o contexto familiar e social das crianças, além da representação materna dos seus modelos internos (Cook-Darzens & Brunod, 1999). O que se verifica, nos contextos referidos, é que, quando existe um trauma causado pelo ambiente familiar disfuncional e é perpetuado de forma transgeracional, a resiliência a esse trauma pode ser obtida pela institucionalização da criança, pelo acompanhamento técnico especializado e posterior adopção (Cook-Darzens & Brunod, 1999).

Schoppe-Sullivan e colegas (2006) referem que, tanto a mãe como o pai podem ser sensíveis às necessidades dos seus bebés. Numa amostra família com bebés de 12 meses, os autores mostraram que ambos os progenitores apresentam sensibilidade às necessidades dos seus filhos. Contudo, menor sensibilidade parental para com as meninas pode ser verificada nos pais enquanto nas mães se observa maior sensibilidade para com as raparigas. E, quando se analisa a relação entre sensibilidade parental e vinculação, encontram-se discrepâncias na vinculação segura das meninas para com a figura paterna; nas mães não se verifica o mesmo. O mais curioso neste estudo é que, quando os rapazes apresentavam uma vinculação insegura com a mãe, maior era a sensibilidade dos pais para com os filhos. Estes investigadores concluíram que entre vinculação e sensibilidade parental pode ocorrer uma mediação protagonizada pelo género da criança.

No estudo de Wille (2010), a relação entre vinculação e sensibilidade parental foi também diferente para pais e mães. O estudo foi realizado numa amostra de famílias quando os respectivos bebés tinham seis e dezoito meses de vida. Quando a mãe classificava a sensibilidade do pai em relação ao bebé como sendo mais elevada, maior era a classificação do pai na vinculação segura. Por outras palavras, a percepção parental da vinculação segura do bebé está associada aos valores elevados de aceitação, acessibilidade, cooperação e sensibilidade materna. Mesmo a eficácia da sensibilidade do pai conseguia prever os relatos maternos de vinculação segura. No entanto, quando as mães relatavam menor vinculação segura entre os pais e o bebé, os pais descreviam-se como mais sensíveis. Pode, então, dizer-se que a representação materna da vinculação do bebé pode ser prevista pela percepção da eficácia da sensibilidade materna pelo casal. A investigadora sugere que, quando o pai é percepcionado como sendo sensível com o bebé, as mães tornam-se menos responsivas com

os seus bebés, pois o parceiro surge como responsivo para o bebé. O mesmo acontece quando uma mãe se é avaliada como muito sensível em relação ao bebé pelo seu parceiro; este surge como menos responsável e cria situações para aumentar a responsividade materna. Estas conclusões de Wille (2010) já tinham sido salientadas por Caldera (2004) que, no seu estudo observou que a sensibilidade materna era um forte preditor dos relatos maternos de vinculação segura no *Attachment Q-set* de Waters, mas não nos pais, e que os relatos de vinculação segura do pai estavam relacionados com a vinculação segura da mãe. Porém, quanto maior era o envolvimento do pai nos cuidados à criança, mais provável é que a criança seja classificada como segura na vinculação.

Belsky e Fearon (2002) também estudaram a criança oriunda de contextos de risco e a sua relação com a vinculação, desenvolvimento linguístico e cognitivo. A vinculação insegura-evitante apresentou uma relação com o contexto de risco mais forte do que a relação observada nas crianças com vinculação segura ou nas crianças consideradas como inseguras em geral. As crianças classificadas como evitantes apresentaram, ainda, baixas capacidades na compreensão e na expressão linguísticas, quando comparadas com crianças seguras e com crianças desorganizadas. Neste estudo existe, ainda, uma relação entre risco cumulativo e resultados desenvolvimentais, uma vez que quanto maior era o risco acumulado menores eram as competências desenvolvimentais. Por exemplo, crianças que vivem em contextos de risco e classificadas como inseguras apresentam maior declínio no que concerne ao desenvolvimento da expressão linguística, enquanto as crianças classificadas como seguras estavam mais protegidas nesta competência. A relação entre vinculação segura, por um lado, e problemas comportamentais e competências sociais, por outro, só era estatisticamente significativa quando se tinha em consideração a influência moderadora do contexto de risco; as crianças classificadas como evitantes eram as mais vulneráveis.

No estudo português de Pinhel, Torres e Maia (2009), sobre a relação entre institucionalização, problemas comportamentais e vinculação, com crianças entre 48 e 96 meses de idade, as crianças institucionalizadas apresentaram maiores resultados de vinculação insegura do que as crianças integradas nas famílias biológicas e, também, valores mais baixos ao nível das competências verbais. Apesar de não haver uma relação significativa entre agressividade, isolamento e contexto, uma relação vinculativa segura em crianças institucionalizadas estava associada a menores valores de agressividade e de isolamento.

2.11. Vinculação, maus-tratos e negligência na infância

Entre vinculação, maus-tratos e negligência infantil, como por exemplo vitimização da criança, existe uma associação que muitos investigadores têm explorado atentamente (e.g., Figueiredo, Fernandes, Matos, & Maia, 2002; Figueiredo, Bifulco, Paiva, Maia, Fernandes, & Matos, 2004; Benavente & Justo, 2009). Esta relação parece ser real no caso de insegurança (evitamento e ambivalência) ou de desorganização da vinculação em crianças pré-escolares (Benavente & Justo, 2009; Benavente, Justo, & Veríssimo, 2009). Nestas crianças, as experiências com as figuras significativas de vinculação são caóticas, tornando assim quase impossível uma vinculação de tipo segura. No artigo de Benavente e Justo (2009), relativo a crianças entre os 33 e os 82 meses de díade e sinalizadas em CPCJ's utilizando o *Attachment Story Completion Task*, a relação entre vinculação insegura e desorganizada é estatisticamente significativa. Ainda, relativamente a esta amostra, os resultados indicam que as crianças em idade pré-escolar vítimas de maus-tratos, abuso ou negligência recorrem mais a estratégias de vinculação inseguras dos subtipos desactivadas, hiperactivadas e ou desorganizadas do que a estratégias de vinculação segura. Entre as subtipologias de abuso e em função de género, não parecem existir diferenças ao nível das estratégias de vinculação.

Antes de avançarmos mais sobre a relação entre maus-tratos e vinculação, vamos definir o que se entende por maus-tratos; tipologias, factores de risco, factores de protecção, factores de agravamento, gravidade dos maus-tratos e situações de perigo. Como o presente trabalho é uma investigação Portuguesa, decidimos apenas referenciar investigações e estudos Portugueses.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2011), na definição de maus-tratos, a base centra-se na ameaça à segurança, à dignidade e ao desenvolvimento biopsicossocial da criança, praticada pelos pais, cuidadores ou outrem, com recurso a qualquer acção ou omissão não acidental.

A incapacidade de proporcionar satisfação das necessidades básicas de higiene, afecto, alimentação, saúde e educação para que haja um desenvolvimento sustentável e adequado da criança e do jovem, é definido como negligência. A negligência pode ser continuada no tempo e a sua manifestação pode ser activa ou passiva. A negligência activa é efectuada intencionalmente, de forma a causar dano. A negligência passiva surge da incapacidade ou incompetência dos pais, ou outros cuidadores, em assegurarem as necessidades das crianças (idem). Neste sentido, apresentamos alguns sinais, sintomas e indicadores de negligência: a) carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar), b) vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões subsequentes a exposições climáticas adversas, c) inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclos de sono e vigília), d)

hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas, e) perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas, f) incumprimento do programa-tipo de actuação em saúde infantil e juvenil e ou do Programa Nacional de Vacinação, g) doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e a terapêutica programadas) e h) intoxicações e acidentes de repetição.

Quando os pais, cuidadores, ou outros responsáveis, provoquem, ou possam a vir provocar, dano físico numa criança ou num jovem, estamos perante uma situação de mau trato físico, seja ela não acidental, isolada ou repetida (ibidem). Eis aqui alguns sinais, sintomas e indicadores de maus-tratos físicos: 1) equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, zona periocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades genitais e nádegas); 2) síndroma da criança abanada; 3) alopécia traumática e ou por postura prolongada com deformação do crânio; 4) lesões provocadas que deixam marca(s) (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua); 5) sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura); 6) fracturas das costelas e dos elementos vertebrais, fractura de metáfise; 7) demora ou ausência na procura de cuidados médicos; 8) história inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores e 9) perturbações do desenvolvimento (e.g., peso, estatura, linguagem).

Quando uma criança ou jovem está sujeita a privação de bem-estar afectivo e de ambiente seguro, indispensáveis a um crescimento e desenvolvimento equilibrado, estamos perante uma situação de mau trato psicológico. Entre os vários sinais, sintomas e indicadores de mau trato psicológico e emocional, deve-se uma particular atenção aos seguintes: a) episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente; b) comportamentos agressivos (auto-agressividade e ou hétero-agressividade) e ou automutilação; c) excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais; d) perturbações do comportamento alimentar; e) alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese); e) choro incontrolável no primeiro ano de vida e f) comportamento ou ideação suicida.

O envolvimento de um menor de idade (criança ou adolescente) em actividades sexuais com um adulto em que a finalidade é a satisfação deste último, é considerado abuso sexual. Segundo a Direcção Geral de Saúde (2011), esta situação baseia-se numa relação de poder ou de autoridade a qual ocorre em função do estádio de desenvolvimento do menor. Isto é, a criança não tem capacidade de perceber que é uma vítima e tem dificuldades em nomear o

abuso. Quando a criança percebe que é uma vítima, a estruturação do seu discurso é difícil facilmente se percebe que não existe um consentimento, livre e esclarecido. Entre os vários sinais, sintomas e indicadores de abuso sexual temos: a) lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção); b) presença de esperma no corpo da criança/jovem; c) lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais; c) leucorreia persistente ou recorrente; d) prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal; e) lesões no pénis ou na região escrotal; f) equimoses e ou petéquias na mucosa oral e ou laceração do freio dos lábios; g) laceração do hímen; h) infecções de transmissão sexual e i) gravidez (ibidem).

Os tipos de influências que fazem aumentar a probabilidade de ocorrência ou manutenção de situações de maus-tratos são definidas como factores de risco; representam, também, variáveis biopsicossociais. Contudo, a presença de factores de risco não é suficiente para provar a existência de maus-tratos, mas sim para aumentar a probabilidade da sua ocorrência. Na criança e no adolescente estão associados: o nascimento pré-termo ou de baixo peso; o temperamento difícil; o nascimento de um filho não desejado; o défice físico ou psíquico; a doença crónica ou as perturbações do desenvolvimento; os problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.); a insatisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, temperamento, etc.); a excessiva dependência ou alheamento e a permanência em lar ou instituição.

Os factores de risco associados aos familiares ou aos contextos de vida da criança e dos adolescentes são os seguintes: os cuidadores foram vítimas de maus-tratos em criança; o défice de competências parentais; as perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança; a disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsistente; uma história de comportamento violento e ou anti-social; o desajustamento psicossocial; os comportamentos aditivos; as relações familiares conflituosas; a inexistência de condições de habitabilidade, a incapacidade de procurar e de utilizar recursos comunitários; a ausência de apoio sociofamiliar; a ausência prolongada de um dos cuidadores; a disfuncionaliade familiar e a insegurança económica/pobreza (Direcção Geral de Saúde, 2011).

Segundo o relatório de 2012 das Forças de Segurança Portuguesas (PSP e GNR), as participações de violência doméstica foram de 11346 na GNR e de 15332 na PSP. Comparado com o ano de 2011, houve um decréscimo de 7,9%. No caso de violência contra descendentes, 47% das vítimas eram do sexo masculino, 21% dos denunciantes era do sexo feminino e a idade mediana das vítimas era de 16 anos. Por, último, registou-se uma maior proporção de

ocorrências presenciadas por menores (58%); quanto à violência dirigida a menores, temos 77% dos registos apontam para violência física de 77%, 79% indiciam violência psicológica enquanto 39% referem a ocorrência de lesões físicas (Ministério da Administração Interna, 2013).

Desde 2008 a 2012, a Direcção Geral de Saúde (2013), através da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), verificou um crescimento no número de sinalizações registadas. Isto evidencia um valor médio anual de 4847 casos. Entre 2011 e 2012, o aumento de sinalizações registadas foi de 25%. No que concerne à tipificação dos maus-tratos sinalizados em 2012, as situações de negligência constituíram 67% dos casos, os maus-tratos psicológicos/ emocionais ficaram-se por 12%, enquanto nos maus-tratos físicos temos 7%, no abuso sexual, 5% e noutro tipo de maus-tratos temos 9%.

Numa amostra aleatória de mil pais de crianças que frequentaram o ensino primário de cinco escolas do Norte de Portugal, o abuso ocorreu em 73,2% da amostra (Figueiredo et al., 2004). Relatos de abuso físico severo com ferimentos ocorreram em 9,5% dos registos. Já o abuso sexual foi de 2,6%. A maior parte das mulheres de este estudo sofreu abusos físicos graves perpetrados pela própria mãe (75%); enquanto, nas vítimas masculinas essa realidade ocorreu em apenas 51%.

Figueiredo e colegas (2002) afirmam que, as experiências traumáticas na infância possuem a capacidade de interferir adversamente ao longo do desenvolvimento de um indivíduo. Nos relatos de adultos que foram vítimas de maus-tratos, a prevalência de esta interferência oscila entre 15 a 50% dos casos. Mas, quando nos focamos na população que recorre aos serviços de saúde mental, os relatos de maus-tratos podem ser de 43 a 57%. O impacto negativo dos maus-tratos na infância interfere adversamente nos processos de formação das estratégias de vinculação e, por sua vez, na significação das relações futuras com os outros e com os familiares. Por exemplo, verifica-se uma prevalência elevada de abusos físicos, sexuais e ou psicológicos na infância e ou na adolescência, quando se analisa a história de desenvolvimento de toxicodependentes (Pires, & Duran, 2010), uma vez que entre estes se observam incidências elevadas daquelas circunstâncias: a) os abusos físicos sem sequelas e anteriores aos treze anos de idade são relatados por 82,5% dos sujeitos; b) os abusos físicos sem sequelas e posteriores aos treze anos de idade são relatados por 67,5%; c) os abusos físicos sem sequelas presenciados pelas crianças e anteriores aos treze anos de idade ocorrem em 58,3%; d) os abusos físicos sem sequelas presenciados pelas crianças e posteriores aos treze anos de idade ocorrem em 48,7%; e) os abusos físicos com sequelas vividos e presenciados pelas crianças e anteriores aos treze anos de idade são relatados por

16,7%; f) os abusos físicos com sequelas vividos e presenciados pelas crianças e posteriores aos treze anos de idade são referidos por 21,7%; g) os abusos sexuais vividos e anteriores aos treze anos atingem 20,8%; h) os abusos sexuais vividos e posteriores aos treze anos ficam pelos 19,2%; i) os abusos sexuais presenciados e anteriores aos treze anos surgem em 8,3% e j) os abusos sexuais presenciados e posteriores aos treze anos ocorrem em 10,3%. Nesta amostra, os abusos emocionais e sexuais foi mais frequentes incidente nas mulheres enquanto nos homens o abuso físico apresentava a primazia.

Carriço e Paixão (2010) estudaram a importância da rejeição vivida na infância no contexto da toxicodependência. Este autores concluíram que, na população toxicodependente os padrões de vinculação não seguros são os mais frequentes além de, teoricamente serem os mais compatíveis com a vivência da rejeição. As memórias de infância expressas pelos indivíduos toxicodependentes não seguros evidenciam esta relação. O tratamento dos dados do tipo análise de regressão mostrou que a vivência da rejeição é um bom preditor dos estilos de vinculação neste tipo de população. Comparando a população toxicodependente com um grupo controlo, algumas diferenças mostraram-se estatisticamente significativas; a) na amostra clínica, o padrão seguro apenas ocorreu em 38.5%, enquanto no grupo de controlo a percentagem foi 70.8% e b) a amostra clínica têm memórias do pai relacionadas com a rejeição ou então com a sobreprotecção do pai. Em resumo, o que este estudo nos diz é que a relação que um toxicodependente tem com a sua mãe é caracterizada por dimensões da vinculação subjacentes a padrões não seguros, com experiências precoces de rejeição e recurso a estratégias secundárias de regulação do afecto menos adaptativas (por oposição ao recurso à figura de vinculação) (idem).

Numa revisão da literatura, Figueiredo e colegas (2002) referem que, através do uso da situação estranha (Ainsworth et al., 1978) duas em cada três crianças com história de maus-tratos eram classificadas com o padrão ambivalente ou evitante e que, nalguns casos, essas crianças pareciam utilizar estratégias mistas de vinculação recorrendo, inclusivamente, a comportamentos típicos da vinculação segura. Já no trabalho de Main e Solomon (1986), um quarto padrão de vinculação esteve associado ao mau trato, o padrão D. E as investigações deste padrão e da sua relação com os maus-tratos apontam uma prevalência de 80 a 90%.

Recentemente, Benavente (2005) verificou que as representações não seguras da vinculação, incluindo a vinculação desorganizada, em crianças de idade pré-escolar, são significativamente mais frequentes nas crianças sinalizadas por suspeita de maus-tratos e ou de negligência, quando comparadas com crianças sem esse tipo de suspeita. Benavente (2010) verificou, ainda, que as representações seguras e desorganizadas são mais estáveis que as

inseguras e que a estabilidade da desorganização ocorre sobretudo nos grupos de risco. Numa análise da literatura das investigações sobre vinculação, Benavente (2010) faz referência à continuidade e descontinuidade das representações da vinculação. A temática destas continuidades ou descontinuidades deve ser pensada em termos da emocionalidade temperamental da criança assim como dos aspectos relativos aos seus pais, tanto no período pré-natal como durante o primeiro ano de vida. Esta visão é apoiada pelos dados reunidos por Belsky, Fish e Isabella (1991). Por outras palavras, as representações da vinculação apresentadas num determinado tempo/momento podem divergir num segundo tempo/momento. Neste contexto, é importante sublinhar quais os factores associados à descontinuidade das representações de vinculação: adversidade, rejeição, negligência, abuso e ou hostilidade das figuras de vinculação (Benavente, 2010).

O mau trato na infância leva um indivíduo a ter dificuldades em atribuir uma coerência à sua experiência e a construir narrativas alternativas (Antunes, 2005). Num estudo exploratório com adolescentes institucionalizados entre os 13 e 16 anos, as estruturas das narrativas foram pouco coerentes, o que se traduz por uma maior dificuldade na organização dos acontecimentos e na atribuição de uma coerência às suas narrativas; provavelmente devido às consequências dos maus-tratos no desenvolvimento emocional, cognitivo, social e comportamental (Antunes, 2005). Outro aspecto que Antunes (2005) refere é o nível dos processos envolvidos na narrativa, que foi pobre quanto à sua complexidade, pois estes indivíduos têm dificuldades em produzir elementos sensoriais e de diferenciação cognitiva, emocional e de significados. Nota-se, também, que os processos envolvidos na narrativa podem estar ligados às dificuldades de estes jovens em complexificar a experiência de mau trato; o que poderá limitar a sua experiência. Por último, estes adolescentes apresentam conteúdos narrativos limitados quanto à sua diversidade, isto é, estes adolescentes dificilmente conseguem construir uma narrativa cujos elementos possam transcender as experiências e os significados continuamente repetidos.

Esta mesma incoerência narrativa e a dificuldade de a complexificar (Antunes, 2005) levam o indivíduo que foi vítima de maus-tratos na infância a ter dificuldades em alcançar satisfação com a vida e, pelo contrário, facilmente desenvolve aspectos psicopatológicos na sua vida adulta (Maia et al., 2007). Numa amostra de 200 adultos, entre os 18 e 35 anos, a história de maus-tratos estava relacionada com psicopatologia e com a satisfação com a vida. Ou seja, os maus-tratos infantis estão relacionados a incidência de psicopatologia e com uma menor satisfação com a vida. Neste estudo, convém ainda salientar que, quanto maior era a incidência de depressão e ansiedade maior era a insatisfação com a vida.

2.12. Crítica à teoria de vinculação

Numa apresentação crítica, mas também construtiva, sobre o desenvolvimento da vinculação, Valsiner (2000) apresenta quatro pontos pertinentes. Primeiro, temos que salientar que a teoria da vinculação assume um modelo de desenvolvimento humano unilinear, o qual, segundo Valsiner (idem) é errado. É injustificado haver uma generalização dos casos a partir de um caso particular de relação – nomeadamente de uma situação laboratorial, artificial e descontextualizada. Outra crítica é a ideia de permanência da mãe perto do bebé nos primeiros três anos. Para Valsiner (ibidem), esta ideia restringe a mulher às tarefas maternais (elemento cuidador) e domésticas. Esta noção, segundo este autor, terá que ser lida à luz dos padrões culturais dominantes na nossa sociedade, algo que não é devidamente aferido neste modelo. Uma outra crítica desenvolvida é a visão tipológica que este paradigma (modelo normativo da vinculação) tem sobre as relações humanas. Este protótipo vê os comportamentos de vinculação como traços; o que permite a discriminação e generalização destes comportamentos. Tal como Valsiner (ibidem) afirma, os sentimentos que advêm de uma relação de vinculação são demasiados pessoais e privados para serem alvos de uma estratificação massiva. Mas, a grande crítica apresentada por Valsiner (ibidem) é que determinada categorização normativa não reflecte a realidade transcultural; nem tem em conta que possam existir grupos sociais que funcionam como elementos cuidadores. Para apoiar estas afirmações, são apresentados trabalhos de investigadores japoneses (Miyake, Chen, & Campos, 1985; Takahashi, 1982; 1986) e israelitas (Sagi, Lamb, Lewkowicz, Shoham, Dvir & Estes,1985).

As investigações japonesas tiveram grandes dificuldades em encontrar crianças entre os doze e os vinte e três meses que demonstrassem padrões de vinculação de tipo evitante (A). Isto pode ser explicado pela construção precoce de duas normas sociais japonesas: um adulto não deve ser ignorado por uma criança (é esperado que haja, constantemente contactos tácteis desde o primeiro momento) e o comportamento da criança é orientado para a comunidade (Miyake, Chen, & Campos, 1985; Takahashi, 1986).

No estudo de Takahashi (1986), os bebés classificados como ambivalentes (C), mais de 50% da amostra, apresentaram comportamentos inconsistentes ao longo da SE, quando comparados com os comportamentos típicos do padrão de vinculação C descritos por Ainsworth e colegas (1978). Entre os episódios dois e cinco, os bebés japoneses apresentam mais comportamentos de vinculação segura e entre os episódios seis e oito apresentam mais

comportamentos ambivalentes.

Miyake e colegas (1985) observaram a interacção mãe-bebé num estudo longitudinal; ao nascimento, ao primeiro e ao terceiro mês em casa, aos sete meses e meio em situação laboratorial, aos onze meses durante um jogo livre e aos 12 meses na situação estranha. Neste estudo, as crianças japonesas, em comparação com crianças americanas, foram mais frequentemente classificadas como pertencendo ao padrão de vinculação C e nenhuma como A. Isto mostra que a distribuição dos padrões de vinculação em bebés não-americanos pode ser algo diferente do que foi observado nos estudos de Ainsworth e colegas (1978). Segundo Miyake e colegas (1985), estes dados podem reflectir o facto de mães de bebés japoneses nunca deixarem o seu bebé e que, por isso, estes sejam mais vulneráveis ao *stress* causado pela SE.

Estas diferenças de distribuição dos padrões de vinculação, em estudos não-americanos, foram, também, salientadas por Sagi e colegas (1985), em amostras de *Kibbutz*. Esta designação tem origem na palavra hebraica *Kvutza*, significando grupo e consiste em sociedades de voluntariado com princípios sociais, económicos e comunitários igualitários. Mas também, colectivismo proprietário e cooperação cultural, social e educacional, onde todas as crianças têm as mesmas oportunidades e são cuidadas por todos. Em crianças criadas nestas comunidades, os padrões de vinculação inseguros foram mais frequentes (47%) do que em crianças norte-americanas (41%). Esta tendência tanto se observava quando a criança era acompanhada pela mãe como quando a criança era acompanhada pela cuidadora. Contudo, utilizando uma amostra de crianças israelitas de meio urbano, verificou-se que a percentagem dos padrões de vinculação inseguros continua a ser maior que na amostra americana, levando os investigadores a hipotetizar que não é apenas o facto de uma criança ser criada nas comunidades designadas por kibutz que promove as diferenças observadas; podemos estar na presença de factores culturais e educacionais típicos da sociedade israelita os quais podem estar ligados à formação do estado de Israel (Sagi et al., 1985; Aviezer, van IJzendoorn, Sagi, & Schuengel, 1994).

Capítulo III
Apoio Social

3.1. Conceptualização

O apoio social é um dos factores de resistência ao *stress* em situações de crise, inibindo o desenvolvimento de doenças, ajudando na recuperação do indivíduo doente (Pais-Ribeiro, 1999a) e tendo um papel importante no ajustamento psicológico. Ou seja, o apoio social poderá funcionar como um amortecedor contra o *stress* (Sarason, Sarason, Potter III, & Antoni, 1985). Geralmente, o apoio social é conceptualizado como a percepção que o indivíduo tem do sistema de apoio que o circunda; o núcleo familiar e de amigos, os vizinhos e os serviços comunitários e sociais da sua área de residência (Miller, Smerglia, Gaudet, & Kitson, 1998; Pais-Ribeiro, 1999a; Baptista, Baptista, & Torres, 2006; Spoozak, Gotman, Smith, Belanger, & Yonkers, 2009). Pode, ainda, ser classificado como o grau de integração de um indivíduo no seu meio social (Baptista et al., 2006; Spoozak et al., 2009).

A dimensão do constructo "apoio social" tem evoluído ao longo do tempo. Em 1976, John Cassel escreve um artigo no *American Journal of Epidemiology* intitulado "*The contribution of the social environment to host resistance*", no qual refere, pela primeira vez, a importância das redes sociais, nomeadamente, os factores psicossociais relacionados com o *stress*. Na mesma altura, Sidney Cobb (1976) escreve o artigo "*Social support as a moderator of life stress*", onde surge a primeira definição de apoio social, descrito como a informação que leva um indivíduo a acreditar que é amado e cuidado, estimado e que pertence a uma rede de indivíduos conectados socialmente, implicando deveres e direitos (Cobb, 1976, pp. 300). Esta definição de Cobb (1976) pressupõe que existem três componentes de informação acerca do indivíduo: 1) informação acerca do facto de ter sido amado e cuidado, 2) informação sobre o valor que possui e a estima que recebe dos outros e 3) informação acerca de pertencer a uma comunidade e a uma rede social.

Hoje, passados quarenta anos desde a primeira alusão a este conceito no âmbito da Psicologia, o apoio social é um dos constructos mais estudados no âmbito das Ciências Sociais, da Saúde e da Educação (e.g., Sarason, Johnson, & Siegel, 1978; Sarason, Sarason, Shearin, & Pierce, 1987; Wall, Aboim, Cunha, & Vasconcelos, 2001; Nunes, Lemos, Nunes, & Costa, 2013). Contudo, nestes quase quarenta anos, ainda existe uma enorme dispersão conceptual quanto à sua definição e concretização (Sarason et al., 1990; Hupcey, 1998; Williams, 2005; Sarason & Sarason, 2009).

Apesar de haver inúmeras investigações que sustentam a relação entre apoio social, saúde e bem-estar (Antonucci, Fuhrer, & Jackson, 1990; Taylor, Sylvestre, & Botschner, 1998;Sarason et al., 1990; Goodwin, Costa, & Adonu, 2003; Sarason & Sarason, 2009), é um

facto que outros teóricos, nomeadamente Cohen e colegas (2000; 2004) reduzem o apoio social a uma rede social que fornece aos indivíduos recursos materiais e psicológicos tendo como objectivo capacitar os indivíduos com ferramentas que ajudam a lidar com o *stress*.

Na verdade, entre as várias definições e explicações do que é o apoio social, todas as teorias partilham um núcleo comum: a existência de uma relação ou transacção interpessoal positiva ou constituída por comportamentos altruístas que são activados em caso de necessidade (Hupcey, 1998; Rodriguez & Cohen, 1998; Williams, 2005; Teoh, Chia, & Mohanraj, 2009). Segundo Teoh colegas (2009), o apoio social envolve uma avaliação, uma apreensão emocional e uma ajuda. Lepore (1997), bem como Armstrong e colegas (2005), afirmam que o apoio social pode ser visto como um constructo que transcendente a natureza do *stress*, englobando as características da personalidade e outros atributos do apoio social. Estes autores referem, ainda, que as funções do apoio social são influenciadas pelo tipo e pela fonte de apoio social disponível.

Para Sarason e colegas (1990; 2009), apoio social é um constructo bidireccional, onde os indivíduos e a situação/meio social são agentes activos. Para isso, é necessário haver uma correspondência entre o evento social e o indivíduo e, ainda, entre um indivíduo e os outros, tendo em conta os seus estilos comportamentais e cognitivos (Sarason et al., 1990; Sarason & Sarason, 2009). Adicionalmente, é necessário haver reciprocidade entre o emissor e o receptor de apoio social (Antonucci et al., 1990).

Antonucci e colegas (1990) sugerem que os indivíduos possuem um enorme leque de interacções recíprocas, ao qual podem recorrer em caso de necessidade. Por isso, estes autores definem o apoio social como um banco de apoio, onde os indivíduos administram as suas relações com os outros. No nosso entender, esta definição de Antonucci e colegas (1990) é demasiado materialista, na medida em que os outros são vistos pelo indivíduo como recursos materiais, desvirtuando assim a existência de uma relação ou transacção interpessoal positiva, comportamentos altruístas e relação afectiva. Segundo a perspectiva do modelo interaccional, há uma grande confusão associada à definição de apoio social, mais especificamente entre o "apoio social percebido" e o "apoio social recebido" (Sarason et al., 1990; Sarason & Sarason, 2009). As ligações sociais e o apoio que daí advém mudam constantemente, sendo que estas mudanças são influenciadas pelas novas tecnologias, mudanças demográficas e culturais e sistemas familiares (Sarason & Sarason, 2009).

O apoio social pode ter vários pontos de origem: indivíduos com quem se tem uma relação íntima, indivíduos com quem existe uma relação mais limitada e indivíduos com os quais existe um contacto ocasional. Considera-se que o apoio social é muito mais do que uma

ligação entre dois indivíduos ou entre indivíduo e situação/meio social. O apoio social diz respeito, também, aos agentes do meio social/sociedade, onde se cria um sentido de comunidade ou de pertença e onde o indivíduo pode recorrer em momentos de *stress* (Sarason & Sarason (2009). Na perspectiva interaccional, no apoio social existe uma tríade de variáveis: 1) as características da personalidade do emissor e do receptor de apoio social, 2) as características da relação interpessoal e 3) a situação que activou o apoio.

Neste seguimento, Vaux, Phillips, Thomson, Willians e Stewart (1986), bem como Vaux e Wood (1987) afirmam que existem três dimensões inerentes à definição de apoio social: 1) os recursos da rede de apoio que se refere aos recursos constituídos pela rede social, onde os indivíduos recorrem quando procuram ajuda para lidar com os eventos que desafiam o seu equilíbrio; 2) os comportamentos de apoio, que dizem respeito às formas de prestação de apoio aos indivíduos e 3) a avaliação sobre o apoio que consiste na avaliação subjectiva que os indivíduos fazem acerca dos comportamentos de apoio.

Mais recentemente, houve uma tentativa de chegar a um consenso na definição de apoio social (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003). Neste sentido, considera-se que o apoio social deve ser percepcionado como uma experiência pessoal e, neste seguimento, a saúde e o bem-estar pessoal poderão ser influenciados pelas relações interpessoais. De acordo com os autores supracitados, o apoio social possui um efeito directo e indirecto. No primeiro, a saúde e o bem-estar dos indivíduos são promovidos pelas relações sociais, independentemente dos níveis de *stress* experienciados. Quanto ao efeito indirecto, este refere-se aos benefícios do apoio social nos momentos de vida negativos, ou seja, o apoio social funciona como um amortecedor ou protector relativamente aos efeitos negativos da exposição do indivíduo ao *stress* (Silva et al., 2003; Veríssimo, 2005; Rodrigues & Madeira, 2009; Pimentel & Mata, 2011; Brandão & Craveirinha, 2011) e aos sentimentos de angústia que são experimentados ao longo do ciclo vital dos indivíduos (Franco & Velhinho, 2013). Shumaker e Brownell, (1984) e Vieira, Mello, Oliveira e Furtado (2010) definem o apoio social como um processo interaccional entre indivíduos ou grupo de indivíduos onde se estabelecem vínculos de amizade e de informação através do contacto interpessoal. Isso permite receber apoio material, emocional e afectivo, o que contribui para o bem-estar, para a prevenção de problemas de saúde e para a sua manutenção (Vieira et al., 2010).

O apoio social relaciona-se com outras dimensões psicossociais fundamentais para o indivíduo (e.g., competências pessoais, estratégias de *coping*, adesão terapêutica e percepção de controlo) e é um amortecedor dos impactos negativos que têm origem nos eventos de vida *stressantes* e nos problemas de saúde mental (Stuchbery, Matthey, & Barnett, 1998; Baptista

et al., 2006; Spoozaket al., 2009), podendo mesmo reduzir o impacto do *stress* relacionado com eventos de vida negativos (Baptista et al., 2006). No entanto, o constructo de apoio social apresenta diversos problemas conceptuais e metodológicos na recolha e análise de dados, para além de outras dificuldades (Baptista et al., 2006) entre as quais se salientam: 1) a dificuldade de avaliação dos comportamentos de apoio por parte dos investigadores; 2) a variabilidade temporal dos comportamentos de apoio e do seu impacto em períodos distintos; 3) a complexidade das relações entre *stress* e indicadores de adaptação durante a troca de apoio e 4) a capacidade de moderação e modelação da interpretação e atribuições que cada um faz relativamente aos comportamentos de apoio.

3.2. Rede social

Uma rede social pode ser formal ou informal (Langford, Bowsher, Malony, & Lillis, 1997; Hupcey, 1998; Goodwin et al., 2003; Brandão & Craveirinha, 2011; Lomando, Wagner, & Gonçalves, 2011; Franco & Velhinho, 2013). A rede informal de apoio social diz respeito ao apoio social que advém dos familiares, dos amigos, dos vizinhos, dos colegas e de grupos sociais que existem no contexto social do indivíduo e no qual ele interage (Dunst, Trivette, Davis, & Cornwell, 1988; Goodwin et al., 2003; Armstrong et al., 2005; Almeida, 2011; Brandão & Craveirinha, 2011; Franco & Velhinho, 2013). A rede formal refere-se ao apoio social que advém das instituições públicas e privadas que estão organizadas para a assistência (e.g., educacional, psicossocial, jurídica e médica) e dos profissionais que nelas trabalham (Shumaker & Brownell, 1984; Dunst et al., 1988; Hupcey, 1998; Brandão & Craveirinha, 2011; Franco & Velhinho, 2013). Vieira e colegas (2010) afirmam que ambas as redes são significativas para os indivíduos e para as suas famílias nos momentos de maior *stress*, pois ajudam ao fortalecimento dos mesmos.

São vários os estudos que têm colocado em evidência a importância das redes sociais, de ambas as naturezas, em momentos de *stress* vividos por mães e por bebés. No estudo exploratório de Brandão e Craveirinha (2011), com 42 mães (14 das quais provenientes dos PALOP) originárias de meios sociais desfavorecidos e apoiadas por um programa de intervenção precoce, foi possível constatar que as maiores fontes de apoio da rede foram os profissionais, os serviços, o programa de intervenção precoce, o médico, os vizinhos e a creche do jardim-de-infância, respectivamente. No que se refere ao apoio da rede informal, estas mães recorrem primeiro aos vizinhos, seguidamente, ao cônjuge e, posteriormente, aos amigos. Estas mães relatam que recorrem mais à rede de apoio formal do que à rede de apoio

informal porque a disponibilidade de apoio social, em caso de necessidade, é maior nas redes formais do que nas redes informais. Uma explicação apresentada pelos investigadores para este facto é que estas mães residiam recentemente na região em causa e as suas famílias alargadas encontravam-se distantes fisicamente.

Neste seguimento, também Vieira e colegas (2010) investigaram o tipo de redes sociais e o apoio social existentes em famílias de bebés pré-termo e de bebés de baixo peso no nascimento. As instituições de saúde, religiosas e instituições de actividades de lazer foram as que mais se destacaram como fontes de apoio social destas famílias no momento a seguir ao nascimento. Com o tempo, as fontes de apoio social passaram a ser constituídas pelos parceiros, pelos membros da família alargada, amigos e outros pais que passaram pela mesma experiência de serem pais de bebés pré-termo ou de baixo peso aquando do nascimento. Contudo, o que mais sobressaiu como fonte constante de apoio e de ajuda nestas famílias foram as famílias alargadas.

O impacto do apoio social informal e formal em pais de crianças com perturbações globais do desenvolvimento é uma das principais preocupações dos serviços de saúde. Bailey, Nelson, Hebbeler e Spiker (2007) estudaram o impacto do apoio social formal e informal nos pais de crianças com idade pré-escolar com aquele tipo de perturbações, tendo os resultados mostrado uma relação muito importante entre a qualidade dos serviços infantis, a qualidade dos serviços parentais e o apoio social informal. Esta constatação sugere a existência de uma interdependência mútua entre estas variáveis, pois a relação entre a qualidade dos serviços infantis e a qualidade dos serviços familiares foi significativa, bem como a relação entre a qualidade dos serviços familiares e a qualidade do apoio social familiar e comunitário. Já a relação entre a qualidade dos serviços infantis e o apoio social familiar foi parcialmente significativa. Adicionalmente, verificou-se uma associação significativa entre a percepção do impacto do apoio social informal na criança e a percepção do impacto na família. O mesmo se observou entre a percepção da qualidade dos serviços infantis e a percepção do impacto dos serviços na criança e entre a qualidade dos serviços familiares e os resultados do impacto na criança. Quando adicionada a variável "estatuto socioeconómico das famílias", verificou-se que a percepção da qualidade dos serviços tem um impacto superior nas famílias mais pobres. Os resultados de esta investigação alertam para a importância do apoio prestado pelos diversos serviços, pela família e pela comunidade junto dos pais e da criança com perturbações globais do desenvolvimento. Neste seguimento, conclui-se também que a confiança parental e o optimismo em lidar com estas crianças são promovidos pelo impacto do apoio social informal.

3.3. Apoio social recebido e mobilizado

Alguns autores dividem o apoio social entre "apoio social mobilizado" e "apoio social recebido" (Pereira, 2009). O primeiro tipo relaciona-se com a perspectiva de quem fornece apoio e o segundo com a perspectiva de quem o recebe e, habitualmente, é definido como os comportamentos que os indivíduos efectuam para ajudar os outros (Shumaker & Brownell, 1984; Goodwin et al., 2003) ou práticas ou interacções que têm como objectivo ajudar os indivíduos (Williams, 2005).

Em Portugal, o apoio social mobilizado segue a mesma tendência de outros países Europeus (Wall et al., 2001; Aboim, Vasconcelos & Wall, 2013), na medida em que o apoio social mobilizado é percepcionado com sendo mais forte na família mais próxima do que na família alargada. A maior mobilização do apoio social vem dos pais, da família da mulher e das mulheres em geral. Isto foi verificado em Portugal, numa amostra de 2260 mulheres domésticas com filhos e casadas (Wall et al., 2001). Nesta amostra, o apoio social na relação matrimonial foi inexistente ou baixo em 51% da amostra, o apoio social moderado verificou-se em 27% e, em 22%, o apoio social era forte. O apoio social mobilizado mais relatado foi o apoio aos cuidados à criança, sendo que esse apoio era maioritariamente fornecido pelos pais (79,5%). No conjunto dos pais desta amostra, apenas 59% referiam a existência de apoio nos cuidados à criança. Por último, neste estudo, verificou-se que quanto menor era a escolaridade menor era o apoio social recebido e que quanto maior era a escolaridade maior era o apoio social intenso. Constatou-se, também, que quanto mais baixo era o estatuto social, mais baixo era o apoio social (Wall et al., 2001). Num estudo mais recente (Aboim et al., 2013), verificaram-se resultados semelhantes, na medida em que as famílias com rendimento, escolaridade e posição social mais baixos apresentaram valores mais baixos de apoio social.

Num estudo com mães de recém-nascidos internados (Silva, Barroso, Abreu, & Oliveira, 2009), constatou-se que a maior fonte de apoio social recebido advém do marido/cônjuge e da avó dos bebés. Estes resultados fazem sentido, na medida em que são estes familiares que mais visitam a mãe e o bebé no hospital. Este estudo, também, revelou que os amigos e outros familiares são uma forte fonte de apoio social recebido. Porém, como a sua presença era mais limitada no contexto hospitalar, houve uma maior associação dos mesmos a sentimentos de ausência e solidão. Neste âmbito, os autores realçaram a importância das redes sociais electrónicas. Silva e colegas (2009) referem que a experiência

clínica tem demonstrado que este canal assume um papel cada vez mais preponderante. Apesar de os amigos e familiares da família alargada não poderem estar presentes no hospital, estes são enormes fontes de apoio para a mãe através das redes sociais electrónicas.

No caso de mães de bebés pré-termo, a percepção de apoio social recebido por parte da família é o que mais se destaca, especialmente se o apoio social recebido for apoio afectivo-emocional da avó (mãe ou sogra). Entre este apoio recebido, a ajuda nos afazeres domésticos, foi o mais salientado por estas mães, pois permitiu-lhes estar mais tempo com os seus filhos. Já no que se refere ao apoio social informativo percebido, apesar de haver informação dos profissionais de saúde, estas mães recorrem a informações que surgem da experiência no seio familiar (Simioni & Geib, 2008).

No estudo exploratório de Negron, Martin, Almog, Baltierz e Howell (2013), com mães recentes (durante o período de 12 meses após o parto), o que é mais foi salientado pelas mães como fundamental para a recuperação emocional e física do parto é o apoio social instrumental que advém do companheiro e da família. Neste estudo, verificou-se que a forma como as mães mobilizam o apoio social varia conforme a raça e a etnia. Por exemplo, mães não latinas recorrem mais aos profissionais de saúde e cuidadores (amas), enquanto mães latinas e africanas recorrem mais aos familiares.

Já anteriormente, Wiemann, Agurcia, Rickert, Berenson e Volk (2006) averiguaram que o apoio social fornecido pelo pai do bebé variava conforme a raça e a etnia. Numa amostra de 719 mães adolescentes, o apoio social fornecido pelos pais dos bebés era menor em mães afro-americanas (41,9%) do que em mães mexicanas-americanas (26,2%) e em mães caucasianas (19,4%). De acordo com os autores de este estudo, isto pode ser explicado pelo facto de os pais de bebés afro-americanos serem mais jovens, terem um maior histórico de consumos crónicos de substâncias ilícitas e apresentarem maiores comportamentos delinquentes e de violência para com a mãe do bebé.

No caso de amamentação, um estudo Português de Alves (2011), sobre o tipo de apoio social recebido por mães recentes, o que mais se salientou foi o apoio social procurado e recebido da rede de amigas. Comparando com os trabalhos de Simioni e Geib (2008) e de Silva e colegas (2009), não se pode esquecer que o trabalho de Alves (2011) se baseava numa amostra não clínica. Franco e Velhinho (2013), num estudo de caso da perturbação do desenvolvimento conhecida por Síndrome do X Frágil, constataram que apenas o apoio dentro da família permite uma adaptação parental à situação.

Em suma, a rede informal de apoio social diz respeito ao apoio social que um indivíduo tem e que advém dos familiares, dos amigos, dos vizinhos, dos colegas e de grupos

sociais. O apoio social pode ser divido entre "apoio social mobilizado" e "apoio social recebido "e ambos estes apoios que surgem da rede social têm um papel fundamental na saúde e bem-estar dos indivíduos.

3.4. Apoio social percebido

O apoio social percebido é definido como um processo cognitivo no qual os indivíduos fazem uma avaliação dos vários aspectos da sua vida, em que ele se julga que é amado, querido, que possui valor e, ainda, avalia os recursos existentes no seu meio e nas suas relações formais ou informais, aos quais pode recorrer, em caso de necessidade (Lakey & Cassidy, 1990; Silva et al., 2003; Goodwin et al., 2003; Nunes, 2005).

Lakey e Cassidy (1990) referem que o apoio social se relaciona também com atributos da personalidade, especialmente o apoio social percebido, na medida em que está ligado à atenção, julgamento, memória e avaliação. Por exemplo, o apoio social percebido ou a percepção que os indivíduos possuem do apoio social está relacionado com o controlo de doenças crónicas e com a inerente qualidade de vida. Um estudo de Silva e colegas (2003), com uma amostra de pessoas diabéticas, revelou que quanto maior o apoio social percebido maior a satisfação com as amizade e com a intimidade. Contudo, quanto maiores as sequelas e as complicações associadas à doença, menor é a satisfação com as amizades. Já numa população de imigrantes, Monteiro (2009) verificou que quanto maior é a percepção do apoio social disponível melhor é a saúde mental, menor a morbilidade psiquiátrica e maior a resiliência ao *stress*. No mesmo sentido, também, mulheres em pré e pós-avaliação cirúrgica a nível gástrico manifestam maior motivação para a cirurgia e melhores resultados clínicos após a cirurgia, quando percepcionam um maior nível de apoio social informal da família. Já um estudo de Nunes e colegas (2013), com uma amostra de mães em risco social e em vias de perder a guarda dos filhos para instituições, mostrou que nestas apenas existia a percepção de apoio no contexto da família, especialmente da parte do cônjuge/companheiro. Verificou-se que este tipo de apoio se mantém nos momentos de maior adversidade, enquanto a percepção de ajuda profissional diminui. Quanto à funcionalidade do apoio social, estas mães enfatizam o apoio social emocional.

Os resultados dos estudos supracitados revelam que o apoio social é valorizado pelos indivíduos de vários contextos de intervenção e que o apoio social percebido, um processo cognitivo, está associado a vários resultados de saúde quer física quer mental. Por outras palavras, está associado ao controlo da doença física, melhor satisfação com a vida, menor

comorbilidade psiquiátrica e maior resiliência aos *stressores* biopsicossociais.

3.5. Apoio social informativo, emocional e instrumental

O apoio social, também, pode ser categorizado quanto à sua funcionalidade. Ou seja, pode-se classificar o tipo de apoio social consoante a sua origem (Hupcey, 1998; Rodriguez & Cohen, 1998; Taylor et al., 1998). De acordo com Hupcey (1998), Rodriguez e Cohen (1998) e Taylor e colegas (1998), em termos de origem, o apoio social pode ser informativo, emocional e instrumental.

O apoio social informativo consiste num processo bidireccional entre o emissor e o receptor do apoio social, através do qual o receptor recebe informações ou orientações relevantes que o ajudam a compreender o seu meio e a efectuar as alterações necessárias no mesmo. Já o emissor fornece informação acerca da prestação dos cuidados. A informação pode ser transmitida por vários meios, tais como, documentos impressos, documentos áudio-digitais de acesso livre, equipamentos, etc. (Langford et al., 1997; Nunes, 2005; Martins, 2005; Fachadas, 2011).

O apoio social emocional é conceptualizado pela existência de um conjunto de trocas de atitudes emocionais positivas e de transmissão de um clima seguro e empático (Taylor et al., 1998; Cohen, 2004; Nunes, 2005; Martins, 2005; Fachadas, 2011) que tem como objectivo proporcionar bem-estar afectivo e psicológico e, também, um sentimento de pertença relativo a um contexto onde o indivíduo se sente querido e amado (Cohen & McKay, 1984; Cohen, 2004; Langford et al., 1997; Fachadas, 2011; Martins, 2005; 2011).

O apoio social instrumental refere-se ao conjunto de acções ou materiais que ajudam na gestão de situações quotidianas dos indivíduos (Langford et al., 1997; Taylor et al., 1998; Fachadas, 2011). São exemplos de apoio social instrumental, ajudar alguém a atravessar uma passadeira rodoviária, emprestar dinheiro, ajudar na colheita dos frutos, etc. Ou seja, trata-se de ajudar alguém de forma concreta (Taylor et al., 1998).

3.6. Apoio social e variáveis psicossoais maternas

3.6.1. Apoio social e estados emocionais maternos

O apoio social tem um papel importante ao longo de todo o ciclo gestacional e no período pós-natal (Mathiesen, Tambs, & Dalgard, 1999; Dennis & Ross, 2005; Baptista et al.,

2006; Shin, Park, & Kin, 2006; Ching-Min, Shu-Fen, Yu-Hua, & Hsiu-Chuan, 2007; Ege, Sermin, Zincir, Geçkil, & Sunar-Reeder, 2008; Arnold, Lewis, Maximovich, Ickovics, & Kershaw, 2011). Dennis e Ross (2005) afirmam que existe uma associação significativa entre perturbação mental pós-parto, percepção materna de conflito conjugal e apoio social do parceiro. Contudo, estes investigadores salientam que existe uma escassez de investigações sobre o apoio social durante o período pós-parto e as poucas que existem concentram-se em apenas dois aspectos: a percepção do apoio social emocional e do apoio social prático.

Apesar da escassez de investigações, sabemos que o apoio social emocional e prático do parceiro de uma puérpera se relaciona com a depressão pós-parto (Dennis & Ross, 2005). Neste sentido, a percepção de apoio social é uma dimensão psicológica que também está presente na gravidez e no parto (Spoozak et al., 2009; Ege et al., 2008) e, sobretudo no caso de mulheres que são mães pela primeira vez, aquele depende de factores como a idade da mulher, educação, tipo de profissão, estatuto social da família, educação do marido, intervalo de idade entre a mãe e o seu companheiro, conhecimentos de como cuidar de uma criança, partilhar problemas com uma pessoa próxima e história psiquiátrica (Ege et al., 2008). Já, anteriormente, Mathiesen e colegas (1999) verificaram que mães com nove anos de estudos literários apresentavam menor apoio social da família, dos amigos e dos vizinhos, quando comparadas com outras mães com qualificações literárias mais elevadas. Outros factores associados ao apoio social, no caso de mulheres com depressão, foram o estatuto económico da familia e as boas qualidades materiais das estruturas presentes no meio ambiente.

A percepção e a satisfação com o apoio social do companheiro/parceiro e o *stress* de mulheres que foram mães recentemente são dimensões que podem ser moderadas pela comunicação, especialmente pela comunicação evitante. Thorp, Krause, Cukrowicz e Thomas (2004), numa investigação com uma amostra de mães recentes, constataram que um perfil de comunicação não efectiva e pautada por evitamento foi capaz de prever 13% da variância na relação entre esta variável e a insatisfação com o apoio social do companheiro, além de que também se mostrou capaz de moderar esta insatisfação social. Para além do efeito moderador, a comunicação evitante conseguiu mediar a resposta de insatisfação das mães com o apoio social do parceiro e o *stress* da mãe.

Um estudo efectuado com mulheres Malaias demonstrou que a baixa percepção de apoio social também se associa com depressão, com o tipo de parto (cesariana), a história familiar de depressão, amamentação não-exclusiva e com o facto de ser doméstica (Zainal, Kaka, Ng, Jawan, & Gill, 2012). Depressão e níveis elevados de *stress* também ocorrem com frequência em mães de bebés pré-termo e mães de múltiplos bebés gémeos pré-termo (Lutz,

Burnson, Hane, Samuelsen, Maleck, & Poehlmann, 2012). Nestes casos, a família e o apoio de que dispõe têm um papel importante na saúde mental da mãe e na qualidade da interacção mãe-bebé.

No estudo de Lutz e colegas (2012) conduzido com mães de bebés pré-termo, aos 24 meses de vida do bebé, nas mães casadas, o apoio social familiar era previsto pelos relatos de maior informação, maior apoio emocional e instrumental. Já no caso de mães de múltiplos bebés pré-termo, o apoio social aos 24 meses de vida dos bebés era apenas previsível pelo apoio social instrumental. Quanto à qualidade interactiva da criança e à sua relação com a percepção de apoio social familiar, verifica-se que níveis mais elevados de apoio informativo se relacionam com níveis mais elevados de comportamento de jogo da criança quando a avaliação de stress parental é elevada. Além disso, o apoio social instrumental ajudava a predizer o comportamento materno de apoio à criança durante as interacções de solução de problemas.

O apoio social do parceiro tende a ser influenciado pela cultura dos indivíduos (Stuchbery et al., 1998; Tomlinson, Cooper, Stein, Swartz, & Molteno, 2006). Na investigação de Stuchbery e colegas (1998) com mulheres anglo-saxónicas na situação de pós-parto, uma avaliação mais baixa dos estados de humor associava-se com uma maior necessidade de apoio social proveniente dos seus companheiros e das suas mães. Nas mulheres vietnamitas, níveis mais baixos dos estados de humor estavam associados a uma pior qualidade de relação com o companheiro. Finalmente, entre mulheres de origem árabe, valores mais baixos relativamente aos estados de humor estavam associados a necessidade percebida de mais apoio por parte do parceiro.

Outros estudos demonstraram que o apoio social se encontra relacionado não só com a depressão ou com a saúde da mulher e da criança, mas correlaciona-se também com o estado funcional da mulher no período pós-parto e com a capacidade de esta cuidar do bebé (Tomlinson et al., 2006; Hunker, Patrick, Albacht, & Wisner, 2009). Isto também se confirma em amostras com populações de minorias étnicas, como se pode verificar no estudo de Ji (2007) que estudou a relação entre saúde mental materna, educação, aculturação e apoio social em mulheres asiáticas na sociedade americana. Neste estudo, a saúde mental materna, o nível das habilitações educativas, o facto de falarem Inglês em casa e o apoio social estavam associados à saúde mental materna e a comportamentos parentais mais positivos.

Para além do apoio social do parceiro, Hung e Chung (2001), Spoozak e colegas (2009), Ching-Min e colegas (2007) e Ugarriza, Brown e Chang-Martinez (2007) afirmam que o apoio social que advém do contacto social, do pai, da mãe e da sogra é um factor que

tem impacto positivo na saúde mental da mãe. No caso de mães pela primeira vez, o apoio social mais destacado é o das suas irmãs (Ugariza, 2006).

A mobilização do apoio social dos parceiros masculinos, especificamente no que se refere ao cuidado dos bebés e das suas mulheres, seis meses após o parto, esteve associada com uma maior percepção de apoio social elementar, melhores níveis de auto-estima e menor ansiedade vinculativa, numa amostra de mulheres durante o período pré e pós-natal (Arnold et al., 2011). Contudo, quando o apoio nos cuidados à criança era prestado pelos pais da progenitora e quando não existia apoio social do companheiro, a percepção do apoio social era mais basilar, a vinculação evitante era menor, as mães eram mais jovens e havia menos recurso ao álcool e à marijuana. No caso de os companheiros existirem e serem os emissores de apoio social prático, estas mães mostravam menores níveis de perturbação e de *stress* parental e menor *stress* na parentalidade infantil. Quando ambos os pais eram cuidadores do seu bebé, menor era o *stress* parental, a ansiedade parental e a relação disfuncional entre pai e criança, quando comparados com as situações em que as mães eram as únicas cuidadoras.

A percepção do apoio social é um preditor da sintomatologia psicológica no período pré e pós-natal em mulheres e homens que são pais pela primeira vez (Castle, Slade, Barranco-Wadlow, & Rogers, 2008; Ege et al., 2008; Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran; 2011). Numa amostra de mulheres que foram mães pela primeira vez, os níveis elevados de depressão, seis semanas após o parto, relacionaram-se com baixos valores de apoio social (Leahy-Warren et al., 2011), especialmente no que se refere ao apoio social funcional e ao apoio estrutural informal.

No caso dos homens cujas mulheres foram diagnosticadas com depressão no período após o parto (Zelkowitz & Milet, 1997), o apoio social e o *stress* estavam associados a sintomatologia psicológica nestes homens especialmente menor apoio social e mais *stress*. As fontes de *stress* mais indicadas foram as pressões que provêm do trabalho e as questões económicas que, por sua vez, se associam a uma percepção negativa do casamento, à gratificação com a parentalidade e aos comportamentos do bebé. Quanto ao apoio social recebido, este era menor relativamente aos sogros, aos outros familiares e aos amigos (Zelkowitz & Milet, 1997).

Num estudo com uma amostra de mulheres Turcas mães pela primeira vez (Ege et al., 2008), verificou-se que a existência de depressão pós-parto foi elevada (33.2%.) associando-se negativamente com o apoio social. O apoio social, nestas mulheres, relacionou-se significativamente com o estatuto socioeconómico da família materna, com as habilitações literárias do marido, o número de anos de casamento, a paridade, a existência de abortos

anteriores, o planeamento da gravidez, o intervalo pós-natal, o género do bebé, os conhecimentos acerca de como cuidar de uma criança, a partilha de problemas com um amigo ou contacto pessoal e, ainda, com o apoio social da família após o parto (Ege et al., 2008).

Haga, Ulleberg, Slinning, Kraft, Steen e Staff (2012) também investigaram a relação entre apoio social e outras variáveis psicológicas e de saúde mental, mais especificamente os factores psicossociais capazes de prever a depressão pós-parto. Para isso, estes autores investigaram 737 mulheres que foram mães pela primeira vez, às seis semanas, aos três meses e aos seis meses após o parto. Numa primeira análise, verificou-se que, entre estes três períodos de avaliação, a depressão variou. Na avaliação às seis semanas, a depressão era mais elevada do que aos três e aos seis meses, não havendo diferenças entre os três e os seis meses. A depressão pós-parto pôde ser prevista pela percepção do apoio social disponível e pela necessidade de apoio social, juntamente com uma reavaliação positiva e concentração na planificação (estratégias de regulação emocional). A percepção do apoio social disponível, a reavaliação positiva e a concentração na planificação previram baixos valores de depressão pós-parto, enquanto a necessidade de apoio social, a autoculpabilização e a catastrofização, previram altos valores de depressão.

No estudo de Spoozak e colegas (2009), o contacto social dos pais da mulher está associado a baixos níveis de depressão. Quanto ao apoio social institucional ou contacto social formal ou informal, como é descrito por estes investigadores, verifica-se que não existe uma associação com a saúde da mulher.

O apoio social é um factor protector relativamente à depressão materna no período pós-parto, tal como ilustrámos anteriormente. Contudo, em mães adolescentes, o apoio social não desempenha um papel protector e amortecedor no que respeita à depressão materna mas sim um papel moderador no tratamento da depressão. Barnet e Duggan (1995), trabalharam com uma amostra de mães adolescentes avaliadas ao segundo e ao quinto mês após o parto, tendo verificado que um elevado apoio social se relacionava com baixos níveis de depressão e funcionou como um factor protector na díade mãe-bebé. Além disso, o consumo de substâncias ilícitas associou-se com níveis elevados de necessidade de apoio social.

Brown, Harris, Woods, Buman e Cox (2012) desenvolveram um estudo com uma amostra de mães adolescentes, tendo verificado que 50% das mães adolescentes apresentavam sinais de depressão após o parto, às doze semanas e aos doze meses e que o apoio social elevado estava associado a melhores resultados com o tratamento de depressão um ano após o parto. Ao que parece, as mães adolescentes com depressão são mais sensíveis aos efeitos moderados do apoio social ao longo do tempo (Brown et al., 2012). Mais recentemente,

começaram a surgir investigações sobre a relação entre apoio social e paternidade durante o período pós-natal (Zelkowitz & Milet, 1997) pois, em caso de depressão ou de sintomatologia psicológica da mãe, o apoio social do companheiro é dos mais importantes neste âmbito (Spoozaket al., 2009; Ching-Min et al., 2007; Ugarriza et al.,2007).

No estudo de Hung e Chung (2001), outro factor que se associou com o apoio social foi o *stress* psicológico. Numa amostra de mães recentes, a percepção do apoio social variou conforme o período de pós-parto. Isto é, a percepção do apoio social foi mais elevada na primeira semana após o parto do que na terceira e na quinta semana. O contrário se passava com os níveis de *stress* avaliados nos mesmos momentos. Uma possível interpretação destes resultados sugere que o ambiente social pode estar particularmente motivado para fornecer apoio social no período imediatamente após o parto. Esgotada esta motivação, os protagonistas do ambiente social podem iniciar um período de desinvestimento e, nessa sequência, as mães poderão reagir com uma percepção de *stress* mais elevada. A percepção de apoio social juntamente com a percepção das mudanças corporais durante a primeira semana após o parto relacionou-se negativamente com a percepção do apoio dos amigos. Ainda neste estudo, verificou-se que a comorbilidade psiquiátrica variou conforme o período pós-parto: a) na primeira semana após o parto, a incidência era de 29%; b) na terceira semana, era de 41% e c) na quinta semana mantinha-se em 41%. Ou seja, a sintomatologia psicológica tende a aumentar com o avançar do período pós-parto, à medida que o apoio social vai decrescendo.

O apoio social pode ser um preditor de sintomatologia psiquiátrica, tal como referem Liabsuetrakul, Vittayanont e Pitanupong (2007). Numa amostra de mulheres Tailandesas observadas entre o último trimestre de gravidez e o segundo mês do pós-parto, 10% foram diagnosticadas com depressão pós-parto. Nesta amostra, a ansiedade e o apoio social eram os melhores predictores da depressão pós-parto.

O período pós-natal é de enorme vulnerabilidade para as mães e para os pais, onde o *stress*, a depressão e a ansiedade surgem de forma natural obrigando o casal a ajustar-se e a adaptar-se psicossocialmente, devido aos novos desafios. Algumas mães e pais, nesta fase, passam por um desafio psicossocial acrescido quando os seus bebés têm de ficar internados nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), logo após o nascimento. Estas mães e pais estão em constante aflição psicológica (Hergüner, Annagür, Çiçek, Altunhan, & Örs, 2013). Níveis elevados de depressão podem ser detectados em mães de bebés que nasceram com baixo peso, especialmente se o peso do bebé tiver menos de 1500g (Hergüneret al., 2013). Numa amostra de mães de bebés pré-termo subdivididas em três grupos (mães de bebés com peso inferior a 1500g, mães de bebés com peso entre 1500 e 2500g e mães de

bebés nascidos a termo), verificou-se que, no primeiro grupo os níveis de depressão eram elevados e a percepção do apoio social era baixa. Nesta investigação, foi verificada uma relação negativa entre, por um lado, peso à nascença e idade gestacional e, por outro lado, a depressão pós-parto. Para além disso, a duração do internamento na UCIN e o peso à nascença eram bons predictores da depressão pós-parto em mães de bebés com peso muito baixo à nascença.

Relativamente à ansiedade e à sua relação com o apoio social no período pós-natal, os estudos Portugueses são muito escassos, pois a grande maioria apenas investiga a ansiedade durante a gravidez ou a ansiedade incluída em estudos sobre a perturbação psiquiátrica (Conde & Figueiredo, 2005; Costa, Reis & Coelho, 2010; Costa & Reis, 2011). As investigações sobre a ansiedade parental surgem apenas quando a pesquisarmos se refere a *stress* parental (e.g., Jackson, Ternestedt, Magnuson, & Schollin, 2007) e quando alargamos o espectro da idade de crianças até à idade pré-escolar (e.g., Wheatcroft & Creswell, 2007).

Sucintamente, o apoio social tem um papel importante na saúde mental da mulher durante o ciclo gestacional e no período pós-parto, estando relacionado com a depressão pós-parto (incidência, prevalência e evolução). Particularmente, nesta população clínica os factores sociodemográficos têm um forte impacto (estatuto socioeconómico e conjugal, habilitações literárias, tipos de famílias, idade parental, tipo de gestação e parto, etc.). Mas, mesmo em contextos não-clínicos, os factores sociodemográficos têm um impacto importante na saúde gestacional da mulher e na adaptação ao seu novo papel que é a maternidade. Pode-se mesmo dizer que o apoio social neste período é importante em todos os contextos culturais.

Existe um efeito moderador do apoio social na saúde mental da mulher e este tende a ser maior quando a sua origem advém do parceiro. Para além do parceiro, existem outras fontes de apoio social privilegiadas e que são, segundo esta ordem, os familiares directos (pais e irmãs), familiares do parceiro, amigos e profissionais de saúde. Outros factores relacionados com este constructo são os factores culturais, étnicos e raciais. Mas, estes só são importantes devido à relação entre o receptor do apoio e a sua fonte e tipo. Isto é, em alguns meios culturais e étnicos, a mobilização e procura de apoio social é influenciada pelo papel de cada indivíduo, ou seja, aquilo que é esperado em relação a cada indivíduo. Por último, o apoio social e as suas dimensões, na maior parte dos estudos, são investigados em amostras típicas da sociedade ocidental. É urgente que se proceda a estudos transculturais sobre a relação entre apoio social e ciclo gestacional, sem esquecer os factores culturais e sociais e os pré-conceitos e a heurística própria de cada investigador; isto é, as pré-concepções do investigador, as teorias subjacentes nas quais ele se apoia e o tipo de resultados que ele espera que ocorram.

3.6.2. Apoio social materno e vinculação

O apoio social é o melhor preditor da vinculação segura em bebés com temperamento difícil (Crockenberg, 1981; Crockenberg & McCluskey, 1986; Kim & Kim, 2009). Além disso, o apoio social apazigua os efeitos de não responsividade materna e fornece aos bebés um substituto dos comportamentos maternos (Crockenberg, 1981; Crockenberg & McCluskey, 1986).

O temperamento do bebé influencia a depressão materna pós-parto, tanto directamente como indirectamente (Cutrona & Troutman, 1986). Numa amostra de mães com bebés de treze meses de idade, o apoio social relacionou-se com o temperamento difícil do bebé. Esta relação foi apenas salientada quando se investigou até que ponto a satisfação com o apoio social da mãe da progenitora do bebé estava relacionado com a irritabilidade do bebé e com as tentativas de este evitar a sua mãe nos momentos de reunião. Isto é, verificou-se uma relação entre, por um lado, o temperamento difícil do bebé e, por outro lado, a satisfação da mãe na relação com a sua própria mãe (Levitt, Weber, & Clark, 1986).

São vários os autores que encontram uma relação entre apoio social e vinculação em crianças com temperamento difícil (Crockenberg, 1981; Crockenberg & McCluskey, 1986; Jacobson & Frye, 1991). No entanto, outros estudos (e.g., Cutrona & Troutman, 1986; Levitt et al., 1986) averiguaram que esta relação surge, frequentemente, de forma indirecta, isto é, só se consegue explicar pela relação entre vinculação e temperamento. Por exemplo, Cutrona e Troutman (1986) verificaram que a relação entre temperamento e apoio social foi capaz de prever a depressão materna além da auto-eficácia parental. Contudo, verificou-se também uma relação indirecta entre temperamento infantil difícil e depressão, através do papel da auto-eficácia. Por outras palavras, a auto-eficácia das mães (auto-percepcção da competência para cuidar do bebé) era influenciada pelo temperamento difícil do bebé.

Kim e Kim (2009) verificaram, igualmente, que a relação entre sensibilidade materna (que está relacionada com a vinculação infantil) e apoio social não é directa, mas sim indirecta: a) o estatuto psicológico materno (depressão e *stress*) é influenciado pelo apoio social e pela sensibilidade materna; b) o estatuto psicológico materno tem um efeito negativo na sensibilidade materna e c) a sensibilidade materna tem um efeito positivo na segurança da vinculação infantil. Neste estudo, com díades mãe-criança caracterizadas pela perturbação do desenvolvimento da criança, a relação entre apoio social e o estatuto psicológico da mãe foi negativa, assim como a relação entre o estatuto psicológico materno e a sensibilidade materna. O papel mediador do apoio social na vinculação do bebé já tinha sido salientado por outros

autores (Jacobson & Frye, 1991; Lyons-Ruth, Connell & Grunebaum, 1990), sobretudo no que diz respeito ao apoio social dos serviços familiares. No entanto, os estudos que referem o tipo de relação entre vinculação e perturbações do desenvolvimento na relação pai-criança são escassos (Lopez, 2013).

O apoio social tem-se evidenciado com variável de grande importância em mães jovens, como foi salientado por Crnic, Greenberg, Robinson e Ragozin (1984). Estes autores verificaram que quanto mais jovens eram as mães, menor era o apoio íntimo, menor era o apoio comunitário e maior era o *stress*. Além disso, constataram que o estatuto conjugal foi influenciado pelo apoio íntimo ao primeiro e ao oitavo mês após o nascimento do bebé.

O efeito mediador do apoio social na vinculação passa, também, pela relação entre apoio social e estilos de cuidados parentais (Newland, Coyl, & Freeman, 2008). Isto é, relaciona-se com os estilos de cuidados parentais, nomeadamente no que se refere ao recurso à punição e a um maior envolvimento parental que, por sua vez, se relaciona com o estilo de vinculação seguro (Newland et et al., 2008). Por outro lado, adultos que foram abusados na infância apresentam menor percepção de apoio social (Muller, Gragtmans, & Baker, 2008). Isto foi evidente no estudo de Newland e colegas (2008) que contou com uma amostra de famílias com crianças em idade pré-escolar onde se constatou que o apoio social apresenta uma relação com os cuidados parentais, mais especificamente com o recurso à punição física e com o envolvimento parental e estes, por sua vez, associaram-se à vinculação segura. Ou seja, quanto maior é o envolvimento parental e menor for o recurso aos castigos físicos, maior é a probabilidade de se desenvolver uma vinculação segura.

Se a relação entre apoio social e o recurso à punição são capazes de prever a vinculação infantil (Newland, et al, 2008), Crittenden, em 1985, foi mais longe ao encontrar uma relação entre apoio social e vinculação em mães abusadoras. Numa amostra de mães de crianças em idade pré-escolar, na qual 92 mães maltratavam os seus filhos e 29 apresentavam comportamentos adequados, o apoio social foi capaz de prever a vinculação segura. Numa meta-análise realizada por Atkinson, Paglia, Coolbear, Miccols, Parker e Guger (2000) sobre a relação entre vinculação e três variáveis psicossociais da mãe (apoio social, depressão e *stress*), a relação entre vinculação e apoio social apresentou dois resultados: a) a magnitude do efeito desta relação mostra que esta relação existe entre estas duas variáveis e b) a magnitude do efeito foi heterogénea, na medida em que a relação entre vinculação e apoio social tanto é positiva como negativa, pois não existiu nenhum factor discriminativo para explicar esta heterogeneidade. Segundo Atkinson e colegas (2000), o facto de a grande maioria das investigações nesta área se limitar ao uso de instrumentos de auto-relato não contribui para

que os resultados se tornem mais próximos da realidade. Além disso, os estudos realizados com amostras clínicas viabilizam cálculos da magnitude do efeito mais pronunciados do que os estudos que recolhem dados em amostras não clínicas.

A sensibilidade materna é um dos factores mais importantes na vinculação. No primeiro ano de vida de um bebé, o apoio social da mãe relaciona-se com a sensibilidade materna nos momentos de reunião (Crockenberg & McCluskey, 1986). Numa amostra de 48 díades mãe-bebé avaliadas durante a situação estranha aos três e aos doze meses após o nascimento do bebé, a percepção materna de apoio social foi capaz de predizer a sensibilidade materna nos momentos de reunião na situação estranha. Isto é, quanto mais elevada a percepção de apoio social maior a sensibilidade materna e menor a perturbação do bebé nos momentos de separação-reunião. Swanson (2011) trabalhou com uma amostra de díades mãe-bebé que foram avaliadas aos quatro, seis, oito, dez e doze meses de idade do bebé, tendo concluído que a relação entre sensibilidade materna e vinculação é significativa. Mais recentemente, Shin e colegas (2006) concluíram que a sensibilidade materna após o parto estava relacionada com o apoio social materno e também com a vinculação materna pré-natal, a auto-identidade materna, o estatuto laboral e a identificação materna com o bebé.

A sensibilidade materna também está relacionada com a continuidade e descontinuidade da vinculação, especialmente em crianças adoptadas (Beijersbergen, Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2012). Numa amostra de 125 crianças adoptadas e que foram avaliadas aos doze meses e aos catorze anos, verificou-se que a relação entre continuidade/descontinuidade da vinculação e sensibilidade materna foi evidente; altos valores de sensibilidade materna aos doze meses em crianças seguras estavam relacionados com a continuidade da vinculação segura na adolescência. Verificou-se que, nas crianças inseguras em que a sensibilidade materna melhorou surgiu uma descontinuidade no sentido de a vinculação se tornar segura durante a adolescência.

No seguimento do que já foi referido anteriormente, o apoio social que as mães recebem do pai do bebé é fundamental para a saúde mental da mulher pós-parto. Mas, como já salientámos, as mães recentes tendem a considerar que o apoio social da sua mãe ou das suas irmãs é fundamental para o seu bem-estar e estados emocionais. Ou seja, o apoio social feminino é importante para a mãe recente (Huth-Bocks, Levendosky, Bogat, & von Eye, 2004; Ugarriza, 2006; Ugarriza, Brown, & Chang-Martinez,2007), pois existe uma partilha de experiências e de ajuda intergeracional.

Huth-Bocks e colegas (2004), num estudo longitudinal acerca da violência doméstica, concluíram que a percepção materna de apoio social era um bom preditor da qualidade da

vinculação infantil. Adicionalmente, verificou-se que quanto maior a percepção do apoio social no período pré-natal, maior era a percepção do apoio social no período pós-natal.

Tal como Huth-Bocks e colegas (2004), Kuscu e colegas (2008) notaram que a representação da vinculação materna se relacionava com o apoio social e com os estados emocionais maternos no período pós-parto. Dito de outra forma, constatou-se que a adaptação emocional à maternidade era influenciada pelos estilos vinculativos da mãe e, também, pelo tamanho da família e pelo apoio social da família. Para apoiar estas conclusões, Kuscu e colegas (2008) avaliaram as representações da vinculação materna, os estados emocionais maternos e o apoio social em mães recentes (sete a oito dias após o parto). Verificou-se que, quanto maior era a família menor era a depressão nestas mulheres, quando comparadas com mulheres de famílias nucleares. Houve, também, uma relação significativa entre os estilos de vinculação ambivalente e evitante com a depressão. Quanto ao apoio social, maiores níveis de apoio social da família associavam-se a menores níveis de depressão. Por último, constatou-se que baixos níveis de depressão na primeira semana após o parto eram previsíveis a partir de maiores níveis de apoio social da família e da rede social extensa.

O apoio social do companheiro é importante para as mulheres que foram mães recentes, como referido anteriormente e a satisfação com o apoio social mobilizado do companheiro está relacionado com os estados emocionais (van Egeren, 2004). Mais recentemente, surgiu um constructo na psicologia que é referenciado como coparentalidade (Holahan & Moos, 1991; McHale, 1995; Belsky, Crnic, & Gable, 1995; van Egeren, 2004; Jones, Forehand, Dorsey, Foster, & Brody, 2005; Caldera & Lindsey, 2006; Riina & McHale, 2012; Pudasainee-Kapri, 2012). Esta é definida por Riina e McHale (2012) como constructo multidimensional familiar que tem como objectivo a partilha da participação nos cuidados à criança. Este constructo multidimensional engloba sentimentos acerca da partilha da parentalidade, satisfação e comportamentos relativos a coparentalidade (Von Egeren, 2004; Riina & McHale, 2012).

Segundo Caldera e Lindsey (2006), as variações da coparentalidade têm impacto nas outras relações familiares, nomeadamente na relação vinculativa entre mãe-criança e pai-criança. Caldera e Lindsey, numa amostra de famílias com filhos entre os onze e os quinze meses, constataram que a responsividade da mãe estava associada com a coparentalidade. Nas várias dimensões da coparentalidade avaliadas (cooperação e competitividade), verificou-se que a competitividade dentro do casal se correlacionou negativamente com a vinculação mãe-bebé, com a vinculação pai-bebé, com a concordância entre a vinculação pai-criança e mãe-criança e com a cooperação na coparentalidade. Ou seja, quanto menor era a competitividade

entre os pais mais segura era a vinculação mãe-bebé e pai-bebé, maior a concordância entre a vinculação pai-criança e mãe-criança e maior a cooperação entre o casal. Outros estudos sobre a coparentalidade e vinculação da criança, tais como o de Brown, Schoppe-Sullivan, Mangelsdorf e Neff (2010), mostraram que a coparentalidade observada e relatada estava associada à vinculação segura da criança ao pai mas não à vinculação segura da criança à mãe. Esta conclusão não se alterou mesmo depois de se controlar a sensibilidade paterna. Além disso, percebeu-se que nas famílias com crianças do sexo masculino, a relação entre coparentalidade e a vinculação segura da crianças aos pais era uma realidade que não se observava nas famílias com crianças do sexo feminino. Para justificar esta diferença, os autores do estudo consideram que os rapazes podem receber maior apoio coparental do que as raparigas (Brown et al., 2010).

No estudo de Pudasainee-Kapri (2012) realizado com pais de crianças com três anos, observou-se que o apoio na coparentalidade está significativamente associado com um aumento do envolvimento paterno e com uma vinculação materna mais segura em vários grupos étnicos (caucasianos, afroamericanos e hispânicos). Curiosamente, a origem étnica parece moderar a relação entre o apoio na coparentalidade e o envolvimento paterno; a referida relação parece ser mais forte no contexto das famílias caucasianas do que nas famílias de outras origens étnicas.

Uma maior percepção de apoio social do tipo aconselhamento, em pais de crianças de bairros sociais, é predictora de níveis mais elevados de coparentalidade e níveis mais baixos de conflito parental (Silva, 2013). No estudo de Silva (2013), que estudou a relação entre aconselhamento parental, coparentalidade e conflito conjugal em famílias de bairros sociais de Lisboa, a cooperação parental foi predita pelo aconselhamento. Além disso, a relação entre coparentalidade e aconselhamento foi significativa, como também foi a relação entre conflito e aconselhamento. Ou seja, quanto maior o apoio social maior é a cooperação parental nos cuidados parentais e menor é o conflito parental.

Capítulo IV

Estados Emocionais Maternos

4.1. Depressão materna

4.1.1. Sintomatologia

Segundo Robertson, Celasun e Stewart (2003), Robertson, Grace, & Wallington (2004) e Camacho, Cantinelli, Ribeiro e colegas (2006), pode-se dividir e classificar, as perturbações afectivas maternas posteriores ao nascimento em depressão pós-parto, *blues* pós-parto e psicose pós-parto.

A depressão pós-parto apresenta duas características importantes; é uma doença não psicótica e começa e desenvolve-se durante o período pós-parto (DSM-IV, 2000; Berle, Aarre, Mykletun et al., 2003; Zubaran, Schumacher, Roxo et al., 2010; Costa & Reis, 2011; Lanes, Kuk, & Tamim, 2011; Glavin & Leahy-Warren, 2013).

Os sintomas e sinais de depressão pós-parto podem incluir: a) ansiedade, b) atitudes maternas negativas, c) fraca auto-eficácia parental, d) agitação e irritabilidade, e) falta de apetite, f) sensação de inutilidade ou perda, g) sensação de reclusão ou desconexão social, h) falta de prazer em todas ou quase todas as actividades, i) falta de concentração, j) falta de energia, l) problemas para executar tarefas em casa ou no trabalho, m) sentimentos negativos em relação ao bebé, n) pensamentos sobre morte e suicídio e o) insónia (DSM-IV, 2000; Lanes et al., 2011).

Estudada essencialmente a partir do enquadramento do modelo biomédico que, além disso, é o modelo dominante de base no seu tratamento, a depressão pós-parto é uma doença que tem como origem uma causa biológica e deve ser tratada com fármacos (Mauthner, 1999). Mauthner (1999) chama a nossa atenção para o facto de a maioria das investigações seguir um paradigma positivista, apoiado pelas investigações quantitativas, em detrimento das investigações qualitativas, quando se foca na compreensão da depressão pós-parto e não na experiência subjectiva da mulher que sofre com esta perturbação.

4.2.1. Epidemiologia

A depressão pós-parto apresenta, tendo em conta a maioria dos estudos, uma incidência na saúde materna que varia entre 8% a 15% (Robertson et al., 2003; Robertson et al., 2004; Costa, Pacheco, & Figueiredo, 2007; Lanes et al., 2011; Agnafors, Sydsjö, deKeyser et al., 2013). Contudo, há estudos que apontam para uma prevalência mais elevada, tal como o estudo de Rahman, Iqbal e Harrington (2003) que detectou 28% de casos numa amostra de

mulheres do Sul do Paquistão ou o estudo de Kalita (2010) que apontou para 18%.

Quanto à duração, é-nos dado verificar que pode continuar a ocorrer passados doze anos após o parto (Agnafors et al., 2013). Mães com depressão pós-parto apresentam três vezes mais probabilidade de exibirem sintomas de depressão (ao longo do ciclo materno), quando comparadas com mães sem depressão pós-parto ($p < .001$).

Segundo o "Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. 1º Relatório", coordenado por Caldas de Almeida e Xavier (2014), Portugal apresenta, juntamente com a Irlanda do Norte, a mais elevada prevalência de perturbação psiquiátrica na Europa; 22,9% dos inquiridos afirmam ter sofrido de uma perturbação mental. Entre as perturbações psiquiátricas mencionadas, salientam-se as perturbações de ansiedade (16,5%) e as perturbações de humor (7,9%). Quanto à gravidade da perturbação mental, verifica-se que mais de metade das pessoas da amostra apresentam uma gravidade moderada (50,6%), 31,9% apresentam gravidade ligeira e 17,5% da população clínica é constituída por casos graves. Quando se comparam os rácios entre géneros, verifica-se que as mulheres têm mais probabilidades de apresentar depressiva e ansiosa do que os homens.

Relativamente à depressão pós-parto, Robertson e colegas (2004) referem que ocorre em 10 a15% das mulheres que se encontram no primeiro ano de vida dos seus filhos. Na investigação de Costa, Pacheco e Figueiredo (2007), a prevalência de sintomas em mulheres portuguesas entre a primeira semana e os três meses após o parto é particularmente elevada. Na primeira semana, a sintomatologia depressiva é de 12,4% e no terceiro mês é de 13,7%. Três meses após o parto, 25% destas mulheres sinalizadas ainda apresentam depressão (Costa et al., 2007).

Já no Canadá, a prevalência da depressão pós-parto é de 17,5%, variando entre depressão pós-parto leve (8,46%) e depressão pós-parto grave (8,69%) (Lanes et al., 2011). No estudo sobre depressão pós-parto realizado por Dennis, Heaman e Vigod (2012), doze meses após o parto, a presença de sintomas de depressão foi de 8%. O mesmo se verificou no estudo de Webster, Nicholas, Velacott e colegas (2011), sendo que na décima terceira semana após o parto, os sintomas depressivos estavam particularmente associados a baixos níveis de apoio social. Para além disso, uma baixa percepção de apoio social do companheiro e da família estava associada a uma baixa percepção de qualidade de saúde e com a consciência de que podiam estar a experienciar uma depressão (75,5%) (Webster et al., 2011).

A prevalência da depressão pós-parto ocorre também em amostras clínicas de imigrantes (Lucero, Beckstrand, Callister & Birkhead (2012); a prevalência da depressão pós-parto em mulheres hispânicas imigradas nos Estados Unidos da América foi de 52,2%, tendo

ocorrido, conjuntamente, sintomas de suicídio. A história clínica de depressão, antes do período pós-parto, relacionou-se estatisticamente com a depressão pós-parto (p = .053). No seu estudo, Lucero e colegas (2012) dividiram a sua amostra em quatro grupos, com base na idade dos seus bebés: 1) 2-12 semanas, 2) 13-24 semanas, 3) 25-36 semanas e c) 37-48 semanas. A prevalência da depressão pós-parto era mais alta (60,9%) no segundo grupo mães com bebés entre 13 e 24 semanas, seguido pelo primeiro grupo (52,1%), pelo terceiro (50%) e, por fim, pelo quarto grupo (46,7%). Mesmo em mulheres de diferentes tribos africanas, a presença de depressão pós-parto observada é alta (6,1%), incluindo também pensamentos suicidas (18,4%) seis semanas após o parto (Nakku, Nakasi, & Mirembe, 2006).

Mais recentemente Furuta, Sandall, Cooper e Bick (2014) estudaram a prevalência de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, conjuntamente com outras perturbações psicológicas em mulheres que foram mãe recentemente. A prevalência de uma possível depressão pós-parto foi de 14%, verificando-se ainda a existência de sintomas de depressão. Já a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático ocorreu em 6,4%, para a dimensão Intrusão e em 8,4% para a dimensão Aversão, sendo que as dimensões em conjunto tiveram um peso de 3,5%.

Após a ocorrência dos primeiros sintomas de depressão pós-parto, esta tende a ser alta na população feminina ao longo do tempo (Zaers, Waschke, & Ehlert, 2008; Dennis et al., 2012; Lucero et al., 2012;) sendo que, seis meses após o parto, a depressão é de 14,9% (Zaers et al., 2008). Perante estes dados, pode-se concordar com Glavin e Leahy-Warren (2013) que consideram que a depressão pós-parto é um problema de saúde pública.

4.1.3. Etiologia e factores de risco

A grande maioria dos investigadores (Mauthner, 1999) refere que, na depressão pós-parto, podem encontrar-se quatro factores etiológicos principais: psicológicos (e.g., traços da personalidade, auto-estima, história psiquiátrica anterior, história familiar, atitudes para com a criança, dificuldades de autocontrolo, competências), biológicos (e.g., hormonas, outros factores biomédicos e factores genéticos), sociais (e.g., gravidez não-planeada, método de aleitamento, tipo de parto, complicações obstétricas, temperamento infantil, experiência prévia com bebés, relação conjugal, apoio social, eventos de vida negativos e estatuto laboral) e sociodemográficos (e.g., classe social, idade, educação, rendimentos e paridade). Mauthner, em 1999, afirmava que a grande maioria dos estudos são contraditórios quanto aos factores de risco, o que pode estar associado ao modelo dominante biomédico e ao recurso ao paradigma positivista. Contudo, existem factores de risco que são consistentes (Mauthner, em 1999), tais

como, dificuldades conjugais, presença anterior de história psiquiátrica e eventos negativos que ocorram durante este período - luto recente, doença, mudança de habitação e *stress* relacionado com os cuidados e educação da criança (Mauthner, 1999; Direcção-Geral de Saúde, 2006; O'Hara, 2009).

Robertson e colegas (2004), numa meta-análise sobre factores de risco na depressão pós-parto, referem que os factores mais importantes são: depressão durante a gravidez, ansiedade durante a gravidez, eventos stressantes durante a gravidez e no início do puerpério, baixo nível de apoio social e história prévia de depressão.

No estudo de Lanes e colegas (2011), o factor sociodemográfico que mais se associou com a depressão pós-parto foi o baixo rendimento familiar. A história prévia de depressão ou a toma de antidepressivos também se relacionaram com as formas ligeira e grave de depressão pós-parto. O estudo de Berle e colegas (2003) confirma esta relação, encontrando 71% de mães com este tipo de sintomatologia. Quanto à relação entre *stress* e depressão pós-parto, é estatisticamente significativa no caso da depressão pós-parto leve. Neste estudo, ainda foi possível estudar a relação entre apoio social e depressão pós-parto, observando-se uma relação estatisticamente significativa entre apoio social e depressão pós-parto grave.

Ross, Campbell, Dennis e Blackmore (2006) efectuaram uma revisão de 143 estudos sobre as características demográficas da depressão pós-parto, em investigações que estudaram os factores de risco, a prevenção e o tratamento da depressão pós-parto. Estes estudos foram realizados na sua maioria em países ocidentais (83,2%). Nestes estudos, a média das idades das mães variava entre 25 e 35 anos. Foram verificados valores mais altos de depressão nos países ocidentais em relação aos países não-ocidentais. Porém, nos dois grupos, a depressão ocorria mais em mulheres casadas ou que viviam em coabitação (88,3%). Quanto ao estatuto socioeconómico, 62,9% dos casos eram da classe média ou alta. Comparando entre amostras de países ocidentais e não ocidentais, a grande maioria das mulheres é da classe média ou alta, ocorrendo apenas em alguns estudos ocidentais relatos de associação entre depressão pós-parto e estatuto socioeconómico baixo.

Uma outra característica que tem sido verificada em alguns estudos (Nakku et al., 2006; Abbasi, Chuang, Dagher, Zhu, & Kjerulff, 2013) é o facto de a depressão pós-parto estar associada a uma gravidez não planeada. No estudo de Abbasi e colegas (2013), comparando mulheres que tiveram uma gravidez não-intencional com aquelas que tiveram gravidez intencional, a depressão pós-parto era mais frequente no contexto da gravidez não-intencional. Estes resultados de Abbasi e colegas (2013) vêm corroborar o estudo de Nakku e colegas (2006) que encontraram uma relação entre depressão pós-parto e gravidez não-

planeada.

Complementarmente ao estudo da depressão pós-parto em mães, poderá discutir-se a existência de uma condição semelhante nos pais (homens)? Segundo Serhan, Ege, Ayrancı e Kosgeroglu (2012), a depressão pós-parto ocorre também nos progenitores do sexo masculino. Num estudo sobre a prevalência da depressão pós-parto em casais turcos, esta foi de 1,8% para pais e de 9,1% para mães.

Mais recentemente Wu, Chen e Xu (2012) falam, também, da relação entre depressão pós-parto e violência doméstica. Numa meta-análise de seis estudos que investigaram esta relação, a violência doméstica emerge como um dos factores responsáveis pela depressão pós-parto. O mesmo se verificou no estudo de Dennis e colegas (2012) onde a violência surgiu associada à depressão pós-parto. Ainda, neste último estudo, a presença de outros factores de risco estava associada à depressão pós-parto, nomeadamente história prévia de depressão, baixo rendimento familiar, baixo apoio social pós-parto, eventos negativos e baixa percepção de saúde materna.

No estudo de Berle e colegas (2003), numa amostra de mulheres avaliadas pela Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo, os factores de risco de depressão pós-parto encontrados foram a história prévia de depressão (71%), a história de perturbações afectivas na família (63%) e a depressão durante a gravidez (39%).

No estudo de Abbasi e colegas (2013), a existência de história de depressão ou ansiedade durante a gravidez e a etnia hispânica ou asiática constituíam uma constelação de risco para a depressão pós-parto. A relação entre depressão pós-parto, por um lado, e depressão e ansiedade durante a gravidez, por outro lado, foi sobretudo evidente nas mulheres hispânicas, bem como, a relação entre depressão pós-parto e etnia asiática. A história anterior de depressão também foi encontrada no estudo de Serhan e colegas (2013) em mulheres turcas (9.1%) e, também, nos homens (1.8%).

Beck (2001), numa meta-análise de 84 estudos, sobre os factores de risco que conseguiriam prever a depressão pós-parto, verificou que a ansiedade pré-natal era um dos factores de risco com maior probabilidade de prever depressão pós-parto. O mesmo dado foi verificado no estudo de Zaers e colegas (2008), com uma relação estatisticamente significativa.

Rich-Edwards e colegas (2006) encontraram valores mais altos no que respeita à depressão durante a gravidez entre mães hispânicas e afro-americanas, do que em mães brancas não hispânicas. Segundo os investigadores, esta associação com a depressão pré-natal pode ser explicada pelos baixos rendimentos económicos e dificuldades financeiras e pela

gravidez não desejada. Observou-se, também, que a depressão pós-parto se encontrava relacionada com a presença de sintomas de depressão antes ou durante a gravidez.

A qualidade da relação entre o casal também é um factor de risco para a depressão pós-parto (Serhan et al., 2012); uma boa relação com o companheiro indiciava uma menor prevalência da depressão e, vice-versa, uma má relação conjugal indiciava uma maior prevalência da depressão. Mas, o que mais se destacou no estudo de Serhan e colegas (2012) foi a relação entre ansiedade e depressão pós-parto: quanto maior era a ansiedade, maior era a prevalência da depressão pós-parto. A depressão pós-parto era cinco a seis vezes mais alta em mulheres com um quadro psiquiátrico de ansiedade do que naquelas que não apresentavam esse quadro clínico. Um dos factores de risco de depressão pós-parto nos homens era o seu estatuto profissional, isto é, trabalhar ou estar desempregado; um pai desempregado era um forte candidato à depressão pós-parto, comparativamente com pais empregados por conta de outro e pais que trabalhavam por conta própria.

Segundo Buttner, Mott, Pearlstein, Stuart, Zlotnick e O'Hara (2013), a Síndroma Pré-Menstrual (SPM) e a Perturbação Disfórica Pré-Menstrual (PDPM) estão relacionadas com a depressão pós-parto, sendo, segundo estes, um factor de risco importante. Na amostra destes investigadores (mulheres que tinham dado à luz nos últimos doze meses, três factores explicavam 11% da variância estatística da depressão pós-parto: estatuto conjugal (solteira), etnia (não-branca) e escolaridade (baixas habilitações literárias). A história passada de SPM ou de PDPM juntamente com a história de depressão foi responsável por mais 2% da variância explicada.

Em Portugal, a depressão pós-parto, em puérperas, com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos, estava associada a mulheres que manifestaram patologias médicas durante a gestação, juntamente com ansiedade-traço e sintomas e sensibilidade ao *stress* (Veríssimo, 2010).

Em contextos asiáticos, os níveis mais altos de depressão foram verificados em mulheres mais velhas, quando comparados com as dos outros grupos (Kalita, 2010), assim como em mulheres com historial clínico de cirurgias e mulheres com várias gravidezes.

4.1.4. O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA)

Na depressão pós-parto, temos que ter em especial atenção a contribuição fisiológica relativamente às perturbações psiquiátricas. O sistema endócrino, nomeadamente o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), nas mulheres grávidas, devido ao aumento da hormona

libertadora de corticotrofina (HLC), sofre mudanças radicais (Corwin & Pajer, 2008; Rich-Edwards et al., 2008; O'Keane, et al. 2011). Logo após o nascimento, a produção da HLC cessa abruptamente, o que requer um reequilíbrio do eixo HPA. Estas mudanças parecem estar associadas aos *blues* pós-parto e a outras perturbações afectivas (Corwin & Pajer, 2008; Rich-Edwards et al., 2008; O'Keane, et al. 2011).

Antes de expormos a relação entre, por um lado, o eixo HPA e HLC e, por outro lado, a depressão pós-parto, vamos fazer um breve resumo sobre estas realidades endócrinas. A HLC é um peptídeo composto por 41 aminoácidos, executando várias funções: estimular a hipófise para produzir adrenocorticotrofina e regular as respostas neurovegetativas e comportamentais do *stress*. Por outras palavras, induz taquicardia, hipertensão arterial, aumentos da ansiedade e reduz o apetite e o desejo sexual (Habib, 2000; Portellano, 2005; Corwin & Pajer, 2008). Além disso, a HLC está associada à gestação (Rich-Edwards et al., 2008; O'Keane, et al. 2011). Durante a gestação, esta hormona apresenta concentrações elevadas na placenta e mantém-se assim até ao parto, pensando-se que, na espécie humana, constitui um dos detonadores do trabalho parto (O'Keane et al. 2011).

Com objectivo de verificar associações entre a HLC e depressão durante a gravidez e no período pós-parto, Rich-Edwards e colegas (2008) estudaram mulheres entre as 27 semanas de gestação (avaliando os seus níveis de HLC) e os seis meses após o parto (avaliando os seus níveis de depressão). Durante a gravidez, os níveis altos de HLC estavam associados a valores mais elevados de depressão, mas a HLC avaliada durante a gravidez não se associou com a depressão pós-parto. Contudo, a investigação de Yim, Glynn, Dunkel-Schetter, Hobel, Chicz-DeMet e Sandman (2009) veio contradizer o estudo de Rich-Edwards e colegas (2008), pois encontraram uma associação entre HLC e maior risco de depressão pós-parto, em mulheres avaliadas durante a gestação (às 15, 19, 25, 31 e 37 semanas) e, posteriormente, entre as oito e as nove semanas após o parto. Às 25 semanas de gravidez, os níveis de HLC foram um forte preditor de sintomas de depressão pós-parto.

Harris, Lovett, Newcombe, Read, Walker e Riad-Fahmy, em 1994, já tinham evidenciado a existência de relações entre os níveis de progesterona e os *blues* pós-parto. No seu estudo com primíparas, observou-se que as mulheres que desenvolviam *blues* pós-parto apresentavam níveis mais elevados de progesterona antes do parto e níveis mais baixos da mesma hormona no pós-parto, quando comparadas com mulheres que não desenvolviam aquela alteração dos estados de humor. Já os níveis de cortisol não se associaram com as perturbações do humor. De acordo com os autores, as variações dos estados de humor pós-natais estão intimamente ligadas à magnitude da diminuição da progesterona que ocorre no

pós-parto imediato.

Apesar dos resultados da investigação de Yim e colegas (2009) contradizerem os resultados do estudo de Rich-Edwards e colegas (2008), temos que ter em atenção uma pequena diferença entre estes estudos. Ambos os estudos avaliaram os níveis de HLC durante a gravidez (26-28 e 15 e as 37 semanas, respectivamente) contudo, a avaliação da depressão pós-parto foi feita num *timing* diferente; no estudo de Rich-Edwards e colegas (2008), a avaliação foi realizada aos seis meses após o parto e no estudo de Yim e colegas (2009) 8 a 9 semanas depois. Isto levanta um conjunto de questões, entre elas, será que existe a associação entre os níveis da HLC durante a gravidez e os níveis da depressão pós-parto varia consoante o momento e avaliação desta última? Outra questão é saber se às 8-9 semanas após o parto estamos perante sintomas de depressão pós-parto ou perante sintomas dos *blues* pós-parto que ocorrem devido à diminuição abrupta da HLC?

Mesmo o estudo de O'Keane e colegas (2011) que avaliaram no sangue os níveis de HLC, a hormona adrenocorticotrófica (ACTH), o cortisol, a progesterona e o estriol durante o terceiro trimestre de gravidez e um a seis dias após o parto, não ajuda a responder às nossas dúvidas. Os níveis da HLC, progesterona e estriol diminuíram drasticamente entre o terceiro trimestre e os 1-6 dias após o parto. Quanto ao *blues* pós-parto, aumentava nos primeiros dias após o parto. Para além disso, após o parto, o *blues* pós-parto associou-se positivamente com a ACTH e negativamente com o estriol e com a HLC.

Chatzicharalampous e colegas (2011) vieram aumentar a polémica relativa a esta área na medida em que, na sua amostra, a avaliação dos *blues* pós-parto e da depressão pós-parto na primeira e na sexta semana depois de terminada a gravidez não se relacionou nem com a progesterona nem com o estradiol. Mesmo a associação com a progesterona era mitigada quando se controlava a duração da gravidez. A conclusão dos autores aponta para um aumento do risco de ocorrência de *blues* pós-parto à medida que diminui o período de gestação. No entanto, estes resultados dificilmente podem ser generalizados uma vez que a ocorrência de cesarianas foi extremamente elevada fazendo suspeitar acerca da ocorrência de algum tipo de enviesamento sistemático.

Por outro lado, Hahn-Holbrook, Schetter, Arora e Hobel (2013) mostraram que o apoio social de origem familiar percebido pela grávida apresenta várias relações importantes: a) uma associação inversa com a depressão às oito semanas do pós-parto e b) uma associação com aumentos graduais da HLC entre as 29 e as 37 semanas de gestação. Além disso, aumentos rápidos da HLC durante a gravidez assumiam um papel importante na predição da depressão avaliada às oito semanas do pós-parto. Nas análises destes investigadores, as

alterações da HLC mediavam a relação entre o apoio social de origem familiar percebido pela grávida e a sintomatologia depressiva do pós-parto. Igualmente interessante seria testar a alternativa inversa, isto é, a possibilidade de ser o apoio social a mediar entre os níveis de HLC e a depressão após o parto.

Sumariamente, a depressão pós-parto é um problema de saúde pública, transversal em relação a várias culturas e em relação ao qual devemos ter especial consideração. É mais elevado em mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 35 anos, de minorias étnicas, que vivem maritalmente ou em coabitação, que possuem um estatuto socioeconómico baixo ou médio e que ocorre com mias frequência quando houve uma gravidez não planeada ou não desejada. De certa forma, é esperado que nos primeiros dias após o parto, as parturientes estejam mais susceptíveis às alterações de humor, devido ao reequilíbrio hormonal que vivenciam. Em alguns casos, o desequilíbrio e o posterior reequilíbrio hormonal poderão estar associados à vulnerabilidade das parturientes e, também, à ocorrência de depressão pós-parto.

4.1.5. Efeitos da depressão pós-parto na relação mãe-bebé

Crianças de mães que apresentam sintomas de depressão pós-parto estão em risco de desenvolverem perturbações comportamentais ao longo do seu desenvolvimento (Hay, Pawlby, Angold, Harold, & Sharp, 2003; Agnafors et al., 2013). Esta relação foi evidente na amostra de Murray, Sinclair, Cooper, Ducournau e Turner (1999) que incluía mães que tinham sofrido de depressão pós-parto e observadas cinco anos mais tarde. Nesta investigação, percebeu-se que as mães que sofreram de depressão pós-parto apresentavam maiores probabilidades de terem vivido estados depressivos durante o quarto ano de vida da criança além de apresentarem conflitos conjugais com maior frequência. Este último aspecto é de sublinhar, uma vez que as mães que vivenciavam este tipo de relacionamento apresentavam menor sensibilidade no relacionamento com a criança; como consequência, as crianças destas mães apresentavam um menor envolvimento responsivo (ouvir a mãe, responder à mãe e colaborar com a mãe) face à figura materna. A relação entre depressão materna pós-parto e a responsividade da criança aos cinco anos era mediada pelo padrão de vinculação aos dezoito meses. As descrições maternas relativas às perturbações de comportamento da criança mostravam a existência de um efeito estatístico significativo; as mães que tinham experienciado depressão pós-parto relatavam níveis significativamente mais elevados de perturbação comportamental da criança. O mesmo se passava nas descrições das mães que

relatavam a ocorrência de conflitos no subsistema parental. Finalmente, quando as crianças foram observadas em meio escolar, percebeu-se que os filhos de mães que vivenciaram depressão pós-parto se distinguiam face ao grupo controlo no âmbito das actividades lúdicas: a) os primeiros envolviam-se com maior probabilidade em actividades marcadamente físicas, b) os segundos envolviam-se com maior probabilidade em actividades criativas e c) os primeiros respondiam muito mais frequentemente de forma negativa aos convites de interacção social por parte dos pares.

Hay e colegas (2003) afirmam que a depressão pré-natal e a depressão pós-natal são factores de risco para a violência infantil e do adolescente, pois a ocorrência daqueles dois tipos de depressão foram capazes de prever comportamentos agressivos, sintomas de hiperactividade e défices de atenção. Nesta amostra, 30% das crianças eram violentas ou tinham-se envolvido em actos de violência física para com outros. Avaliada três meses após o nascimento da criança, a depressão pós-parto estava mais fortemente associada aos comportamentos violentos em rapazes do que em raparigas. Aos onze anos de idade da criança, o impacto da depressão pós-parto na violência continuava a ser estaticamente significativo. Quanto aos sintomas de hiperactividade e défice de atenção, a depressão pós-parto também tinha um impacto estatisticamente significativo. A depressão pós-parto ainda foi capaz de prever, aos onze anos, problemas de gestão da agressividade, em especial os sintomas de hiperactividade e o défice de atenção. Por último, a durabilidade da depressão pós-parto estava associada à violência infantil, sendo que quanto mais anos de depressão pós-parto se registavam maior era a violência e mais grave o tipo de actos utilizados.

Em 2008, Hay, Pawlby, Waters e Sharp, investigaram, em adolescentes, a relação entre perturbação comportamental e Quociente de Inteligência, tentando verificar se esta relação poderia ser moderada ou mediada pela existência de depressão pré-parto. No conjunto das mães recrutadas, 31% relataram sintomas de depressão pré-parto e 21% de depressão pós-parto. Entre os principais resultados, constata-se que: 1- a depressão pós-parto era um bom preditor do QI, especialmente em rapazes; 2- a depressão pós-parto não é um bom preditor da psicopatologia nos adolescentes; 3- as perturbações emocionais e as perturbações disruptivas do comportamento dos adolescentes eram previsíveis segundo a extensão da exposição à depressão materna pós-parto; 4- o efeito significativo da depressão pré-natal nas perturbações emocionais das raparigas foi explicado pela exposição à doença materna.

No estudo de Agnafors e colegas (2013), a prevalência de sintomas de depressão pós-parto aos três meses de vida do bebé foi considerada, também, um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações de comportamento das crianças aos doze anos de idade,

mais especificamente de externalização nos rapazes e de internalização em raparigas. Quando se articularam os relatos de depressão da mãe aos três meses e aos doze anos de idade da criança, a relação entre as duas variáveis mostrou-se forte tanto no que diz respeito aos problemas de internalização com relativamente aos problemas de externalização.

Como referimos anteriormente, Hahn-Holbrook e colegas (2013) afirmam que a HLC está associada com a depressão pós parto e com a idade gestacional no momento do parto. Korebrits, Ramirez, Watson, Brinkman, Bocking e Challis (1998), num estudo com mães pré-termo, os níveis elevados de HLC estavam associados à prematuridade. Vinte e quatro horas após o parto, os níveis de HLC destas mães foram superiores quando comparados com os das outras mulheres. Por isso, vários investigadores falam de uma possível relação entre os níveis de cortisol materno e o temperamento da criança (Davis et al., 2005; Glynn, Davis, Dunkel-Schetter, Chicz-Demet, Hobel, & Sandman, 2007). Além disso, na investigação de Laurent e colaboradores (2012), reuniram-se evidências de que o temperamento infantil pode ser um bom preditor das respostas de cortisol infantil em situações de *stress*. Outro estudo que mostra a relação entre cortisol, depressão pós-parto, prematuridade e qualidade da interacção mãe-bebé é o estudo de Letourneau, Watsonb, Duffett-Legerb, Hegadorenc e Tryphonopoulos (2011). Na amostra deste estudo, a prematuridade estava directamente relacionada com os níveis de cortisol da mãe. Para além disso, quanto melhor foi a interacção mãe-bebé mais baixos foram os níveis de cortisol do bebé. Por outras palavras, ser mãe de um bebé é bastante stressante, contudo se houver uma boa qualidade da interacção mãe-bebé a reactividade do bebé ao *stress* será menos acentuada.

Glynn e colegas (2007) encontraram uma associação significativa entre os níveis de cortisol materno e o temperamento infantil, nomeadamente comportamentos de medo/receio das crianças, mas apenas nas díades em que a amamentação era praticada. Ou seja, como nas díades em que não ocorria a amamentação o efeito não se observava, os autores deduzem que aquela relação resulta da circulação do cortisol materno no leite ingerido pelos bebés. Dougherty e colaboradores (2013) tentaram perceber se a psicopatologia materna e a vulnerabilidade temperamental da criança à depressão, avaliadas aos três anos, poderiam predizer o cortisol basal da criança aos seis anos de idade. Entre as conclusões mais importantes destaca-se: a) a ansiedade materna ao longo da vida era um bom preditor dos níveis mais elevados do cortisol matinal da criança; b) a afectividade temperamental negativa aos três anos de idade predizia os níveis mais elevados de cortisol nocturno da criança; c) registou-se uma interacção significativa entre a depressão materna ao longo da vida e a afectividade temperamental positiva da criança avaliadas aos três anos na predição do cortisol

matinal da criança aos seis anos.

Recentemente, Laurent e colegas (2013) demonstraram que os sintomas de depressão materna durante a gravidez estão associados a níveis baixos de cortisol na criança. O mesmo se passa relativamente à depressão vivida por pais adoptivos. Complementarmente, os níveis baixos de cortisol das crianças estavam associados a níveis mais elevados dos problemas de internalização das crianças.

4.2. Ansiedade

4.2.1 Epidemiologia

As perturbações da ansiedade consistem numa desregulação da ansiedade e têm um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos (DSM-IV, 2000). Segundo Caldas de Almeida e Xavier (2014), a perturbação de ansiedade é a perturbação psicopatológica mais prevalente na população portuguesa (16,5%), sendo as fobias específicas a perturbação mais representativa (8,6%). Para além disso, Portugal apresenta os valores mais altos de perturbação de ansiedade na Europa (num extremo está a Roménia, 4,9%, e noutro a Irlanda do Norte, 14,6%). Relativamente ao género, as mulheres, comparativamente com os homens, apresentam níveis mais elevados de ansiedade (OR = 2.89) e de depressão (OR = 2.30).

As perturbações de ansiedade, segundo o DSM-IV (2000) e Caldas de Almeida e Xavier (2014) incluem: a perturbação de pânico, a perturbação da ansiedade generalizada, a fobia social, as fobias específicas, a agorafobia sem perturbação de pânico, a perturbação de *stress* pós-traumático, a perturbação obsessivo-compulsiva, a perturbação da ansiedade de separação e qualquer outro tipo de perturbação de ansiedade.

As perturbações de ansiedade mais associadas ao parto e ao período pós-parto são a perturbação de *stress* pós-traumático (Zambaldi, Cantilino, & Sougey, 2011; Goutaudier, Séjourné, Rousset, Lami, & Chabrol, 2012), a perturbação de *stress* pós-parto (Chich-Hsiu, Chia-Ju, Stocker, & Ching-Yun, 2011; McDonald, Slade, Spiby, & Iles, 2011), a perturbação de ansiedade de separação materna (Cooklin, Giallo, D'Esposito, Crawford, & Nicholson, 2013) e a ansiedade generalizada (Simpson, Glazer, Michalski, Steiner, & Frey, 2014).

Nas investigações da saúde mental materna, o foco recai na depressão pós-parto (Miller, Pallant, & Negri, 2006). Correndo o risco de estarmos perante uma subvalorização da ansiedade e do *stress* em detrimento da depressão pós-parto, devemos afirmar que existe a possibilidade de uma comorbilidade de sintomas. O estudo longitudinal de Miller e colegas

(2006) vem ao encontro do mencionado anteriormente. Neste estudo, em que se avaliaram as mulheres seis semanas após o parto e quando o bebé tinha seis meses, 10% das mulheres primíparas apresentaram sintomas de ansiedade e *stress*, sem depressão, enquanto 13% das mães apresentaram apenas sintomas de ansiedade ou uma combinação entre ansiedade e depressão (7%).

A ansiedade surge logo no momento da alta hospitalar após o parto (Britton, 2005, 2008; Giakoumaki, Vasilaki, Lili, Skouroliakou, & Liosis, 2009). Antes da alta hospitalar, a ansiedade moderada pode ocorrer em 24,9% das mães e a ansiedade grave pode surgir em 1% dos casos (Britton, 2005). Mais recentemente, Britton (2008), numa amostra de mulheres avaliadas um mês após o parto, a ansiedade ocorreu em 58,6% da amostra, constatando-se que a ansiedade-estado foi mais elevada nesse momento de avaliação do que no momento da alta hospitalar.

Estes dados apresentados por Britton (2005, 2008) parecem ser confirmados por Giakoumaki e colegas (2009) numa amostra de mães gregas. No segundo ou terceiro dia após o parto, os sintomas de ansiedade eram manifestados por 22,9% da amostra, diminuindo para 12,6% três meses após o parto. Contudo, Giakoumaki e colegas (2009) não encontraram valores altos de ansiedade-traço como no estudo de Britton (2008). Estes investigadores gregos (Giakoumaki et al., 2009) verificaram que a ansiedade-traço, entre o segundo e o terceiro dia após o parto, estava presente em 24,6% dos casos e um mês depois a sua incidência reduzia-se para 14,3%. Estes dados indicam que nos dias imediatos após o parto e no período pós-parto o fenómeno ansioso deve ser considerado como adaptativo. Os sintomas de ansiedade materna também se correlacionaram com sintomas de depressão, com o facto de se tratar de um primeiro filho, com a admissão do bebé nos cuidados neonatais intensivos e com as experiências negativas do parto. Outra conclusão interessante é a associação entre ansiedade-traço materna e a situação conjugal, onde se reparou que as mulheres não casadas apresentavam uma maior predisposição para a vivência dos estados ansiosos.

O estudo de Paul, Downs, Schaefer, Beiler e Weisman (2013), foi realizado com uma amostra de mães entrevistadas durante o internamento hospitalar, bem como às duas semanas, aos dois meses e aos seis meses após o parto, sobre ansiedade, amamentação, depressão e tipo de cuidados de saúde utilizados. No primeiro momento de avaliação, a ansiedade ocorreu em 17,1% das mulheres, enquanto a depressão se manifestou em 5,5% das inquiridas. Relacionando as diversas variáveis em causa, percebeu-se que a primiparidade está associada aos valores clínicos de ansiedade mas não aos valores clínicos de depressão. Além disso, os valores clínicos de ansiedade estavam relacionados com o parto por cesariana, duração

reduzida da amamentação e com o uso materno não planeado dos recursos de saúde nas duas semanas após o parto. Em todos os momentos de avaliação, os valores clínicos da ansiedade eram mais frequentes do que os valores clínicos da depressão.

Outro estudo que reporta ansiedade no período pré e pós parto foi a investigação de van Bussel, Spitz e Demyttenaere (2009). Em mulheres avaliadas durante a gravidez e após o parto no que respeita a ansiedade, orientação face à gravidez, traços de personalidade, estilos comportamentais e cognitivos e estilos vinculativos, verificou-se que a ansiedade generalizada e a ansiedade relacionada com a gravidez aumentavam entre os dois momentos de avaliação. No período pós-parto, os níveis de ansiedade generalizada diminuíram substancialmente. Quanto à relação entre ansiedade e traços de personalidade, a ansiedade elevada era melhor explicada pelo neuroticismo materno. Porém, as mães que apresentavam traços de neuroticismo e uma orientação face à gravidez do tipo regulador, tendiam a manifestar níveis mais elevados de ansiedade na gravidez. Enquanto isso, uma orientação face à gravidez de tipo facilitador em mães com neuroticismo explicava a ansiedade de separação materna entre a vigésima e a vigésima quinta semana após o parto.

Como se referiu anteriormente, *stress* e ansiedade são frequentes nas mulheres grávidas e nas mães. Ao longo do ciclo materno, os níveis elevados de ansiedade e de *stress* são uma preocupação para as próprias mulheres e para a saúde pública. Estas perturbações podem prevalecer no período imediato ao parto. Mas será que a ansiedade e o *stress* apresentam prevalências semelhantes à da depressão pós-parto durante o ciclo vital materno? Para responder a esta questão, podemos recorrer ao trabalho de DiPietro, Costigan e Sipsma (2008), no qual a ansiedade foi avaliada entre a vigésima oitava e a trigésima nona semana de gestação, juntamente com a depressão. No primeiro momento de avaliação, a associação entre ansiedade-estado e ansiedade-traço foi nitidamente significativa, enquanto a associação entre humor e ansiedade-estado se situou na fronteira da significância. Ao longo do período que medeia entre a gravidez e os vinte e quatro meses após o parto, a ansiedade estado diminuiu nestas mulheres, mas o mesmo não aconteceu na ansiedade-traço. Isto era especialmente visível em mulheres primíparas, quando comparadas com mulheres multíparas.

Em comunidades rurais e não ocidentais de países mais pobres, como no Bangladesh, as preocupações maternas estavam relacionadas com a pobreza, insegurança e saúde, que por sua vez, estavam associadas com a ansiedade materna, com a fragilidade mental da mãe e com a debilitação do estado de saúde (Edhborg, Nasreen, & Kabir, 2015). Estas mães das comunidades rurais do Bangladesh relataram frequentemente experiências negativas na gravidez e no parto.

4.2.2. Factores de risco

Os factores de risco relativos à ansiedade no período pós-parto são concomitantes com os factores de risco de depressão pós-parto. O facto de a mãe ser jovem, ter baixa escolaridade, possuir baixos rendimentos, ser solteira (Britton, 2005; Chich-Hsiu et al., 2011), ter história prévia de perturbação psiquiátrica, ser originária de uma família com historial psiquiátrico (Lefkowitz et al., 2010; Zimbaldi et al., 2011), possuir saúde física debilitada (Zimbaldi et al., 2011), ter preferência pelo sexo do bebé (Chich-Hsiu et al., 2011), praticar o aleitamento artificial (Chich-Hsiu et al., 2011), amamentação reduzida no tempo (Paul, Downs, Schaefer, Beiler, & Weisman, 2013), raça/etnia (Lau, et al, 2007) e o internamento do bebé em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (Airosa & Silva, 2013; Busse, Stromgren, Thorngate, & Thomas, 2013) são factores associados à ansiedade durante o período pós-parto.

Concretamente, no estudo de Britton (2005), a ansiedade foi mais alta em mulheres solteiras ou divorciadas do que em mulheres casadas, em primíparas do que multíparas, em mães de rapazes do que em mães de raparigas, com história de duas ou mais semanas de episódios de depressão do que em mães sem essa experiência e com história de depressão, quando comparadas com mães que nunca tiveram esse diagnóstico. Noutra amostra investigada pelo mesmo autor (Britton, 2008), um mês após o parto, a ansiedade-traço relacionou-se mais com as mães que apresentaram habilitações literárias superiores, com a história de depressão, com a percepção do *stress* perinatal e com a ansiedade–traço no momento da alta. Em relação à ansiedade, os melhores predictores foram as habilitações literárias, a ansiedade-traço, a história de depressão e a percepção do *stress* no momento da alta.

A raça e a etnicidade das mães estão relacionadas com a ansiedade (Lau et al., 2007). Mães de crianças afro-americanas, hospitalizadas numa Unidade de Cuidados Neonatais, apresentavam índices de ansiedade menores do que mães de bebés brancos e hispânicos. Segundo os investigadores (Lau et al., 2007), a explicação está nos valores do efeito da desejabilidade social, no qual as mães caucasianas apresentaram valores mais baixos.

Mas a ansiedade parental não é apenas sentida nos contextos de cuidados intensivos/clínicos; a ansiedade, assim como o *stress* e a depressão, podem ocorrer no período pós-natal (Airosa & Silva, 2013). Numa amostra de pais portugueses, os resultados indicam uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada, entre apoio social e o total

de indicadores de ansiedade, depressão e *stress*; valores mais baixos de ansiedade, depressão e *stress* estavam associados a uma maior satisfação com o apoio social.

Segundo Paul e colegas (2013), o tipo de parto pode estar relacionado com os níveis de ansiedade e depressão. Por exemplo, no parto por cesariana, a ansiedade e a depressão ocorriam em 22% e 15% dos casos, respectivamente. Ao longo do tempo, verificou-se que nos primeiros seis meses a redução da amamentação estava associada à ansiedade. Para além disso, existiam indícios de que a depressão poderia estar, também, associada à redução da amamentação, especialmente, quando se tratava de um primeiro filho. Mas, o que mais se salientou neste estudo é que, ao longo do tempo, a ansiedade pós-natal diminuiu significativamente. Contudo, as mulheres que apresentavam ansiedade no período imediato após o parto mantinham os mesmos níveis de ansiedade ao longo do tempo.

4.2.3. Efeitos da ansiedade na relação mãe-bebé

Como foi referido anteriormente, a depressão pós-parto possui consequências graves no desenvolvimento sócio-emocional da criança. E isso parece, também, ser verdade para a ansiedade e para o *stress* nos problemas de externalização infantil (Piche, Bergeron, Cyr, & Berthiaume, 2011), mas também no défice de atenção (Van Batenburg-Eddes et al., 2013), na vinculação infantil (Ispa, Sable, Porter & Csizmadia, 2007) e no desenvolvimento cognitivo da criança (Davis & Sandman, 2010; Keim, Daniels, Dole, Herring, Siega-Riz, & Scheidt, 2011).

Ansiedade, ansiedade-traço, *stress* (Davis & Sandman, 2010; Keim, 2011) e sintomas de depressão (Keim, 2011) podem ter um efeito negativo e positivo no desenvolvimento cognitivo da criança (Davis & Sandman, 2010; Keim, 2011) dependendo do momento da gravidez em que os sintomas ocorrem (Davis & Sandman, 2010), especialmente no desenvolvimento motor e na linguagem (Keim, 2011) e, ainda, no desenvolvimento mental (Davis & Sandman, 2010).

O estudo de Keim e colegas (2011) envolveu díades mãe-bebé, nas quais se avaliou a ansiedade e a depressão durante a gravidez e, quatro meses após o parto, avaliou-se o *stress* e a depressão. Quanto ao desenvolvimento cognitivo das crianças, foi alvo de avaliação aos doze meses de idade. O desenvolvimento cognitivo estava associado com a ansiedade materna, percebendo-se que quanto maior a ansiedade materna mais pobre era o desenvolvimento cognitivo da criança. Quanto ao *stress* pós-parto, este encontrava-se associado positivamente com desenvolvimento da linguagem expressiva e com a cognição

geral da criança; isto é, o *stress* materno no período pós-parto parecia ter um efeito acelerador da linguagem e do desenvolvimento cognitivo, enquanto a ansiedade materna teve um efeito negativo no desenvolvimento cognitivo.

O trabalho de Keim e colegas (2011) vem confirmar alguns dados encontrados por DiPietro, Novak, Costigan, Atella e Reusing (2006). No trabalho destes últimos autores, o desenvolvimento motor das crianças aos vinte e quatro meses de idade estava positivamente associado às avaliações maternas de ansiedade, de *stress* não específico e dos sintomas de depressão materna às vinte e quatro, vinte e oito e trinta e duas semanas de gravidez. Enquanto isso, as avaliações pré-natais de ansiedade e de depressão estavam positivamente relacionadas com o desenvolvimento mental das crianças. Na opinião dos autores, estes resultados traduzem a possibilidade de níveis ligeiros ou médios de preocupação psicológica poderem desempenhar um papel adaptativo, nomeadamente, através da estimulação da maturação fetal em populações saudáveis.

Avaliando, durante a gravidez, o estado psicológico materno (ansiedade, depressão e *stress*) e os níveis de cortisol salivar materno em cinco momentos entre as 15 e as 36 semanas de gestação, Davis e Sandman (2010) verificaram que a exposição a concentrações elevadas de cortisol no início da gestação estava associada a um desenvolvimento infantil mais lento durante o primeiro ano de vida bem como a níveis de desenvolvimento mental mais baixos aos doze meses de idade. Pelo contrário, a exposição a níveis elevados de cortisol materno mostraram-se associados a um melhor desenvolvimento cognitivo aos doze meses de idade. Quanto à ansiedade pré-natal e especificamente relacionada com a gravidez e avaliada precocemente na gestação encontrava-se associada com um desenvolvimento mental infantil mais lento aos doze meses de idade. Estes dados fazem pensar que as vivências maternas ao longo da gestação podem induzir resultados específicos e nem sempre coincidentes. Por exemplo, a conjunção do aumento do cortisol materno e da ansiedade materna nas primeiras semanas de gestação parecem induzir uma maturação fetal demasiado precoce a qual, em termos de desenvolvimento, acaba por ser negativa. De forma oposta, a exposição tardia aos incrementos do cortisol materno parece desempenhar um papel maturativo no momento adequado, traduzindo-se, durante a vida pós-natal, num desenvolvimento mais harmonioso.

Ispa e colegas (2007) afirmam que quanto maior é a aceitação materna durante a gravidez, mais segura será a vinculação da criança (Ispa et al., 2007). Estes autores realizaram uma investigação junto de uma amostra de mulheres afro-americanas jovens, com baixos rendimentos e primíparas. Nesta amostra, a aceitação materna da gravidez era um bom preditor da vinculação segura das crianças. Esta qualidade estatística mantinha-se mesmo

depois de controladas variáveis como a escolaridade das mães, o estatuto da gravidez, as emoções maternas negativas e o temperamento difícil das crianças.

Van Batenburg-Eddes e colegas (2013) tentaram relacionar a ansiedade e a depressão parentais durante a gestação e o défice de atenção na criança. Nesta investigação realizada com duas coortes, os sintomas maternos de depressão e de ansiedade pré-natal mostraram-se associados a um maior risco de problemas no défice de atenção das crianças. Quanto ao pai, apenas na coorte inglesa os sintomas de depressão pré-natal estevam associados a problemas de défice de atenção. No entanto, após ser controlado o efeito devido à ansiedade e à depressão materna após o parto, as relações iniciais deixaram de ser significativas. Tal sugere que, em muitas investigações, é necessário filtrar as conclusões relacionadas com possíveis impactos intra-uterinos tendo em conta a possibilidade de influências pós-parto poderem assumir um protagonismo mais forte nestas matérias.

Buss, Davis, Hobel e Sandman (2011) efectuaram um estudo sobre ansiedade materna durante a gravidez (às 15, 19, 25, 31 e 37 semanas) e a sua relação com as funções executivas das crianças entre os seis e os nove anos de idade. Níveis elevados de ansiedade específica relacionada com a gravidez associaram-se a um menor controlo inibitório nas meninas, bem como com um menor desempenho da memória de trabalho visuo-espacial tanto em rapazes como em raparigas. Níveis elevados de ansiedade e de depressão materna também se associavam com o desempenho mais fraco da memória de trabalho visuo-espacial, efeito que deixava de se observar depois de controlado o impacto da ansiedade específica relacionada com a gestação. Já, anteriormente, Buss, Davis, Muftuler, Head e Sandman (2010) tinham observado que a ansiedade elevada às dezanove semanas de gestação estava associada com decréscimos do volume da matéria cinzenta do córtex cerebral das crianças aos seis e aos nove anos. Mais concretamente, este efeito era visível no córtex pré-frontal, no córtex pré-motor, nos lobos temporais médio e temporal lateral, no giro pós-central, no cerebelo expandindo-se para os giros occipital médio e fusiforme. Importante foi o facto de, às 25 e às 36 semanas de gestação, a ansiedade materna elevada não ser preditiva das reduções do volume da matéria cinzenta. Quer dizer, mais uma vez, é possível que a ansiedade materna na gestação tenha um papel adaptativo nos meados e no fim da gravidez; aquilo que de facto é preocupante são os níveis ansiogénicos mais iniciais.

Piche e colegas (2011) afirmam que a ansiedade e o *stress* materno estão relacionados com a externalização de comportamentos nas crianças aos seis e aos onze anos. As investigações de McDonald e colegas (2011) e de Cooklin e colegas (2013) parecem apoiar

esta relação entre, por um lado, ansiedade e *stress* materno e, por outro lado, externalização infantil.

Na investigação de Piche e colegas (2011), os sintomas de internalização em crianças entre os seis e os onze anos de idade, foram preditos por variáveis como a avaliação da ansiedade e da depressão ao longo da vida das mães, a idade da criança, os cuidados da mãe, os comportamentos maternos punitivos e o apoio social parental. Os autores concluíram pela utilidade do rastreio precoce dos sintomas de internalização nas crianças com mães afectadas por problemáticas do tipo ansioso e depressivo.

Este trabalho de Piche e colegas (2011) parece ser único na tentativa de associar *stress* e ansiedade materna com problemas de internalização infantil. No entanto, deve-se ter atenção quanto a alguns aspectos deste estudo: 1) uma parte desta amostra eram crianças adoptadas e 2) algumas crianças foram vítimas de abusos físicos/sexuais. Para além disso, a maior parte dos estudos reportam que ansiedade e *stress* pré-natal é que estão associados a problemas de comportamento do tipo externalização (Van den Bergh & Marcoen, 2004; Sharp, Hill, Hellier, & Pickles, 2014), tal como a perturbação de hiperactividade e défice de atenção (Van den Bergh. & Marcoen, 2004), enquanto a depressão materna avaliada aos três meses e aos doze anos após o parto parece ser responsável tanto por problemas de internalização como de externalização da criança (Agnafors et al., 2013) e a depressão aos seis meses do pós-parto está associada aos problemas de comportamento da criança aos dois anos de idade (Avan, Richter, Ramchandani, Norris, & Stein, 2010). Muito particularmente, no estudo de Hay e colaboradores (2003), verificou-se que o comportamento violento da criança aos onze anos é previsível com base na depressão materna aos três meses do pós-parto, mesmo depois de controladas variáveis como depressão durante a gravidez, história de depressão materna e características da família. Complementarmente, a violência aos onze anos de idade associava-se a problemas de hiperactividade e déficit de atenção bem como a dificuldades de gestão da agressividade.

A ansiedade materna de separação, quando em níveis elevados, está associada com comportamentos maternos de hiperprotecção e com um fraco funcionamento sociemocional avaliado entre os dois e os três anos de idade da criança (Cooklin, D'Esposito, Crawford, & Nicholson, 2013). Este estudo de Cooklin e colegas (2013) vem confirmar os estudos clássicos sobre ansiedade materna de separação e estados emocionais infantis (Hock, McBride, & Gnezda, 1989; Hock & Schirtzinger, 1992; Hock, Schirtzinger, & Lutz, 1992; Hsu, 2004; Hsu & Sung, 2008).

Hock e os seus colaboradores (Hock et al., 1989; Hock & Schirtzinger, 1992; Hock et al., 1992) já tinham chamado a atenção dos investigadores sobre a relação existente entre a ansiedade de separação materna e os estados emocionais infantis. Por exemplo, filhos de mães com ansiedade de separação elevada apresentavam, aos seis anos, valores elevados de depressão e ansiedade. Além disso, a ansiedade de separação materna estava associada a valores elevados de desajustamento materno. Hock e colegas (1989) sugerem que a ansiedade de separação tem uma natureza transcontextual. Isto é, dependendo do contexto, a ansiedade materna de separação pode ter uma maior ou menor activação.

Quanto a Hsu (2004) e Hsu e Sung (2008), nos seus estudos, a ansiedade de separação era moldada por quatro factores em conjunto (Hsu, 2004), isto é, por características psicológicas da mãe, fontes contextuais de apoio, fontes contextuais de *stress* e características temperamentais da criança.

Quanto ao estudo de Hsu e Sung (2008) que estudou mães com bebés de três meses de idade, os aspectos do bebé que mais contribuíram para a ansiedade de separação materna eram a frequência do olhar do bebé, uma maior afectividade negativa e uma menor afectividade positiva durante o episódio *Still-Face* do paradigma *Face-to-Face-Stil-Face*. Para além disso, a ansiedade de separação materna apresentou uma relação inversa com a auto-eficácia parental, isto é, quanto mais baixa a auto-eficácia parental mais elevada era a ansiedade de separação materna.

Quando a criança inicia a sua vida com o estatuto de bebé prematuro existe a possibilidade de haver uma elevada ansiedade infantil e esta poderá estar ligada ao estilo parental intrusivo e a uma elevada ansiedade materna. Em simultâneo, as mães de bebés prematuros apresentam-se particularmente activas durante a interacção com os seus bebés (Wijnroks, 1999).

A relação entre a ansiedade materna e a interacção mãe-bebé merece ser estudada de forma cautelosa. Schmücker, Brisch, Köhntop, Betzler, Österle, Pohlandt e colaboradores (2005) detectaram que as interacções em díades de pré-termo (três meses de idade do bebé) são mais pronunciadas do ponto de vista vocal do que as interacções nas díades de termo, ocorrendo o contrário do ponto de vista facial. Concomitantemente, a reactividade facial dos bebés pré-termo em interacção com as suas mães associava-se negativamente com a ansiedade materna. Mais do que isso, quando o risco neurobiológico da criança desempenhava um papel na relação em causa, constatava-se que o relacionamento entre ansiedade materna e interacção mãe-bebé era mais forte.

Já nas investigações de Scher e Blumberg (1999), Scher e Mayseless (2000), Goldberg, Lucas-Thompson, Germo, Keller, Davis e Sandman (2013), a ansiedade materna de separação encontrava-se associada aos padrões biocomportamentais do sono dos bebés no primeiro ano de vida. Esta relação, também, foi encontrada no estudo de Weinraub, Bender, Friedman, Susman, Knoke, Bradley e colegas (2012) mas, neste caso, nos primeiros três anos de vida do bebé. Esta relação entre ansiedade materna de separação e alterações do sono do bebé (Scher & Blumberg, 1999; Scher, 2008) parece ser mais bem explicada quando é articulada com o tipo de orientação materna; as mães com orientação facilitadora ou com orientação reguladora apresentam níveis mais elevados de ansiedade materna de separação do que as mães reciprocadoras e, provavelmente, as facilitadoras e as reguladoras introduzem a sua problemática de orientação materna durante a organização das rotinas de sono dos seus bebés.

4.3. *Stress*

4.3.1. Epidemiologia

Segundo Zimbaldi e colegas (2011), a perturbação pós *stress* traumático (PPST), no período pós-parto, apresenta uma prevalência de 1% a 6% na população brasileira. Na sua amostra de mães brasileiras, entre as duas e as vinte e seis semanas após o parto, ainda havia 2.3% de mulheres que cumpriam os critérios para perturbação psiquiátrica. Estas conclusões de Zimbaldi e colegas (2011) já tinham sido averiguadas por Ayers e Pickering (2001), numa amostra de mulheres avaliadas no último trimestre da gravidez e às seis semanas e aos seis meses após o parto. Na sua amostra, às seis semanas após o parto, a prevalência da PPST foi de 2.8% e, aos seis meses após o parto, foi de 1.5%. Apesar de haver um decréscimo dos sintomas de PPST entre as seis semanas e os seis meses, Ayers e Pickering (2001) afirmam que os sintomas desta perturbação originam uma grande vulnerabilidade nas mulheres facilitando o desenvolvimento crónico desta condição.

Investigadores como Goutaudier e colegas (2012) levantam a hipótese de a prevalência da PPST no período pós-parto estar ligada às emoções negativas, às dores no parto e à dissociação perinatal. Na sua amostra de mães francesas, PPST teve uma prevalência de 6.1% seis semanas após o parto. A dor no parto e as emoções negativas foram os factores que melhor explicaram a PPST às seis semanas.

Mas, se a dor no parto e as emoções negativas estão associadas à PPST (Goutaudier et al., 2012), o facto de se ter um bebé numa Unidade de Cuidados Intensivos é, por si só, um enorme factor de ansiedade e *stress*, tanto para as mães como para os pais (Lefkowitz, Baxt, & Evans, 2010). Nestes contextos clínicos, a PPST apresenta uma prevalência mais elevada. Trinta dias após o parto, a PPST teve uma prevalência de 15% nas mães e 8% nos pais. O *stress* actual estava, ainda, relacionado com a PPST, aos três e aos cinco dias após o parto. Para além disso, a PPST associava-se com história de perturbação depressiva na família e história de ansiedade na família. Aos trinta dias do pós-parto, a PPST correlacionou-se com a depressão pós-parto (Lefkowitz et al., 2010).

Mesmo nas mulheres do subcontinente indiano, o *stress* pós-parto apresenta uma incidência de 15% (Kalita, 2010). Chich-Hsiu e colegas (2011), decidiram estudar os níveis de *stress* em mulheres tailandesas, seis semanas após o parto, tendo observado uma prevalência elevada. Contudo, nas mães tailandesas, os factores associados ao *stress* parecem não serem iguais aos factores observados em mães ocidentais, pois, com maior peso, destacaram-se as dores, as preocupações com o corpo, as alterações corporais, as perturbações de sono, as preocupações com a saúde do bebé, a imprevisibilidade do bebé, a (des)regulação do sono do bebé e a forma da cabeça do bebé (devido à sua posição durante o sono).

Um aspecto importante das investigações que têm sido apresentadas (e.g., Lefkowitz et al., 2010; Goutaudier et al., 2012) é que a PPST é constante no tempo, mais exactamente quando está associada a história prévia de psicopatologia e a depressão (Zaers, Waschke, & Ehlert, 2008). Mesmo passados seis meses após o parto, os valores de PPST atingem 14.9% (Zaers, et al., 2008).

Dito de outra forma, mães que apresentam sintomas de PPST no último trimestre de gravidez e no período imediato ao parto podem apresentar sintomas de PPST anos mais tarde. No estudo de Zaers e colegas (2008), o que melhor predizia a presença de PPST às seis semanas do pós-parto era a ansiedade no fim da gravidez. Este último aspecto predizia também a depressão pós-parto. Outros factores, como os sintomas psiquiátricos no fim da gravidez, os eventos críticos de vida e a experiência do parto também desempenharam um papel significativo na explicação da PPST.

4.3.2. Factores de risco

Os factores de risco associados ao *stress* e à ansiedade no período pós-parto são concomitantes com os factores de risco da depressão pós-parto (Britton, 2005; Chich-Hsiu et

al., 2011; Grekin & O'Hara, 2014; Cohen, Ansara, Schei, Stuckless, & Stewart, 2004). O facto de se ser mãe jovem, a baixa escolaridade, os baixos rendimentos, o celibato (Britton, 2005; Chich-Hsiu et al., 2011), a história prévia de perturbação psiquiátrica materna ou familiar (Lefkowitz et al., 2010; Zimbaldi et al., 2011), a pior saúde física (Zimbaldi et al., 2011; Cohen, et al., 2004), a preferência por um bebé do sexo masculino (Chich-Hsiu et al., 2011), a prática do aleitamento artificial, o tempo de amamentação reduzido (Chich-Hsiu et al., 2011; Paul, Downs, Schaefer, Beiler, & Weisman, 2013), a origem étnica (Lau, et al, 2007) e o facto de o bebé ter estado numa Unidade de Cuidados Intensivos (Airosa & Silva, 2013; Busse, et al., 2013), são factores associados ao *stress* e à ansiedade, durante o período pós-parto.

Numa meta-análise mais recente sobre factores de risco na PPST, Grekin e O'Hara (2014) verificaram que esta perturbação ocorria em 3.1% na população e que, numa amostra de risco, a prevalência atingia 15.7%. Os factores de risco para a PPST, na população em geral, eram a existência de depressão, as experiências negativas no parto e a existência de história de psicopatologia. Enquanto isso, nas amostras de alto risco, a PPST estava associada com a depressão materna e com as complicações de saúde da criança.

Já Stramrood, Paarlberg, Huis in 'T Veld, Berger, Vingerhoets, Schultz Willibrord e colegas (2011) e Stramrood, Huis in 'T Veld, Van Pampus, Berger, Vingerhoets, Schultz Willibrord e colegas (2010), numa amostra holandesa, observaram que a PPST ocorreu em 1.2% das mulheres, mas nos casos em que houve uma cesariana não planeada, a incidência de PPST era de 9.1%. Para além de a PPST estar associada a uma cesariana não planeada, também se correlacionou com um baixo sentido de coerência e com dores intensas. Quando não existiam complicações no parto, os sintomas de PPST desapareciam com o tempo.

Zimbaldi e colegas (2011), na sua amostra de mulheres brasileiras, encontraram que vários factores se associavam à PPST, entre eles trauma infantil, assalto, violência sexual e parto traumático. Contudo, o que mais se correlacionou com a PST foi o baixo poder de compra, a história prévia de perturbação psiquiátrica, os problemas de saúde das mães e os problemas de saúde das crianças.

Noutros estudos, a PPST foi mais bem prevista pela combinação de dor no parto e emoções negativas (Goutaudier et al., 2012), assim como pela existência de outros factores, como a história familiar de depressão e ansiedade (Lefkowitz et al., 2010), numa amostra de em que ambos os pais foram avaliados. O estatuto socioeconómico e o número de eventos traumáticos relatados correlacionaram-se com a existência de PPST numa amostra americana (Rauch, Defever, Oetting, Graham-Bermann, & Seng, 2013). As mães com maiores níveis de *stress* parental reportavam menor optimismo. Enquanto isso, mães com maior optimismo

descreveram a utilização de estratégias de *coping* mais activas, menor somatização e menor envolvimento nos mecanismos de coging de evitação.

Porém, Cohen e colegas (2004) afirmam que apenas a história de depressão e as experiências negativas da vida explicam a PPST. Já, na amostra de Zaers e colegas (2008), o que melhor explicava a presença de PPST, e também de depressão, era a existência de ansiedade no fim da gravidez.

Na amostra tailandesa de Chich-Hsiu e colegas (2011), as mulheres casadas apresentavam níveis mais baixos de *stress*. Já o *stress* pós-parto nas mulheres que trabalharam durante a gravidez e nas que tiveram problemas durante a gravidez, foi mais alto, comparativamente com as outras mulheres. Verificou-se, também, que ocorreram diferenças nos níveis médios de *stress* em função da escolaridade, da preferência pelo sexo do bebé, do método de alimentação do bebé e do número de filhos. Estes dados indicam que, na sociedade tailandesa, as mulheres com um grau médio de escolaridade, com preferência por bebés do sexo masculino, que amamentam ou recorriam a alimentação mista e que apenas tinham um filho, apresentavam valores médios de *stress* mais altos que as outras mulheres.

Um dos factores antecedentes da ansiedade parental nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é o *stress* parental. Na amostra do estudo de Busse e colegas (2013), com trinta pais de bebés que se encontravam em UCIN, o *stress* parental estava relacionado com a ansiedade e também com a inclusão da criança na família. Para além da ansiedade, o *stress* parental também influenciava a depressão e as perturbações de sono.

Não só o *stress* parental ocorre na UCIN mas, também, a PPST e os seus sintomas, como no caso da investigação de Hoedjes, Berks, Vogel, Franx, Visser, Duvekot e colegas (2011). Nesse estudo, constatou-se que a admissão do bebé numa UCIN estava associada a PPST e aos seus sintomas. Na investigação de Hoedjes e colegas (2011), outros factores também se correlacionaram-se com a PPST e os seus sintomas, nomeadamente pré-eclâmpsia (PE) grave, cesariana, baixa idade gestacional, baixo peso ao nascimento e, em alguns casos, morte perinatal.

A associação entre PPST e PE foi, igualmente, constatada na investigação de Stramrood, Wessel, Doornbos, Aarnoudse, van den Berg, Schultz e colegas (2011). Para além da PE, o rompimento prematuro das membranas também estava relacionado com a PPST materna no período imediato após o parto. Comparando com uma amostra de mães normotensas, algumas mães com PE apresentavam sintomas de PPST aos quinze meses após o parto. Esta relação, entre PPST, PE e rompimento prematuro da bolsa de águas era ainda mais forte se houvesse risco materno de saúde mental.

Ambos os estudos de Hoedjes e colegas (2011) e de Stramrood e colegas (2011) endossam a investigação de Engelhard, van Rij, Boullart, Ekhart, Spaanderman, van den Hout e colegas (2002). No seu estudo exploratório (Engelhard et al.,2002), a relação entre PPST e PE foi evidente. Para além disso, a PE predispõe à PPST não só nas mães como nos seus parceiros. Naqueles parceiros que apresentavam PPST, os sintomas estavam associados com algumas características psicológicas dos pais, especialmente, dissociação peri-traumática, interpretação negativa dos sintomas e supressão de pensamentos.

Partindo dos resultados acerca da PPST nos parceiros após a ocorrência de PE obtidos por Engelhard e colegas (2002), Stramrood, Doornbos, Wessel, Geenen, Aarnoudse, Berg e colegas (2013), investigaram a relação entre, por um lado, PE e ruptura prematura das membranas e, por outro lado, a ocorrência de PPST e de depressão nos homens. Os sintomas de PPST e de depressão ocorreram tanto nos homens cujas mulheres sofreram daquelas condições como nos homens do grupo controlo. Além disso, a idade paterna associava-se com a PPST e com a depressão após o parto nos homens. Os sintomas de PPST e de depressão durante a gestação prediziam a ocorrência de PPST após o parto.

Se a pré-eclâmpsia e o rompimento prematuro das membranas constituem situações clínicas que podem implicar experiências negativas e stressantes, a experiência de ser mãe de um ou de vários bebés prematuros está relacionada com o *stress* parental ao longo dos primeiros quatro meses de vida. Altos valores de *stress* parental foram verificados na amostra de mães de bebés prematuros de Spinelli, Poehlmann e Bolt (2013), bem como, em mães de múltiplos bebés prematuros, de crianças com risco médico mais elevado, de bebés prematuros com pouco tempo de hospitalização e, também, em mães com baixa escolaridade e com sintomas de depressão. Contudo, mães com apenas um bebé prematuro e mães com escolaridade mais elevada apresentaram maiores sintomas de PPST do que as mães com vários bebés prematuros e com fraca escolaridade. Nestes dois últimos grupos, o *stress* parental diminuía com o tempo. Contudo, Lutz, Burnson, Hane, Samuelson, Maleck e Poehlmann (2012) já tinham averiguado que mães de múltiplos bebés prematuros apresentavam maiores sintomas de *stress* parental.

Os dados verificados no estudo de Spinelli e colegas (2013) e de Lutz e colegas (2012) vêem parcialmente apoiar os dados encontrados por Candelaria, O'Connell e Teti (2006) que apenas descobriram que o *stress* parental se associava ao risco psicológico acumulativo em mães afro-americanas de bebés prematuros. Porém, o risco médico do bebé não se relacionou com o *stress* parental.

Mais recentemente, Holditch-Davis, Miles, Weaver, Black, Beeber, Thoyre e colegas (2009) confirmam os dados de Candelaria e colegas (2006) numa amostra de mães afro-americanas de bebés prematuros. Na investigação destes autores, mães que apresentaram valores altos de *stress* parental já tinham mostrado elevado *stress* na UCIN. Para além disso, o grupo de mães com os valores mais altos de sintomas de depressão, ansiedade e valores moderados de *stress* na UCIN apresentava, mais tarde, sintomas de PPST, sendo que quanto pior era a saúde física do bebé mais altos eram os níveis de *stress* parental. Estas mães com valores elevados de *stress* parental e bebés com piores indicadores de saúde eram aquelas que tinham as habilitações literárias mais baixas. Holditch-Davis e colegas (2009) chegaram às mesmas conclusões que Ayers e Pickering (2001) e que McDonald, Slade, Spiby e Iles (2011), isto é, tal como PPST, o *stress* parental apresenta um carácter crónico aos vinte e quatro meses de vida do bebé.

Apesar de um pequeno mas significativo número de mães experienciarem PPST após parto, segundo McDonald e colegas (2011), muito pouco se sabe sobre os efeitos desta perturbação nos filhos destas mulheres durante os dois primeiros anos de vida da criança.

4.3.3. Efeitos do stress na relação mãe-bebé

Mães que apresentam sinais de PPST percepcionam (Davies, Slade, Wright, & Stewart, 2008), às seis semanas após o parto, que os seus bebés são menos calorosos, mais invasivos, com um temperamento mais difícil e sendo mais difíceis de acalmar, quando comparadas com mães sem sinais de PPST. Tal como noutros estudos, aqui também foi possível observar que as mães com partos instrumentalizados têm uma maior probabilidade de apresentar PPST. Por esse motivo, o papel desempenhado pelos eventos obstétricos na saúde mental materna posterior ao parto deve ser tido em conta. Outro aspecto verificado no estudo de Davies e colegas (2008) é que as mães que cumprem todos os critérios de PPST apresentam um menor desejo de aproximação relativamente ao bebé o que, muito provavelmente, indicia os riscos relacionais que podem advir da perturbação em causa.

Já Bosquet Enlow, Kitts, Blood, Bizarro, Hofmeister e Wright (2011) afirmam que os bebés de mães com PPST apresentam dificuldades em recuperar-se da experiência do episódio *Still Face* da situação *Face-to-Face Still-Face* e, também, dificuldades na recuperação das situações do stress quotidiano. Aos treze meses de idade do bebé, a PPST materna também explicava os problemas de internalização e externalização do bebé. Para Bosquet, Enlow e colegas (2011) o facto de os bebés de mães com PPST terem dificuldades

em regular as suas emoções precocemente poderá contribuir, mais tarde, para o aumento do risco de problemas de saúde mental nas crianças.

O *stress* pós-parto (Keim, Daniels, Dole, Herring, Siega-Riz, & Scheidt, 2011), também se encontrou associado positivamente com o desenvolvimento da linguagem expressiva e com a cognição geral da criança. Isto é, o *stress* materno no período pós-parto parece ter um efeito estimulante relativamente à linguagem e ao desenvolvimento cognitivo da criança, enquanto a ansiedade materna parece ter um efeito negativo no desenvolvimento cognitivo.

McDonald e colegas (2011), numa amostra de mulheres diagnosticadas com PPST, realizaram uma avaliação do relacionamento mãe-filho aos dois anos de idade, tendo-se verificado que: a) a relação entre PPST e o stress parental era fraca, b) a PPST não se encontrava relacionada com as percepções maternas relativamente às crianças, c) a avaliação da PPST aos três meses do pós-parto apresentava uma associação limitada com o *stress* parental aos dois anos de idade da criança e d) a avaliação da PPST aos três meses do pós-parto não apresentava associação com os aspectos interactivos da criança quando se controlava o efeito da depressão materna.

Esta relação entre depressão e relações familiares também foi salientada por Parfitt e Ayers (2009) numa amostra de pais de ambos os sexos. Para além destes resultados, o estudo de Parfitt e Ayers (2009) demonstrou, ainda, que a PPST é uma variável importante na ligação emocional dos pais aos seus bebés, pois a PPST possui um efeito directo nessa ligação. Contudo, a relação entre PPST e a aliança diádica do casal deve ser considerada com cuidado, uma vez que essa relação era mediada pela depressão.

Capítulo V
Investimento parental

5.1. Conceptualização sociobiológica

Para garantir a sobrevivência e o desenvolvimento sustentável dos filhos, os pais cuidam, investem, canalizam recursos, respondem às necessidades dos seus filhos e fazem escolhas consistentes relativamente à sua educação (Borges, 2010; Shenk, 2011). Isto, segundo Borges (2010), está muito próximo do constructo de envolvimento parental. O investimento parental envolve, também, prazer/satisfação dos pais em estar com os seus filhos, bem como uma maior intensidade na prestação de cuidados. Concomitantemente, partilhamos a convicção de que a vinculação segura está associada a um maior envolvimento parental (idem). O investimento parental, definido por exemplo por Borges (2010) e por Shenk (2011), não está ligado à teoria do investimento selectivo que está relacionada com o altruísmo e é amplamente estudada na psicologia como, por exemplo, por Hango (2007).

O constructo de investimento parental aparece pela primeira vez com Trivers (1972; 1974; Trivers & Willard, 1973; Gameiro, Martinho, Canavarro, & Moura-Ramos, 2008) em estudos sobre o investimento parental na selecção sexual e na reprodução sexual com sucesso (Trivers, 1972), no âmbito das investigações sobre a evolução das espécies.

Para Trivers (1972; Trivers & Willard, 1973; Gameiro, Martinho et al., 2008), o investimento parental tem como finalidade a sobrevivência e a manutenção das espécies, através do investimento parental na prole ou através do investimento num descendente à custa da capacidade de investir noutros descendentes. O investimento parental no sexo dos descendentes pode constituir um argumento importante na definição de espécies diferentes (Trivers, 1972; Trivers & Willard, 1973). Por outras palavras, o investimento que os progenitores realizam relativamente ao descendente feminino ou masculino pode contribuir para a ocorrência de diferenças inter e intra espécies. Por exemplo, em muitas espécies, o progenitor masculino investe na construção do ninho, na alimentação da companheira, no chocar dos ovos, na defesa da sua companheira e dos seus descendentes, providencia a "educação" da sua prole e, em algumas espécies, existem benefícios na aceitação e inclusão dos seus descendentes em grupos (no caso dos primatas). Porém, em algumas espécies monogâmicas, o investimento parental do macho é menor que o investimento parental da fêmea. O macho apenas investe na reprodução, enquanto a fêmea investe, por exemplo, na alimentação e na "educação" (idem). Trivers (1972) afirma que se pode encontrar uma evolução do investimento parental observando a evolução das espécies que terá começado nas espécies monocelulares até às espécies actuais; o que pode explicar as diferenças encontradas inter e intra espécie. Por outras palavras, a competição para fertilizar outras células sexuais e a

mobilização sexual, juntamente com as pressões ambientais, são responsáveis por algumas diferenças.

Em 1973, Trivers e Willard criaram uma hipótese que acabou por ficar conhecida como o efeito Trivers-Willard onde se defende que nas espécies de mamíferos as fêmeas são capazes de proceder de forma a alterarem o rácio sexual nas suas proles. De acordo com estes autores, as fêmeas dos mamíferos conseguem fazer com que os progenitores incrementem o investimento nos seus descendentes masculinos em circunstâncias mais favoráveis e promovendo o investimento na descendência feminina quando as circunstâncias são menos favoráveis (Trivers & Willard, 1973; Hopcroft, 2005; Shenk, 2011). Apesar disso, em investigações laboratoriais, nem sempre é possível produzir dados que apoiem esta hipótes. É o caso do estudo com ratos brancos criados em laboratório (Krackow, 1997). Igualmente, na investigação com ratos-do-campo, as progenitoras dirigem uma maior produção de leite para as suas filhas e defendem mais as fêmeas do que os machos (Krackow, 1997).

Contudo, não se pode esquecer que esta hipótese foi formulada com base em estudos de espécies não humanas (Trivers & Willard, 1973; Hopcroft, 2005), extrapolando conclusões para a espécie humana (Trivers & Willard, 1973) na esperança de explicar algumas das diferenças sociais, psicológicas e biológicas que se podem encontrar na nossa espécie.

E aqui é que começa a polémica da teoria do investimento parental. Revisionistas teóricos, tais como Alispahić, Anić e Tuce (2013), afirmam que, mesmo na espécie humana, os homens investem mais recursos na primeira fase da tarefa de reprodução sexual (procurar activamente uma parceira), enquanto as mulheres investem mais recursos na sobrevivência e no sucesso das suas proles até à sua maturidade. Isto torna as mães nos principais investidores parentais das crianças, mesmo na actualidade, com todas as mudanças nos paradigmas dos papéis maternal e paternal que ocorreram recentemente na nossa espécie.

Geary (2000, 2001, 2005) afirma que, entre os maníferos, os seres humanos são únicos no investimento parental da sua prole, pois, nas outras espécies de mamíferos, os machos investem muito pouco. Geary (2000, 2001, 2005) afirma também que o que nos distingue dos outros mamíferos é o investimento parental do pai; na espécie humana, o investimento parental do homem está associado a uma baixa mortalidade infantil e a uma melhoria na competição social infantil. Se Geary (2000, 2001, 2005) chama a nossa atenção para as diferenças entre maníferos e espécie humana, Maestripieri (2002) afirma que a teoria de Trivers-Willard não se ajusta aos primatas, pois, nestes, a continuação da prole envolve cooperação e competição.

Em suma, o investimento parental nasce da necessidade de os seres vivos garantirem a

sobrevivência e a continuidade das suas proles. Em algumas espécies, o investimento parental está relacionado com a gestão do rácio do sexo das crias: em machos de estatuto elevado, a tendência é haver uma descendência mais masculina, enquanto nos machos de estatuto mais baixo a tendência é haver uma prole mais feminina. Para além disso, os machos investem mais na procura e manutenção da reprodução sexual, enquanto as fêmeas investem mais na sobrevivência da descendência. Contudo, nos primatas, o investimento parental dos machos é diferente do das outras espécies, pois o investimento parental dos primatas baseia-se na colaboração e cooperação parental. Já nos seres humanos, a teoria evolucionista de investimento parental é difícil de verificar, pois os homens investem não apenas na procura e manutenção da reprodução sexual, mas também, na sobrevivência dos seus filhos. O investimento parental dos homens está associado a baixa mortalidade infantil, à qualidade da saúde e ao sucesso dos seus descendentes.

5.2. Investimento parental na sociologia e na psicologia

A hipótese de Trivers-Willard tem sido confrontada com alguns dados contraditórios originados em investigações com seres humanos. Algumas destas investigações encontram dados que suportam esta hipótese (Hopcroft, 2005; Hango, 2007; Shenk, 2011), como por exemplo, as evidências de que, em meios sociais desfavorecidos, as mães são os maiores investidores parentais (Bjorklund & Shackelford, 1999; Quinlan, Quinlan, & Flin, 2003; Bugental, Beaulieu, & Silbert-Geiger, 2010; Alves-Bandeira & Seidl-Moura, 2012), ou então, que as mães estão melhor preparadas para investir nos seus filhos (Geher, Fairweather, Mollete, Ugonabo, Murphy & Wood, 2007). Outros estudos não encontram evidências que apoiem esta hipótese, pois não verificam que o investimento parental seja um bom preditor dos resultados observados na prole (Freese & Powell, 1999). Outros autores prendem-se, apenas, com o investimento monetário (Heckman, 2008).

Para Hertwig, Davis e Sulloway (2002), alguns estudos sociológicos e psicológicos, tal como o de Becker (1991, cit in Hertwig et al., 2002), relacionam investimento parental e factores económicos e, utilizam, como ponto de referência do investimento parental, a saúde e o sucesso da criança no seu trajecto para a vida adulta. Ou seja, a qualidade da criança é vista como um resultado final do investimento parental nas capacidades das crianças, levando a um adulto com sucesso e saúde. Contudo, uma maximização do investimento parental no dia-a-dia é impraticável, pois os pais teriam que controlar, maximizar e ajustar o seu investimento vinte e quatro horas por dia (Hertwig et al., 2002). Para além disso, mesmo que exista uma

forte motivação para que a distribuição de recursos seja realizada de forma imparcial, e mesmo que essa imparcialidade seja alcançada momento a momento, existe uma tendência para a acumulação dessa distribuição ao longo do tempo; esse efeito cumulativo não pode deixar de beneficiar os descendentes que nasceram mais cedo em detrimento dos descendentes que nasceram mais tarde.

Um exemplo dado por estes autores é o das famílias numerosas em que, quanto maior é uma família menor é o investimento efectivo dos pais relativamente a cada elemento da prole. Isto é, nas famílias de reduzida dimensão, todo o investimento parental é direccionado para um número reduzido de crianças, enquanto nas famílias de maior dimensão o investimento parental tem de ser distribuído por um número mais elevado de crianças; não esquecendo a ordem de nascimento e os diferentes intervalos de tempo entre os nascimentos de cada dois filhos.

Nas famílias não biológicas/adoptivas, o investimento parental parece ser maior do que nas famílias biológicas, independentemente do estatuto socioeconómico (Hamilton, Cheng, & Powell, 2007). O investimento parental varia de pai para mãe sendo que várias determinantes parentais contribuem para a forma como o investimento parental se concretiza e para o desenvolvimento infantil (Corwyn & Bradley, 1999). Em algumas investigações, o investimento parental surge associado a diversas variáveis psicossociais familiares (Bradley, Whiteside-Mansell, Brishey, & Caldwel, 1997; Conger & Donnellan, 2007) e ao ajustamento psicológico dos filhos (Conger, Conger, Elder Jr., Lorenz, Simons, & Whitbeck, 1993; Conger, Ge, Elder Jr., Lorenz, & Simons, 1994). Conger e Donnellan (2007) numa revisão teórica sobre investimento parental afirma que este pode ser modelado/mediado pelas pressões económicas, o que, por sua vez, pode ter implicações no desenvolvimento infantil. Estas implicações podem situar-se ao nível da autoconfiança, dos resultados escolares, das relações com os pares e dos comportamentos antissociais, depressão e ansiedade. Por último, Coleman e Gross (1991), há mais de vinte anos atrás, afirmavam que a teoria do investimento parental ainda estava na sua infância, isto é, era uma teoria recente, que ainda não sabia se realmente se era aplicável aos seres humanos e que carecia de investigação. Passado todo este tempo sobre a afirmação de Coleman e Gross (1991), ainda se pode afirmar que as investigações sobre investimento parental são parcas e muitas vezes enfermando de sobreposição entre investimento e envolvimento parental. Naturalmente, urgem mais investigações acerca desta área de conhecimento.

Hopcroft (2005), de forma a estudar a hipótese de Trivers-Willard nos seres humanos, conduziu uma investigação sobre estatuto socioeconómico familiar, etnia (afro-americanos) e

rácio de rapazes/raparigas em interacção com o investimento parental. Os dados em estudo são o fruto da acumulação realizada 1972-2000 no contexto do *General Social Surveys* (GSS) efectuado pelo *National Opinion Research Center da Universidade de Chicago* (Davis & Smith, 1998, cit in Hopcroft, 2005). Através da análise de estes dados acumulados, verificou-se que, nas famílias de estatuto elevado, os rapazes frequentam mais anos de estudo do que as raparigas. E que, nas famílias de baixo estatuto, são as raparigas que frequentam mais anos de estudo do que os rapazes. Ao que parece, as raparigas afro-americanas (supostamente da classe mais baixa) frequentam mais anos de estudo do que os rapazes. Para além disso, o número de filhos ou irmãos na família estava relacionado com os anos de frequência escolar; quanto maior o número de filhos ou irmãos menor era o número de anos de frequência escolar. Sendo que, nestas famílias, as raparigas tinham mais anos de frequência escolar do que os rapazes. Por último, homens com maior sucesso (ou estatuto social mais elevado) tinham mais filhos do sexo masculino do que os homens com menor sucesso.

Mais recentemente, a investigação de Davis, Guggenheim, Figueredo e Locke (2007) veio confirmar, parcialmente, alguns dados do trabalho de Hopcroft (2005). Em díades mãe-bebé com três meses de idade, o estatuto socioeconómico mais baixo era um preditor estatisticamente significativo da preferência das mães relativamente a bebés de tamanho mais elevado. Especialmente no caso das mães hispânicas, podia-se observar que as mães mais pobres tinham bebés do sexo feminino mais pesados. Este dado vem apoiar a hipótese de Trivers-Willard. Contudo, o nível de educação parental veio contradizer a hipótese de Trivers-Willard pois, quanto mais alto o nível escolar da mãe maior era o peso das raparigas, aos seis meses de idade. Por outras palavras, a hipótese de Trivers-Willard apenas se observa em algumas minorias étnicas (neste estudo, hispânicas) e em alguns momentos específicos.

A teoria de Trivers-Willard foi, também, corroborada pelo trabalho de Godoy e colegas (2006) quando investigaram o investimento parental numa tribo indígena boliviana, os Tsimane. Nesta tribo, as mães mais ricos actuavam como protectoras do índice de massa corporal das filhas, enquanto a riqueza dos progenitores masculinos apresentava um efeito fraco face ao índice de massa corporal dos filhos.

Anteriormente, Hagen, Hames, Craig, Lauer e Price (2001) estudaram, numa tribo indígena da Venezuela, os Yanomamo, a relação entre falta de comida, investimento parental e desenvolvimento infantil. A amostra foi constituída por crianças com idades compreendidas entre os cinco e os quinze anos de idade tendo sido avaliados aspectos nutricionais e de saúde. No que concerne aos valores nutricionais, estas crianças, comparadas com outras amostras indígenas e internacionais, apresentavam subnutrição. O número de irmãos, a idade do filho

mais novo de cada mãe e o estatuto conjugal da mãe explicavam, em conjunto, 70% da variância da gordura subcutânea das crianças do sexo masculino. Além disso, os rapazes com acesso a investimento paternal mais elevado encontravam-se melhor alimentados. Quanto às crianças do sexo feminino, pôde observar-se que o seu estatuto nutricional era sobretudo predizível a partir da extensão da sua família paterna e pelo número de não-familiares no centro urbano em causa. Os autores sugerem que estes dados confirmam a hipótese do investimento parental.

Mais recentemente, num estudo realizado na Etiópia por Gibson (2008), os rapazes tinham duas vezes mais probabilidades de falecerem do que as raparigas, nas famílias em que os pais (homens) estavam ausentes. Nessas circunstâncias, as raparigas tinham maior possibilidade de sobreviver, de crescer e de atingir melhores resultados nutricionais. Esta investigadora sugere que, isto ocorre porque, na ausência do pai, as crianças do sexo feminino beneficiam de um maior apoio matriarcal o que é notoriamente importante numa sociedade de tipo patriarcal. Esta investigação de Gibson (2008) diz-nos, também, que a hipótese de Trivers-Willard é compatível com os dados, isto é, as famílias pobres e de baixo estatuto socioeconómico investem mais nos filhos do sexo feminino.

Se o estatuto socioeconómico é um preditor do investimento parental, segundo Apicella e Marlowe (2007), a percepção de fidelidade conjugal e a percepção parental de semelhanças entre progenitores e descendentes também são fortes predictores de investimento parental nos homens. A fidelidade conjugal prévia estava relacionada com o investimento parental, mas, apenas, em homens com valores elevados na avaliação do "companheirismo". No entanto, a percepção de semelhança entre pai e criança também previu e relacionou-se com o investimento parental em homens com altos e baixos valores de companheirismo. As diferenças entre homens com altos ou baixos valores de companheirismo e a sua relação com a percepção de semelhanças da criança e o investimento parental não foram estatisticamente significativas. Dito de outro modo, independentemente dos valores pessoais sobre o companheirismo, os homens investem mais nos seus filhos se percepcionarem que estes são mais parecidos consigo. Este facto comprova, de certa forma, a teoria de Trivers-Willard, segundo a qual os homens investem mais nos filhos masculinos e nos filhos biológicos.

Contudo, não é só nos homens que se pode verificar que a percepção de semelhanças prevê um maior investimento parental. Este facto também pode ser verificado nas mulheres. Dolinska mostrou que o investimento parental (e.g., tempo, dinheiro e atenção) podia ser previsto pela percepção de semelhanças entre o progenitor (mãe ou pai) e a sua prole. Tal como em outros estudos, o investimento parental nesta amostra era maior se os pais tivessem

a percepção que os seus filhos eram parecidos consigo. Mas, além disso, percebeu-se que, as mães consideravam as crianças mais semelhantes a si próprias como sendo mais atractivas; provavelmente, a relação das mães com a percepção de semelhança das suas crianças é mediada por factores emocionais que podem desempenhar um papel importante na área do investimento parental. Ainda, neste estudo, o investimento parental era maior nas mães do que nos pais. Por último, quanto mais horas de trabalho semanal, maior era o investimento parental.

Estes dois estudos (Apicella & Marlowe (2007); Dolinska, 2013) apontam que a semelhança do pai com o seu filho é um forte preditor do investimento parental, não só nos homens como nas mulheres. Porém, antes de estabelecermos uma crítica a Apicella e Marlowe (2007), temos que afirmar que estes apenas estudaram homens, enquanto Dolisnka (2013) investigou homens e mulheres. Por essa mesma razão, não concordamos com a crítica de Dolisnka (2013) aos dados encontrados por Apicella e Marlowe (2007). Já em 1998, Rodrigues tinha chamado a atenção da comunidade científica dos países de expressão portuguesa para o facto de o investimento parental parecer estar ligado à partilha entre pais e crianças de características fenotípicas que, segundo Rodrigues (1998), constituem um factor determinante do investimento parental e, ainda, do fortalecimento do vínculo conjugal. Os pais, também, tendem a reforçar e a manter o investimento parental quando existe um bom desenvolvimento social e emocional da criança.

Mais recentemente em Alvergne, Faurie e Raymond (2010), uma maior aproximação entre pai (homem) e filho (provavelmente ligada a maior investimento parental) foi prevista pelas semelhanças faciais entre pai e filho em famílias biológicas intactas.

Se as semelhanças são importantes para o investimento parental nas famílias com laços biológicos, nas famílias adoptivas também o são (Volk & Quinsey, 2002; Volk & Quinsey, 2007), designadamente, devido àquilo que estes autores chamam de pistas de semelhanças físicas. As pistas de semelhanças físicas influenciam a escolha da criança adoptiva, especialmente nos homens, como já tinha sido salientado em 2002 por Volk e Quinsey. Em 2007, estes mesmos autores voltaram a confirmar os seus dados anteriores numa revisão de três amostras separadas. Nestas três amostras, a correlação entre adopção e índices de semelhanças físicas (através de apresentação de fotografias de crianças) era estatisticamente significativa. Concomitantemente, a semelhança associou-se com melhor saúde do bebé e com a percepção de o bebé ser mais "fofo/bonito". E, mais uma vez, a relação entre semelhança física e adopção era mais importante para os homens, tanto na combinação das duas primeiras amostras como na terceira. Através de este estudo, pôde verificar-se que,

realmente, a semelhança física entre pai e criança é um factor importante para a relação, mas poderá ser, também, para a qualidade e quantidade do investimento parental nas crianças.

Batten (2013) encontrou, também, algumas discrepâncias na verificação da hipótese de Trivers-Willard. Nas famílias com filhos únicos do sexo feminino, o investimento parental parece ser mais elevado do que o que é observado nas famílias com filhos únicos do sexo masculino. Entre as famílias com dois ou mais descendentes esta diferença não pôde ser confirmada. O que resulta deste estudo é uma aparente maior vulnerabilidade da criança do sexo masculino, nomeadamente no que toca a aspectos de saúde e de educação.

Mesmo em meio mais rurais, como nas Caraíbas (Quinlan et al., 2003), verificaram-se incongruências na validação da hipótese de Trivers-Willard. Esta hipótese apenas foi verificada na relação entre presença/ausência do pai e desmame infantil, em que a presença dos pais (homens) favorecia um desmame mais tardio. Contudo, algumas associações entre a idade no desmame e outras variáveis contradiziam a hipótese de Trivers-Willard: a) o número de mulheres a praticarem a aloparentalidade (participação de vários membros nos cuidados parentais a uma criança) associava-se negativamente com a idade no desmame; b) a riqueza do agregado familiar também se associava negativamente com a idade no desmame; c) o número de crianças no agregado familiar associava-se positivamente com a idade no desmame; d) a idade da mãe no momento do desmame não se associava com a idade da criança nesse momento e e) os termos da interacção entre, por um lado, sexo da criança e riqueza e, por outro lado, o sexo da criança e o apoio social materno não se associaram com a idade da criança no momento do desmame.

Maior investimento parental é verificado em mães do que em pais numa amostra da investigação de Alves-Bandeira e Seidl-Moura (2012). Estes investigadores estudaram o investimento parental em progenitores de ambos os sexos cujos filhos tinham idade inferior ou igual a seis anos e verificaram que o investimento parental materno era mais elevado que o investimento parental paterno sobretudo no que se referia aos cuidados à criança. No entanto, tanto em pais como em mães, o investimento mais valorizado era de tipo emocional. Além disso, o contributo mais interessante de este estudo pode estar na detecção de discrepâncias entre o investimento valorizado e o investimento relatado: a) as mães parecem valorizar a prática de cuidados à criança menos do que praticam; b) as mães parecem valorizar o investimento intelectual mais do que praticam; c) as mães parecem valorizar o investimento socioespiritual menos do que praticam e d) os pais valorizam menos o investimento socioespiritual do que praticam.

Em casais de empresários, as mães investem mais nos filhos do que os pais (Drew &

Humbert, 2012). No estudo de Drew e Humbert (2012), as mães empresárias adaptavam estratégias de maior flexibilidade da carga horária ou de trabalho em parceria com outros e, graças a essas alternativas, eram mais responsáveis pelas necessidades dos filhos, enquanto os pais trabalhavam mais horas. Como consequência, as mães passavam mais horas com os seus filhos do que os pais.

Bugental e colegas (2010), no seu estudo com bebés em risco, produziram alguns dados que reforçam a teoria de Trivers-Willard. Neste estudo, as mães foram submetidas a uma de duas propostas de intervenção: visitas domiciliárias comuns e programa de estimulação cognitiva. No primeiro caso, as mães mostraram investir mais na relação com os bebés de baixo-risco enquanto, no segundo caso, as mães mostraram investir mais nos bebés de alto-risco. Complementarmente, percebeu-se que as crianças de alto-risco eram as que apresentavam maiores benefícios na sequência da intervenção.

Os efeitos da quantidade e da qualidade de tempo que uma mãe investe na relação com a sua criança foram estudados por Bernal, Fernández e Peña (2011). De acordo com estes autores, a qualidade do tempo de investimento materno tem um efeito positivo tanto no desenvolvimento cognitivo como socioemocional. Quanto à quantidade, o tempo de investimento materno tem um efeito positivo nos aspectos do desenvolvimento cognitivo embora pareça ter um efeito negativo no desenvolvimento socioemocional. O mesmo se verificou no estudo de Alvergne e colegas (2010) em que apenas o investimento parental das mães estava associado ao tempo que estas passavam com as suas crianças, em famílias biológicas intactas.

Quanto ao investimento paterno dos pais que não coabitam com os filhos, Dwyer, Paul e Waller (2013) constatam que o contacto e o envolvimento socioemocional dos pais estão fortemente associados aos relatos dos pais e das crianças relativos à proximidade entre ambos. Além disso, detectou-se que o envolvimento socioemocional está relacionado com o nível de concordância entre os relatos dos pais e das crianças.

Geher e colegas (2007) afirmam que as mulheres, em comparação com os homens, estão mais bem preparadas para investir nos seus filhos. Na investigação de estes autores, pais de ambos os sexos foram avaliados em relação ao investimento parental de acordo com duas metodologias: em primeiro lugar com recurso a um questionário e em segundo lugar com recurso a uma situação laboratorial. Nesta situação, os participantes foram confrontados com cenários neutros e cenários não neutros relativamente às questões do investimento parental. Enquanto nas respostas aos questionários, não se detectaram diferenças significativas entre homens e mulheres, na condição laboratorial observou-se que os homens apresentavam

aumentos significativos entre os seus batimentos cardíacos face aos cenários neutros e os batimentos cardíacos face a cenários não neutros. Esta diferença significativa não se observava nas mães.

Para a sociologia, o investimento parental centra-se em aspectos económicos, ou seja, maior ou menor investimento monetário parental na descendência. Aqui, sugere-se que um estatuto económico mais elevado do subsistema parental está associado a uma descendência com melhores indicadores de saúde, de escolaridade e de sucesso na vida adulta. Em algumas sociedades, para compensar a ausência e ou partilha paternal, existe uma espécie de "aliança matriarcal", pois as raparigas destas sociedades tendem a ser beneficiadas e a ter um maior sucesso biopsicossocial. Por outras palavras, podemos estar perante uma variante específica do fenómeno da aloparentalidade.

Um dos dados mais consistentes sobre o investimento parental é a sua ligação com as semelhanças fenotípicas entre progenitor e criança. As semelhanças entre progenitor e descendente estão associadas a níveis mais elevados de investimento parental, especialmente nos homens. Os homens, quando percepcionam que os seus filhos partilham algumas das suas características fenotípicas aproximam-se mais dos seus filhos. Mesmo em indivíduos que adoptaram ou pensam adoptar.

Dos investigadores e autores que reportámos anteriormente, todos afirmam que são as mães que investem mais nos seus filhos, tanto a nível escolar como a nível socioemocional. As mães passam mais tempo com os seus filhos, independentemente do seu estatuto socioeconómico, tanto em termos de quantidade como de qualidade. E, esse tempo, qualitativa ou quantitativamente, tem fortes implicações no desenvolvimento cognitivo e socioemocional da criança.

5.3. Investimento parental em famílias não tradicionais

Em famílias adoptivas, o investimento parental parece ser maior do que nas famílias biológicas, independentemente do estatuto socioeconómico. A amostra do estudo de Hamilton e colaboradores (2007) consistiu na análise de dados do *Early Childhood Longitudinal Study, Kindergarten-First Grade Waves*, recolhidos entre 1998 e 2000, num amplo universo de crianças. Esta imensa amostra foi segmentada de acordo com o tipo de família em que as crianças se encontravam integradas. Para além de um investimento parental mais elevado, os casais adoptivos envolveram-se mais com os filhos de que os casais das outras famílias. Por exemplo, os filhos das famílias adoptivas tinham mais livros do que os filhos das famílias

biológicas e do que as crianças nos outros tipos de família. Os pais adoptivos, em comparação com os pais biológicos, envolveram-se mais em actividades de recreação com as crianças. Isto sugere que os pais adoptivos tendem a compensar a falta de laços biológicos com um maior investimento parental. Por último, este estudo contradiz algumas teorias da selecção social e evolucionista bem com a hipótese de Trivers-Willard que defendem que os indivíduos estão geneticamente predispostos a investir mais nos seus filhos biológicos que nos outros (Hamilton et al., 2007). Em crianças adoptadas, quanto menores os problemas comportamentais das crianças maior era o compromisso do pai adoptivo com a criança (Lindhiem & Dozier, 2007), isto é, mais tempo os pais adoptivos passaram com o seu filho.

Gibson (2009), confirmando os dados de Hamilton e colegas (2007) e de Lindhiem e Dozier (2007), afirma que os pais adoptivos investem mais nos filhos adoptivos do que nos filhos biológicos e que as crianças adoptadas apresentam mais problemas psicossociais ao longo seu ciclo vital. Na sua amostra, os pais investiram mais nos filhos adoptivos, em comparação com o investimento nos filhos biológicos, no que concerne a educação e investimento pessoal. Na educação, os pais investiram mais nos seus filhos adoptivos desde a pré-escola, em aulas privadas e em escolas de Verão. O mesmo se observava no investimento pessoal, isto é, na compra de carros, nas rendas e nos empréstimos monetários.

Mesmo em famílias reconstituídas, em que a mãe vive com um companheiro que não é o pai biológico da criança, o investimento do padrasto na criança da sua companheira é quase igual ao investimento no seu filho biológico (Hofferth & Anderson, 2001). Apesar de, inicialmente, existirem diferenças entre o investimento parental do pai biológico e do padrasto, devido às constantes movimentações da criança entre a casa do pai e a casa da mãe, estas diferenças tendem a esbater-se. Por outras palavras, na fase inicial de uma família reconstituída, pode-se verificar que existem dados que apoiam a teoria de selecção natural e evolucionista, contudo, o tempo tende a contradizer esta teoria.

O trabalho de Hofferth e Anderson (2001) contesta a investigação de Zvoch (1999) que analisou os dados do *U.S. National Education Longitudinal Survey* (1988, cit in Zvoch, 1999), resultantes de uma amostra de estudantes do ensino pré-secundário. Neste estudo, o tipo de família estava correlacionado com o tipo de investimento educacional, com as expectativas sobre o investimento educacional no ano lectivo seguinte e com a preparação financeira para o próximo ano lectivo. As famílias biológicas preparavam-se melhor, financeiramente, para o ano lectivo seguinte, poupavam mais dinheiro que as famílias reconstituídas e esperavam gastar mais. Por outras palavras, existem diferenças no que concerne ao investimento educacional entre famílias biológicas e famílias reconstituídas;

nestas últimas famílias, os adolescentes são mais discriminados ao nível do investimento parental. Esta discriminação poderá acontecer porque os pais substitutos podem apresentar ressentimento e ciúmes direccionados aos filhos das suas companheiras (O'Connor & Boag, 2010). Na amostra de estes investigadores, o investimento parental socioemocional estava correlacionado negativamente com o ressentimento parental e o ciúme parental. Entre os dois grupos (pais biológicos e pais substitutos) houve diferenças significativas, sendo que a média de investimento socioemocional foi mais alta no pais biológicos que nos pais substitutos. E, entre homens e mulheres, o investimento parental foi maior nas mulheres. Dito de outra forma, há um menor investimento emocional dos pais substitutos, o que poderá explicar o porquê de estes pais investirem pouco tempo na relação com os seus enteados. A explicação para haver um menor investimento emocional poderá estar no ressentimento e ciúme parental que estes pais substitutos vivenciam, pois estes pais substitutos sentem que têm de partilhar o afecto e a atenção das suas companheiras com as respectivas proles (idem).

A questão do investimento parental relativamente a filhos adoptivos, também necessita de ser colocada relativamente às famílias homoparentais. Na investigação de Farr e Patterson (2013), a coparentalidade foi analisada em famílias cujo subsistema parental era protagonizado por casais homossexuais masculinos, femininos e heterossexuais. Nos casais homoparentais, registava-se uma maior partilha dos cuidados dirigidos à criança enquanto nos casais heteroparentais se encontrava uma maior especialização dos cuidados. Concretamente a cada tipo de casal investigado, concluía-se que os casais homoparentais femininos se destacavam pelo comportamento mais apoiante, os casais homoparentais masculinos apresentavam o comportamento menos apoiante e os casais heteroparentais registavam o comportamento que mais debilitava o investimento parental do parceiro.

Sintetizando, em comparação com as famílias biológicas, reconstituídas ou monoparentais, os pais das famílias adoptivas investem mais nos filhos adoptivos; mais tempo passado com estes, maior investimento monetário, maiores oportunidades educacionais, etc. Umas das explicações avançadas por alguns investigadores sugerem que poderemos estar perante um mecanismo compensatório dos pais adoptivos.

Confrontando as famílias biológicas com as famílias reconstituídas (onde existe, pelo menos, um progenitor biológico), a ligação biológica entre progenitor e descendente leva a um maior investimento parental. Mas o laço biológico não explica porque há um menor investimento parental dos pais substitutos. Ao que tudo indica, a insegurança emocional, a competição pela atenção e amor do companheiro/a leva a que este/a veja o filho do/da seu/sua companheiro/a como uma ameaça na sua relação.

5.4. Predictores do investimento parental

Corwyn e Bradley (1999) investigaram quais as várias determinantes parentais que contribuem para o investimento parental e para o desenvolvimento infantil. A amostra foi composta por participantes do *National Institute of Child Health and Human Development (NICHHD) Study of Early Child Care* e por pais (homens) recrutados da população. Quanto ao investimento parental dos homens, percebeu-se que a aceitação e a responsividade eram negativamente influenciadas pelos resultados das crianças nas escalas de Bayley e pela tensão laboral vivida pelos pais. Ainda em relação aos homens, as dimensões conhecimento e sensibilidade do investimento parental eram influenciadas negativamente pela tensão laboral do pai. No que respeita ao investimento parental das mães, a aceitação e a responsividade maternas eram influenciadas negativamente pelo temperamento da criança enquanto o facto de as mães se encontrarem a trabalhar tinha um impacto positivo nessas dimensões. Relativamente às dimensões do conhecimento e da sensibilidade materna, a qualidade conjugal apresentou-se como um preditor significativo. Finalmente, é de realçar que o prazer materno no investimento parental sofria um impacto positivo por parte da tensão laboral vivida pelo progenitor masculino.

Este trabalho de Corwyn e Bradley (1999) vem na continuação de vários trabalhos sobre investimento parental, tal como a construção da Escala de Investimento Parental (EIP, Bradley et al., 1997; Corwny & Bradley, 2002). Em 2001, Whiteside-Mansell, Bradley e Rakon encontraram diferenças no investimento parental protagonizado por pais e por mães. Houve diferenças na dimensão da ansiedade de separação entre pais e mães, indicando que, nas mães, a ansiedade de separação era mais uniforme. Porém, quando a mãe apresentava altos níveis de ansiedade de separação o pai também os mostrava, pois houve uma correlação alta entre os valores dos dois elementos do casal. Já entre os valores da dimensão aceitação do papel parental para as mães e para os pais, a correlação observada foi baixa. Os pais também apresentaram mais prazer em estar com os seus filhos do que as mães, enquanto na dimensão responsividade/sensibilidade as mães surgiam como mais responsivas/sensíveis face aos seus filhos do que os pais.

O investimento parental e o ajustamento psicológico nos descendentes (Conger et al., 1993; Conger et al., 1994; Conger & Donnellan, 2007) também pode ser mediado ou moderado pelas pressões económicas. No trabalho de Conger e colegas (1993), que incidiu sobre famílias intactas vivendo em meio rural e com filhas adolescentes, verificou-se que as dificuldades económicas experienciadas pelas famílias eram indutoras de depressão e

desmoralização parental que, por sua vez, estavam associados a maiores conflitos conjugais e a menores capacidades parentais. As emoções e os comportamentos dos pais de ambos os sexos pareciam ser igualmente influenciados pelas dificuldades financeiras, sendo que as rupturas nos comportamentos parentais dos cuidados prestados aos filhos assumiam um carácter negativo face ao desenvolvimento psicológico das adolescentes. Quanto ao ajustamento psicológico das filhas, relacionou-se, simultaneamente, com o humor depressivo dos pais bem como com a ruptura nas práticas parentais.

Conger e colegas (1994) decidiram continuar a estudar esta relação entre famílias de meios rurais economicamente desfavorecidos e o ajustamento psicológico dos adolescentes, mas, desta vez, analisando comportamentos de externalização e internalização em rapazes e em raparigas. Apesar de não haver relação significativa directa entre conflitos financeiros e comportamentos de internalização dos filhos, detectou-se uma relação significativa indirecta desta última variável com a hostilidade dos pais. Quer dizer, os comportamentos de internalização eram explicados por comportamentos hostis das mães e dos pais. O mesmo se verificou com os comportamentos de externalização (Conger et al., 1994). Mais recentemente, Gennetian, Duncan, Knox, Vargas, Clark-Kauffaman e London (2002), Parke e colegas (2004), Dearing, McCartney e Taylor (2006) e Conger e Donnellan (2007) corroboraram as conclusões atrás referidas.

Através da apresentação de estes últimos dois estudos, pode-se afirmar que o ajustamento psicológico dos adolescentes, bem como os comportamentos de internalização e externalização, são influenciados pela sintomatologia psicopatológica dos pais, pelo conflito conjugal e pela hostilidade do casal sobretudo nos meios socioeconómicos mais pobres. Complementarmente, quanto maior a depressão e a hostilidade parental menor será a disponibilidade parental para investir nos filhos.

De Luccie (1995) e McBride, Brown, Bost, Shin, Vaughn e Korth (2005) afirmam que o investimento paterno (neste caso referido como envolvimento) é moderado pelas crenças maternas sobre o envolvimento do pai. No estudo de De Luccie (1995), verificou-se que a descrição materna acerca da frequência do envolvimento paterno podia ser explicada por variáveis como: satisfação materna com o envolvimento do pai, importância materna atribuída ao envolvimento do pai, satisfação conjugal e idade da criança. Além disso, as avaliações maternas acerca da importância do envolvimento paterno e da satisfação com esse envolvimento constituíam-se como mediadores dos efeitos proporcionados pela idade da criança, pela satisfação com o apoio social, pela satisfação com o estatuto laboral e pela satisfação com o casamento.

Nesta linha de investigação, McBride e colegas (2001) estudaram as crenças sobre o investimento parental abordado do ponto de vista do envolvimento parental em pais de crianças com dois a três anos de idade. Verificaram que as percepções maternas constituíam uma variável moderadora do investimento paterno. Estes dados indicam que o envolvimento paterno é maior quando as mães percepcionam que os pais têm um maior interesse no papel paternal. Para além disso, este estudo mostra que as mães funcionam como reguladoras da acessibilidade do pai à criança.

Gameiro, Canavarro, Boivin, Moura-Ramos, Soares e Santos (2011) afirmam que a relação conjugal juntamente com o apoio social percebido dos familiares e amigos é que são os factores determinantes do investimento parental em casais que recorreram a fertilização assistida; rejeitando a possibilidade de o investimento parental ser determinado pela forma como a criança foi concebida ou pelo género dos pais. Nos dados de casais que conceberam uma criança com recurso a fertilização assistida e de casais que conceberam sem esse apoio, a satisfação conjugal e a depressão relacionaram-se positivamente com algumas dimensões da Escala de Investimento Parental (Bradley et al., 1997; Corwny & Bradley, 2002). Nomeadamente, com a aceitação do papel parental, com o prazer e com o conhecimento e sensibilidade. A satisfação conjugal também era um factor preditor de duas dimensões do investimento parental: aceitação do papel parental e prazer". Estes dados estão de acordo com os dados encontrados por De Luccie (1995). Quanto ao apoio social percebido dos amigos e dos familiares correlacionou-se com a dimensão prazer. Apesar de não haver relação entre a dimensão conhecimento/sensibilidade e apoio social percebido, este factor era um preditor da dimensão conhecimento/sensibilidade.

Mais recentemente, Freitas (2012) investigou o investimento parental em mães de crianças nascidas pré-termo com o intuito de compreender a forma como as recordações das relações precoces das mães poderiam influenciar o investimento parental. Segundo esta investigadora, a satisfação conjugal (actual), a satisfação com o apoio social (actual) e o cuidado e a superprotecção (vividos na infância) são predictores significativos do investimento parental, nomeadamente nas dimensões aceitação do papel parental e prazer.

Concluindo, entre os predictores ou determinantes de um maior investimento parental, pode-se encontrar a aceitação parental, a responsividade/sensibilidade parental, o prazer em estar com os filhos e a ansiedade de separação. Contudo, a ligação entre investimento parental, estados emocionais parentais e estatuto socioeconómico é que melhor se associa ao ajustamento psicológico e aos comportamentos de externalização dos adolescentes. O investimento parental pode, ainda, ser determinado pela relação conjugal e pela percepção do

apoio social.

Por último, verifica-se a existência de uma sobreposição entre investimento parental e envolvimento parental, sendo que algumas investigações sobre envolvimento parental poderão estar a referir-se, não a este último constructo, mas sim, ao investimento parental. Acompanhando esta sobreposição, está o facto de ainda existir pouca investigação sobre investimento parental e, a que existe, ter como tema principal o estatuto socioeconómico. O estatuto socioeconómico é importante para o investimento parental e, por sua vez, para a relação conjugal e o desenvolvimento infantil. Mas, as investigações têm que olhar para além deste factor determinante. Isto é, necessitamos de mais investigações onde o estatuto socioeconómico não seja a única nem a mais importante variável a ser estudada neste campo de investigação.

SEGUNDA PARTE
CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo VI
Objectivos e hipóteses gerais

6. Objectivos e hipóteses gerais

6.1. Objectivos

Pretende-se, como objectivo geral deste estudo, contribuir para uma melhor compreensão e caracterização da forma como as mães participam na criação do fenómeno intersubjectivo quando em interacção com os seus bebés. No universo da actividade materna em interacção com o bebé, a percepção materna parece ser a melhor porta de entrada para os nossos esforços de investigação. É importante, dar voz às mães para que possam informar os investigadores acerca do processo de invenção da intersubjectividade. Aquilo que as mães sentem, aquilo que fazem, aquilo que pensam, aquilo que elicitam e aquilo que respondem no contexto da díade mãe-bebé necessita de ser sublinhado de forma a que as possibilidades de intervenção neste contexto possam ser incrementadas. Nesse sentido, gostaríamos de angariar dados acerca da relação entre percepção materna da intersubjectividade e aspectos críticos da vivência e da construção das díades em causa. Assim, propomos o estudo das relações entre, por um lado, percepção materna da intersubjectividade e, por outro lado, vinculação materna, estados emocionais maternos, qualidade da interacção na díade mãe-bebé, percepção materna do apoio social e investimento parental.

Todas as variáveis que pretendemos relacionar com a percepção materna da intersubjectividade estão inter-relacionadas, segundo as investigações e os autores apresentados ao longo do corpo teórico da presente proposta. Assim, o estudo das relações enunciadas é baseado no seguinte corpo de conhecimentos.

No estudo da relação entre percepção materna da intersubjectividade e vinculação materna é preciso ter em conta que, a vinculação materna é sobretudo investigada acerca do seu impacto em factores biopsicológicos, tanto do bebé como da mãe e da família (Soares, 1996; Valsiner, 2000; Minnis et al., 2004) como, ainda, da díade. Quanto à intersubjectividade, esta é apenas estudada tendo apenas em consideração o tipo (concordante vs. discordante), as consequências psicossociais, as estruturas neurobiológicas implicadas (Schore, 2003), em musicoterapia (van Puyveld, Rodrigues, Loots, Coster, Du Ville, Mathijs, et al., 2014), no desenvolvimento da intersubjectividade em crianças surdas (Loots & Devisé, 2003) e intersubjectividade do bebé e depressão materna (Murray, 1991). Por isso, propormos investigar a relação entre percepção materna da intersubjectividade e vinculação materna, pois além do interesse relacionado com a influência mútua entre estas duas variáveis, devemos

também ter em conta os possíveis impactos desta relação no funcionamento social, cognitivo, emocional e afectivo de ambos os elementos da díade. Finalmente, é importante considerar a utilidade desta investigação no desenvolvimento futuro de programas de intervenção eficazes e empiricamente validados.

Ao estudar a relação entre percepção materna da intersubjectividade e estados emocionais maternos, pretendemos levar o estudo da intersubjectividade para um plano que o da sua investigação exclusiva nas interacções diádicas. É possível que a percepção materna da intersubjectividade possa reflectir algo das vivências emocionais maternas. Estas, provavelmente, actuam como potenciadores ou inibidores da criatividade materna. No caso de o funcionamento emocional materno estar sujeito a vicissitudes críticas, é importante saber até que ponto esses aspectos podem condicionar a forma como as mães lêem e descodificam as mensagens dos seus bebés. Além disso, é importante compreender se as vicissitudes emocionais maternas condicionam a percepção materna de forma generalizada ou específica.

Quanto à possível relação entre percepção materna da intersubjectividade e percepção materna do apoio social, o seu interesse resulta da importância que a temática do apoio social assumiu na investigação psicológica das últimas décadas. É relativamente recente, a investigação pelas ciências sociais acerca da importância da percepção materna de apoio social no âmbito da saúde materna e do desenvolvimento do bebé (Tomlinson et al., 2006; Hunker et al., 2009). Apesar de recente, a investigação reuniu um consenso alargado acerca da importância de as mães perceberem a existência de uma rede alargada de apoio que possibilite a promoção do sucesso reprodutivo e da sua qualidade, e também do bem-estar da díade. Este aspecto é tão crítico que, Joan Raphaell-Leff (2001), uma das autoridades mais conceituadas na psicologia da maternidade actual, classifica uma das variantes do apoio social, concretamente o apoio emocional na gravidez, como o aspecto mais importante no combate à vulnerabilidade emocional da mulher perante o stress da gravidez e da maternidade.

A relação entre percepção materna da intersubjectividade e qualidade da participação materna na interacção mãe-bebé necessita de ser aprofundada, uma vez que, em geral, a investigação não se debruça sobre a influência aquilo que as mães pensam sobre a disponibilidade materna nos momentos de interacção com o bebé. Porém, quanto à qualidade da participação materna na interacção mãe-bebé, existe um consenso acerca da origem da especulação sobre este domínio, a qual parece surgir com Freud (Fonagy et al., 1991; Valsiner, 2000; Schore, 2003; Forcada-Guex et al., 2006). Este consenso chama a nossa atenção para a importância daquela participação na saúde dos elementos da díade e da família (Fonagy et al., 1991; Forcada-Guex et al., 2006; Murray, 1991; Murray, et al., 1996; Murray,

et al., 1999; Stein, Craske, Lehtonen , Harvey, Savage-McGlynn, Davies, et al., 2012; Field, Diego, Hermandez-Reif, Figueiredo, Ezell, & Siblalingappa, 2010). A nossa esperança é que o estudo das percepções maternas possa tornar mais claras as razões que, por vezes, fazem melhorar e, noutras vezes, fazem piorar a sintonia interactiva nas díades mãe-bebé.

A relação entre a percepção materna da intersubjectividade e a qualidade da participação do bebé na interacção mãe-bebé não deveria ser confundida com a relação anterior. O âmago da questão é saber se a percepção materna apenas influencia o comportamento da mãe na díade ou se, de forma visível e directa, pode influenciar o comportamento do bebé em interacção com a mãe. Existem inúmeras investigações sobre a qualidade da participação do bebé na interacção mãe-bebé (e.g., Murray, 1991; Murray, et al., 1996; Figueiredo, 1997; Murray, et al., 1999; Stein, et al., 2012; Field, et al., 2010). Estas demonstram o quanto é importante o bebé enquanto interlocutor válido na relação precoce (Fonagy et al., 1991; Valsiner, 2000; Schore, 2003; Forcada-Guex et al., 2006). Além disso, sabemos que esta participação constitui um importante preditor estatístico do desenvolvimento biopsicossocial do bebé, da sua mãe/cuidador e da sua família (Spoozak et al., 2009; Ching-Ming et al., 2007). Por isso, incluímos, no presente estudo, a participação do bebé de forma a, no futuro, contribuir para uma melhor previsão do desenvolvimento do bebé e da participação da mãe.

Finalmente, estamos interessados em estudar a relação entre percepção materna da intersubjectividade e o investimento parental na criança. Na revisão teórica acerca de este último constructo, ficou bem nítida a importância do estudo de tudo o que possa influenciar este tipo de investimento. No entanto, a influência daquilo que as mães pensam acerca do contexto comunicacional mãe-bebé ainda não foi chamada a explicar porquê, em algumas circunstâncias, o investimento parental se incrementa ou desincrementa e de que forma essas variações evoluem de forma específica ou generalizada. Estamos na expectativa de poder mostrar que algumas percepções maternas têm alguma ligação com o investimento parental e que essas percepções podem ser particularmente úteis caso tenham em conta a realidade intersubjectiva da díade.

6.2. Hipóteses gerais

As hipóteses gerais do presente estudo são seis, sendo apresentadas seguidamente.

HG1: A percepção materna da intersubjectividade dá uma contribuição significativa

para a explicação da variância estatística da vinculação materna pós-natal.

HG2: A percepção materna da intersubjectividade dá uma contribuição significativa para a explicação da variância estatística dos estados emocionais maternos.

HG3: A percepção materna da intersubjectividade dá uma contribuição significativa para a explicação da variância estatística da qualidade da participação materna na interacção mãe-bebé.

HG4: A percepção materna da intersubjectividade dá uma contribuição significativa para a explicação da variância estatística da qualidade da participação do bebé na interacção precoce.

HG5: A percepção materna da intersubjectividade dá uma contribuição significativa para a explicação da variância estatística da percepção materna do apoio social.

HG6: A percepção materna da intersubjectividade dá uma contribuição significativa para a explicação da variância estatística do investimento parental na criança.

Capítulo VII
Procedimentos e Metodologia

7.1. Definição de variáveis

Na presente investigação temos seis hipóteses gerais que foram apresentadas no ponto anterior. Quanto às variáveis, temos, na primeira hipótese geral, como variável independente, a percepção materna da intersubjectividade e como variável dependente a vinculação materna pós-natal. Na segunda hipótese geral, a variável independente é a percepção materna da intersubjectividade e as variáveis dependentes são os estados emocionais maternos. Relativamente à terceira hipótese geral, a variável independente é, mais uma vez, a percepção materna da intersubjectividade e a variável dependente é a qualidade da participação materna na interacção mãe-bebé. No que respeita à quarta hipótese geral, a variável independente é a percepção materna da intersubjectividade e a variável dependente é a qualidade da participação do bebé na interacção precoce. No contexto da quinta hipótese geral, a variável independente continua a ser a percepção materna da intersubjectividade e a variável dependente é a percepção materna do apoio social. Finalmente, na sexta hipótese geral, a variável independente é a percepção materna da intersubjectividade e a variável dependente é o investimento parental na criança.

7.2. Operacionalização das variáveis

7.2.1. Operacionalização das variáveis sociodemográficas e clínicas

A fim de operacionalizarmos as variáveis sociodemográficas e clínicas, foi construído um Questionário Sociodemográfico e Clínico, especificamente para esta investigação. Neste questionário, foram introduzidas questões relacionadas com os aspectos demográficos, sociais e culturais das mães e dos pais (idade, sexo, nacionalidade, estatuto conjugal, habilitações literárias, área de residência, profissão, estatuto laboral, tipo de relacionamento conjugal, composição do agregado familiar, número de filhos, estatuto socioeconómico, etc.) e dos aspectos relacionados com o bebé (tempo de gestação, parto, temperamento, peso à nascença, comprimento à nascença, tipo de alimentação ao nascimento e actual, doenças e intervenções médicas no período perinatal, medicação, qualidade do sono, comportamentos durante alimentação, choro e saúde actual do bebé).

7.2.2. Operacionalização dos estados emocionais maternos

Para a operacionalização dos estados emocionais maternos, foi escolhida a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de Lovibond e Lovibond. Inicialmente, este instrumento contava com quarenta e dois itens dedicados à psicometria dos estados emocionais negativos relacionados com três constructos sintomatológicos: depressão, ansiedade e *stress* (Lovibond & Lovibond, 1995). A EADS foi adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), numa versão com vinte e um itens, sendo esta a utilizada por nós.

A escala em causa é uma medida de auto-relato, estando os vinte e um itens agrupados em três subescalas constituídas por sete itens cada (Lovibond 1998; Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998; Pais-Ribeiro et al., 2004; Parkitny & McAuley, 2010):

1) Depressão, caracterizada pela perda de auto-estima e de motivação e estando associada a baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida significativos. Segundo Pais-Ribeiro e colegas (2004), esta subescala inclui vários conceitos clínicos, tais como, disforia, desânimo, desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia.
2) Ansiedade, caracterizada pelos estados ansiosos persistentes e pelas respostas de medo intenso. Os conceitos clínicos adjacentes a esta subescala são: excitação do sistema autónomo; efeitos músculo esqueléticos; ansiedade generalizada e experiências subjectivas de ansiedade (Lovibond 1998; Antony et al., 1998; Pais-Ribeiro et al., 2004).
3) *Stress*, caracterizado pelos estados de excitação e tensão, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão (Lovibond 1998; Antony et al., 1998; Pais-Ribeiro et al., 2004). Tem como conceitos clínicos contíguos a dificuldade em relaxar, a excitação nervosa, a facilidade de agitação/aborrecimento, a irritabilidade/reactividade exagerada e impaciência.

Segundo Pais-Ribeiro e colegas (2004), a subescala Depressão tem associados os itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21. A subescala Ansiedade agrega os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20. Quanto aos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 pertencem à subescala *Stress*.

Os itens são afirmações e a escala de resposta é de tipo *Likert* variando entre 0 ("não se aplicou nada a mim") até 3 ("aplicou-se a mim a maior parte das vezes"). Estas subescalas permitem classificar os resultados obtidos quanto à gravidade (Depression-Test.net, 2015. Por exemplo, resultados "normais" variam entre 0 e 9 na Depressão, entre 0 e 7 na Ansiedade e entre 0 e 14 no *Stress.* No caso dos valores "ligeiros", os valores da Depressão variam entre

10 e 13, entre 8 e 9 na Ansiedade e entre 15 e 18 no *Stress.* Valores "moderados" de Depressão oscilam entre 14 e 20, entre 10 e 14 na Ansiedade e entre 19 e 25 no caso do *Stress.* Quanto aos valores "graves", variam entre 21 e 27 na Depressão, entre 15 e 19 na Ansiedade e entre 26 e 33 no que se refere ao Stress. Finalmente, quanto aos valores externamente graves, a Depressão situa-se acima de 28, a Ansiedade encontra-se além dos 30 pontos e o *Stress* conta com as cotações superiores a 37.

Antony e colegas (1998) estudaram as propriedades psicométricas da EADS-42 e da EADS-21 numa amostra clínica. Relativamente à EADS-21, verificou-se que entre os vários factores de este instrumento as correlações são, por vezes, algo elevadas: entre a subescala de *Stress* e a subescala de Depressão a correlação foi de .48, entre a subescala de *Stress* e a de Ansiedade a correlação atingiu o valor de .53 e entre a Ansiedade e a Depressão o valor ficou em .28. Quanto à fiabilidade interna, o coeficiente Alfa de Cronbach situa-se sempre em valores muito elevados: Depressão – α = .94, Ansiedade - α =.87 e *Stress* - α =.91.

A fiabilidade da EADS-21 foi alvo de investigação recente, tendo-se concluído pela sua validade (Osman, Wong, Bagge, Freedenthal, Gutierrez, & Lozano, 2012).

Na amostra multicultural de Oei, Sawang, Goh e Mukhtar (2013), mais exactamente na Malásia, Indonésia, Singapura, Sri Lanka, Taiwan e Tailândia, foi necessário eliminar três itens da subescala *Stress*, pois na análise factorial, aqueles itens encontravam-se em mais do que um factor. Graças a este procedimento, a análise factorial a três factores conseguiu explicar 52.21% da variância total.

No estudo da adaptação portuguesa da versão de 21 itens (Pais-Ribeiro et al., 2004), numa amostra de alunos do ensino superior, o Alfa de Cronbach da subescala de Depressão foi de .74. O valor deste índice na subescala de Ansiedade foi de .81.Por último, na subescala de *Stress,* o valor do Alfa atingiu .88.

Em 2012, Apóstolo, Tanner e Arfken investigaram, novamente, a análise factorial confirmatória da EADS-21 numa amostra portuguesa de utentes dos cuidados básicos de saúde da região de Coimbra. Para as três subescalas da EADS-21, os valores de alfa foram os seguintes: Depressão - .88, Anisedade - .84 e *Stress* - .90, sendo de .95 para a escala total.

7.2.3. Operacionalização da percepção materna de apoio social

Para a operacionalização da percepção materna do apoio social, foi seleccionada a Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais-Ribeiro (ESSS, 1999b). O objectivo de este instrumento é avaliar o grau de satisfação do indivíduo relativamente ao apoio social que

percebe receber no contexto das relações com os outros. Trata-se de uma medida de auto-relato constituída por 15 itens agrupados em quatro factores: "satisfação com amigos" (cinco itens), "intimidade" (quatro itens), "satisfação com a família" (três itens) e "actividades sociais" (três itens). O conjunto de todos os itens permite realizar uma avaliação da satisfação geral face ao apoio social percebido. Os itens são respondidos de acordo com uma escala *Likert* de cinco pontos: "concordo totalmente", "concordo na maior parte", "não concordo nem discordo", "discordo na maior parte" e "discordo totalmente". No estudo de Pais-Ribeiro (1999b), numa amostra de estudantes universitários e do ensino secundário, o Alfa de Cronbach foi de .83 para a subescala "satisfação com amigos", .74 para a subescala "intimidade", .74 para a subescala "satisfação com a família" e, por último, .64 na subescala "actividades sociais".

Esta escala tem sido utilizada em vários contextos de saúde, tais como, em utentes oncológicos (Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003), em familiares cuidadores de indivíduos com paralisia cerebral (Almeida & Sampaio, 2007), em crianças e adolescentes (Gaspar, Pais-Ribeiro, Leal & Matos, 2008), em indivíduos utilizadores de cadeira de rodas (Martins, 2008), em pacientes esquizofrénicos (Carneiro, 2012), em utentes de cuidados continuados (Leite, 2014) e foi, já, adaptada para a população brasileira (Marôco, Campos, Vinagre, & Pais-Ribeiro, 2014).

No estudo de Santos e colegas (2003), com utentes oncológicos diagnosticados nos últimos três meses, a análise de componentes principais veio confirmar o estudo original de Pais-Ribeiro (1999b), sobre os factores a considerar neste domínio: "satisfação com amigos (SA)", "intimidade (I)", "satisfação com a família (SF)" e "actividades sociais (AS)". Todos os itens apresentaram uma carga factorial superior a .50. Quanto à variância, o factor "satisfação com amigos" explicava 32.6% da variância total encontrada, seguido do factor "satisfação com a família" (13.5%). Quanto à fiabilidade interna, registaram-se os seguintes valores: "satisfação com amigos" – α = .83., "intimidade" – α = .74, "satisfação com a família" – α = .74 e "actividades sociais" – α = .64, sendo que, na escala total, α = .85.

A ESSS foi também utilizada com cuidadores de indivíduos com paralisia cerebral (Almeida & Sampaio, 2007), tendo apesentado resultados interessantes na sua relação com a *Life Experiences Survey.*

7.2.4. Operacionalização da vinculação materna pós-natal

Para a operacionalização da vinculação materna pós-natal, foi seleccionada a Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN) de Condon e Corkindale. Este instrumento é um questionário de auto-relato construído segundo o modelo de Condon (1993), "Modelo Hierárquico da Vinculação do Adulto" em que o foco principal da experiência da ligação emocional da mãe ao bebé é o amor que aquela sente por este. Este foco da experiência materna tem como inerentes várias experiências subjectivas que derivam da experiência de amor e medeiam entre este último e o comportamento manifesto. Estas experiências podem ser vistas como disposições ou necessidades de expressão do amor através do comportamento. Entre estas disposições temos a disposição para conhecer, a disposição para estar ou interagir, a disposição para evitar a separação ou a perda, a disposição para proteger e a disposição para gratificar necessidades (Condon, 1993; Condon & Corkindale, 1998). Estas disposições constituem-se como mediadoras entre o núcleo da experiência da ligação emocional e os comportamentos maternos de procura de proximidade, de protecção e de prazer (Condon & Corkindale, 1998; Bussel et al., 2010).

Neste momento, é necessário fazer uma ressalva e referir, sucintamente, como se desenvolve a vinculação materna, as dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé e explicar o modelo Hierárquico da Vinculação do Adulto de Condon (1993).

7.2.4.1. Vinculação materna

Figueiredo (2003) afirma que os primeiros contactos iniciais entre mãe e bebé são fundamentais para o bem-estar do bebé, bem como para a interacção mãe-bebé. Mas, também, que o processo de vinculação da mãe se desenvolve-se em constante interacção com o desenvolvimento da vinculação do bebé, sendo que este processo de desenvolvimento, tanto na mãe como no bebé, implica uma perseverante adaptação mútua. Associadas ao desenvolvimento da vinculação materna, interferem várias dimensões biopsicossociais vividas quer pela mãe, que pelo bebé, quer pelo pai/cônjugue (idem).

Para Figueiredo (2003), Figueiredo Costa, Pacheco e Pais (2005), Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco e Pais (2007, 2008) e Samorinha, Figueiredo e Cruz (2009), a ligação mãe-bebé surge desde a gravidez, sendo a vinculação materna um processo gradual. Isto pode ser verificado desde o primeiro trimestre da gravidez (Samorinha, et al, 2009). Nos primeiros dias após o parto, verifica-se que algumas emoções negativas tendem a diminuir gradualmente (Figueiredo et al., 2007, 2008), sendo que, entre o terceiro e o quinto dia após o parto, os sentimentos negativos já são muito baixos e o apego da mãe em relação ao bebé é, já, bastante

elevado. Para além disso, uma menor ligação afectiva da mãe com o bebé, entre o terceiro e o quinto dia pode estar relacionado com a dor sentida durante o parto e no período após o parto. No estudo de Figueiredo e colegas (2007, 2008), a intensidade da dor surge como uma variável predictora do envolvimento emocional da mãe ao bebé. Por outras palavras, uma menor ligação emocional materna estava associada a uma maior dor no parto e no período após este.

Quanto às dimensões biopsicossociais que interferem na vinculação da mãe e do bebé, desde a gravidez, ao parto e ao pós-parto, podem ter origem na mãe, no bebé e no pai/cônjugue (Figueiredo, 2003). Durante a gravidez, durante o parto e no período pós-parto existem modificações hormonais que estão intimamente relacionadas com a vinculação materna e, ainda, com o bem-estar emocional e psicológico da mãe. Por exemplo, algumas hormonas produzidas no sistema endócrino, nomeadamente no eixo hipotálamo-pituitária-adernal (HPA), sofrem alterações pronunciadas nas mulheres grávidas, devido ao aumento da hormona libertadora de corticotrofina (HLC) (Corwin & Pajer, 2008; Rich-Edwards et al., 2008; O'Keane, et al. 2011). Logo após o nascimento a produção de HLC cessa abruptamente, o que resulta num reequilíbrio do eixo HPA. Estas mudanças parecem estar associadas ao *blues* pós-parto e a outras perturbações afectivas (Corwin & Pajer, 2008; Rich-Edwards et al., 2008; O'Keane, et al. 2011). Esta relação foi evidente na investigação de O'Keane e colegas (2011), que avaliaram no sangue os níveis de HLC, da hormona adrenocorticotrófica (HACT), o cortisol, a progesterona e o estriol em mulheres no terceiro trimestre de gravidez e um a seis dias após o parto; os níveis de HLC, de progesterona e de estriol diminuíram drasticamente entre o terceiro trimestre da gestação e os primeiros seis dias após o parto. O mesmo se verifica no estudo de Chatzicharalampous e colegas (2011) sobre a progesterona e o estriol nos primeiros quatro dias após o parto. Estes estudos, tradicionalmente, estão associados aos estudos sobre o *blues* e depressão pós-parto, como já referimos detalhadamente no capítulo sobre estados emocionais maternos.

Relativamente às dimensões psicológicas e culturais associadas à vinculação materna, temos que ter em atenção a qualidade da relação conjugal, o tipo de envolvimento da mãe com o bebé, a aceitação materna do bebé durante gravidez (Ispa et al., 2007) e o *stress* materno (e.g., Piche et al, 2011) durante a gravidez e depois do parto. Dado que já foi efectuada uma apresentação extensa nos subcapítulos "Estados Emocionais Maternos", "Apoio Social" e "Investimento Parental na Criança" sobre a relação entre vinculação, aspectos psicológicos e sociais, chama-se a atenção do leitor para uma leitura dos supracitados subcapítulos.

7.2.4.2. Modelo Hierárquico da Vinculação do Adulto de Condon

O modelo Hierárquico da Vinculação do Adulto de Condon (1993) surge na tentativa de estudar os factores que relacionam a vinculação adulta pré e pós- natal, bem como, quais os elementos que inibem e facilitam o desenvolvimento da intimidade que surge da vinculação materna (Condon, 1993; Condon & Corkindale, 1997; Carvalho, 2011; Camarneiro, 2012). Durante a gravidez, pai e mãe criam uma imagem mental do seu bebé (Condon, 1993; Carvalho, 2011; Camarneiro, 2012), um ideal de bebé, o qual tem a função de conter todas as projecções parentais (e.g., fantasias, fantasmas, desejos) e expectativas.

Condon (1993; Carvalho, 2011; Camarneiro, 2012), tendo em conta a escassez de investigações e modelos explicativos da vinculação materna pré e pós- natal, cria um modelo fenomenológico de vinculação no adulto.

Este modelo prossupõe a existência de três patamares, em que o núcleo da vinculação é a experiência do amor (Condon, 1993, 2012; Condon, Corkindale, & Boyce, 2008; Carvalho, 2011; Camarneiro, 2012). Enquanto no patamar seguinte temos as disposições subjectivas anteriormente enunciadas e, o terceiro patamar surge da expressão dessas disposições em termos de comportamento de vinculação do adulto face ao bebé.

Neste modelo hierárquico da vinculação parental, a noção de objecto amado, feto ou bebé, assume um papel importante na sua explicação, especialmente na definição das disposições. Ligado à curiosidade sobre a natureza do objecto amado e à necessidade de elaborar as características da sua imagem, no caso o bebé, encontramos a disposição "conhecer". Esta disposição pode ser verificada em comportamentos parentais de busca de informação (Condon, 1993).

Já o desejo de interagir com o bebé e o prazer e satisfação que derivam dessa interacção são reflectidos na disposição "estar/interagir com". Como foi explicado anteriormente, na relação precoce, pais e bebés interagem de formas diversas (idem).

A experiência que poderá ocorrer na separação ou na perda (real ou imaginada) está ligada à disposição "evitar a separação ou a perda". Condon (idem) afirma que a intensidade da perda é proporcional à força do laço da vinculação. Quanto aos comportamentos parentais destinados a prolongar ou maximizar o contacto com o bebé ou a proteger contra a sua perda, poderão, ou não, ser utilizados.

Quando existe uma possibilidade de ocorrência de riscos ou está em causa a existência de danos no bebé, os progenitores poderão accionar um conjunto de comportamentos de protecção que é expresso na disposição "proteger". Contudo, dependendo de factores internos

(e.g., doença) ou externos (e.g., situação financeira) a capacidade de implementar este desejo comportamental poderá estar comprometida (ibidem).

Por vezes, os pais são capazes de adiar a gratificação das suas necessidades dando prioridade à gratificação e satisfação das necessidades do bebé. Tal reflecte uma capacidade altruísta dos pais e verifica-se na disposição disposição para gratificar necessidades. Esta disposição pode ser ainda verificada em comportamentos de satisfação das necessidades antes de o bebé nascer (idem).

Em Portugal, este modelo hierárquico da vinculação parental (Condon, 1993) tem sido estudado e aplicado em investigações sobre o desenvolvimento da vinculação entre mãe, pai e bebé (Camarneiro & Justo, 2009; 2012; Carvalho, 2011; Camarneiro, 2011; Oliveira, 2012; Silva, 2012; Camarneiro & Justo, 2012; Carvalho & Justo, 2014; Carrulo & Justo, 2014).

Resumidamente, no estudo de Carvalho (2011) com mulheres grávidas, avaliadas no segundo e no terceiro trimestre, o tipo de relacionamento das figuras parentais, a sensibilidade sonoro-musical e o tipo de orientação materna da mulher grávida parecem ser influenciados pela representação da vinculação pré-natal. Quanto à investigação de Camarneiro (2011) com casais avaliados no segundo e no terceiro semestre e entre as oito e as doze semanas após o parto, a vinculação materna pré-natal é influenciada pela idade, planeamento da gravidez e por varáveis psicológicas (e.g., atitudes face à gravidez e maternidade, imagem corporal, necessidade de dependência, relação com a mãe, apoio do cônjugue, *coping* e estados emocionais) durante o período de gestação enquanto, após o parto, a vinculação paterna aumenta bem como a satisfação conjugal diminui e aumenta o risco psicológico da mãe.

7.2.4.3. A adaptação portuguesa da Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN)

A EVMPN de Condon e Corkindale (1998) é constituída por dezanove afirmações pontuáveis em escala que podem variar entre um mínimo de um ponto e um máximo de dois a cinco pontos. Através da análise factorial, obtiveram-se três factores que permitem organizar a informação relativa à vinculação materna posterior ao nascimento: 1) "qualidade da vinculação" (9 itens); 2) "ausência de hostilidade" (5 itens) e 3) "prazer na interacção" (5 itens). Da soma de todos os itens, pode deduzir-se um factor geral.

Numa amostra de mães holandesas, foram encontradas variações nos coeficientes Alfa de Cronbach daqueles três factores em dois momentos distintos: num primeiro momento, entre as oito e as doze semanas e, num segundo momento, entre as vinte e as vinte e cinco semanas após o nascimento (van Bussel, Spitz, & Demyttenaere, 2010). No primeiro

momento, os valores de consistência interna foram de .50 para o factor ausência de hostilidade (AH), de .50 para o factor prazer na interacção (PI), de .60 para o factor qualidade da vinculação (QV) e de .75 para o factor geral (FG). No segundo momento, os Alfas foram de .68 para o FG, .44 para AH, de .52 para PI e de .57 para QV (van Bussel et al., 2010). Na adaptação à população italiana (Scopesi, Viterbori, Sponza, & Zucchinetti, 2004), foi verificado um Alfa de .77 para o factor geral. Contudo, não se verificou a mesma divisão em três factores. Encontraram-se seis factores, que são uma subdivisão dos três originais e que explicam 57% da variância (idem).

A EVMPN também foi utilizada para avaliar a relação entre qualidade de vinculação e desenvolvimento socioemocional de crianças com seis meses de idade (Vissemberg, 2010). Em simultâneo, foram utilizadas os *Ages and Stages Questionaires: Social-Emotional* (ASQ:SE) para avaliar o desenvolvimento socioemocional dos bebés (Squires et al., 2002, *cit in* Vissember, 2010). Através da análise da regressão, entre os valores da EVMPN e dos ASQ:SE, observaram-se várias relações: a) a ausência de hostilidade associava-se positivamente com o desenvolvimento socioemocional do bebé, b) o prazer na interacção apresentava uma relação negativa com o desenvolvimento socioemocional do bebé e c) a qualidade da vinculação materna não apresentava qualquer associação.

Mason, Briggs e Silver (2011) também investigaram a relação entre qualidade de vinculação e desenvolvimento socioemocional do bebé, em conjugação com a depressão pós-parto e com a disfuncionalidade interactiva entre pais e filhos aos dois e aos seis meses após o parto. No que respeita à vinculação materna pós-natal, observou-se que esta variável desempenhava um papel mediador nas relações entre, por um lado, depressão materna aos dois meses e, por outro lado, risco de desenvolvimento socioemocional da criança e risco de relação disfuncional entre a mãe e o bebé aos seis meses.

Contudo, Cremona (2008), que utilizou a EVMPN juntamente com outras escalas, para estudar os factores pré-natais que se correlacionavam com a vinculação materna e com a depressão às seis semanas após o parto, teve dificuldade em encontrar dados que apoiem esta escala enquanto avaliação da vinculação. Tal poderá ser explicado por Cremona (2008) ter efectuado o seu estudo com jovens adolescentes, enquanto o estudo de Condon e Corkindale (1998) se situou na idade adulta.

7.2.4.4. Adaptação à população Portuguesa

Relativamente à adaptação portuguesa da EVMPN, após a obtenção da autorização dos autores, a primeira etapa consistiu na tradução da versão em língua inglesa para uma versão em língua portuguesa após o que foi realizada uma retroversão para a língua inglesa. A tradução foi efectuada pelo investigador e pelo seu orientador. Quanto à retroversão foi realizada por uma técnica superior de Estudos Portugueses e Ingleses, com pós-graduação em Tradução na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. As diferenças entre a versão portuguesa e a versão original foram mínimas (ver anexos) e, por esse motivo, a versão portuguesa foi considerada como apta para iniciar as aplicações com participantes portugueses.

Depois desta primeira fase, procedeu-se a um conjunto de aplicações tendo em vista assegurar-nos da viabilidade do instrumento quando se iniciasse a investigação em causa. Estas aplicações foram realizadas com cinco participantes cujas idades variavam entre vinte e um e trinta e três anos com formação universitária concluída ou em curso. As apreciações recolhidas foram globalmente favoráveis (ausência de palavras complicadas ou ambíguas, questões claras e de fácil compreensão, não levantando dúvidas; ver anexos).

7.2.4.5. Amostra

Seguidamente, recrutámos uma amostra de mães de bebés (N = 193) enquanto aguardavam na sala de espera das consultas de rotina em Pediatria e, também, em infantários. Em ambos casos, as aplicações decorreram na região da grande Lisboa e do grande Porto. Nesta primeira amostra, a média das idades dos bebés era de 199.92 dias. Entretanto, foram também realizadas aplicações em mães de bebés pré-termo (N = 40) na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em contexto de investigações de Mestrado em Psicologia (Oliveira, 2012; Silva, 2012). Nesta segunda amostra, a média das idades dos bebés era de 19.80 dias. Em ambas as amostras, o procedimento foi idêntico. Depois de as mães lerem e assinarem a Folha de Informação à Participante e o Consentimento Informado, procedeu-se ao preenchimento dos vários instrumentos: Questionário Sociodemográfico, EVMPN, ESSS e EADS.

Da agregação das duas amostras, resultou um conjunto de 233 aplicações. Na tabela 1, podem ser observadas algumas das características sociodemográficas das mães, dos seus companheiros e dos seus bebés.

Tabela 1. Dados sociodemográficos das mães e respectivos companheiros (n = 233)

Variáveis	Mínimos	Máximos	Médias	Desvios Padrão
Idade da mãe	21	47	33.17	4.63
Escolaridade da mãe	.00	24	14.49	.25
Anos de relação conjugal	.00	20.00	7.08	4.12
Número de filhos	1	5	1.68	.85
Idade do pai	22	57	34.57	5.43
Escolaridade do pai	1	24	13.36	.25
Nº de Gravidezes	1	7	2.08	1.17
Total de interrupções da gravidez	0	4	0.39	0.05
Semanas de gestação no nascimento	26	42	37.46	3.08
Peso à nascença	490g	4400g	2898.76g	49.13
Comprimento à nascença	30cm	72cm	47.26cm	.30
Apgar 1º minuto	3	10	8.83	.08
Apgar 5º minuto	7	10	9.79	.03

Além dos dados referidos na Tabela 1, importa mencionar que a nacionalidade quer das mães quer dos pais era portuguesa em 79% dos casos. Quanto ao estatuto conjugal, 70% das mães viviam com o pai do bebé ou em regime de casamento ou de união de facto. No que respeita à indução do parto, mais de 60% afirma que tal não foi necessário. Finalmente, no que respeita à utilização de anestesia, este recurso foi utilizado em 64.5% da amostra, observando-se que a utilização de anestesia geral e de raquianestesia foi extremamente reduzida e, por consequência, o uso de anestesia epidural teve lugar na ampla maioria das situações.

7.2.4.6. Resultados

Foram realizadas várias análises factoriais de forma a determinar qual a melhor estrutura factorial para este questionário. A melhor opção pareceu-nos ser a análise de componentes principais, com rotação Varimax, forçada a três factores. Nesta análise, mantiveram-se os três factores do estudo original (Condon & Corkindale, 1998), os quais conseguiram explicar 78.95% da variância total.

Tabela 2. Análise de componentes principais da versão portuguesa, com rotação Varimax forçada a 3 factores (N = 233)

Descrição dos itens	QV*	AH**	PI***
1 - Quando eu estou a cuidar do bebé, eu tenho sentimentos de aborrecimento ou irritação		.74	
2 - Quando eu estou a cuidar do bebé, eu tenho a sensação de que a criança está a ser propositadamente difícil ou a tentar chatear-me		.52	
3 - Nas últimas duas semanas, eu descreveria os meus sentimentos em relação ao bebé como	.57		
4 - Acerca do meu nível global de interacção com o bebé, eu	.53		
5 - Quando eu estou a interagir com o bebé, eu sinto-me	.64		
6 - Quando eu estou com o bebé, sinto-me tensa e ansiosa	.46		
7 - Quando eu estou com o bebé e outras pessoas estão presentes, eu sinto-me orgulhosa do bebé			.93
8 - Eu tento envolver-me o máximo possível brincando com o bebé			.91
9 - Quando eu tenho de deixar o bebé			.82
10 - Quando eu estou com o bebé			.94
11 - Quando eu não estou com o bebé, eu dou por mim a pensar acerca do bebé			.84
12 - Quando eu estou com o bebé			.93
13 - Quando eu tenho estado afastada do bebé por algum tempo e estou quase a voltar para ele/ela de novo, eu costumo sentir			.96
14 - Eu agora penso em relação ao bebé como			.93
15 - Acerca das coisas que nós tivemos de desistir por causa do bebé		.43	
16 - Nos últimos três meses, eu tenho sentido que eu não tenho tempo suficiente para mim ou para perseguir os meus próprios interesses		.59	
17 - Cuidar deste bebé é uma responsabilidade muito pesada. Creio que isto é		.54	
18 - Eu confio no meu próprio julgamento para decidir o que o bebé precisa	.47		
19 - Normalmente, quando eu estou com o bebé		.54	

* Qualidade da vinculação; ** Ausência de hostilidade; *** Prazer na interacção

Como se pode verificar na Tabela 2, alguns itens que na versão original Australiana (Condon & Corkindale, 1998) estavam associados à Qualidade da vinculação, passaram para o factor Prazer na interacção (itens 7, 10 e 14) e para o factor Ausência de hostilidade (item 19). O que sugere que, nas mães portuguesas, algumas questões teóricas ligadas à vinculação são mais valorizadas no prazer da interacção e na hostilidade. Quanto aos índices de saturação, encontram-se sempre acima de .40. Na Tabela 3, podem observar-se os valores dos Alfas de Cronbach relativos aos três factores bem como ao Factor geral (FG).

Tabela 3. Valores do coeficiente de Alfa de Cronbach na EVPM (N = 233).

Factor geral	.86
Qualidade da vinculação	.47
Ausência de hostilidade	.55
Prazer na interacção	.97

Entre as subescalas da EVPM, verificámos correlações positivas entre o FG e os restantes factores: a) entre FG e QV, r = .498, *p* = .000; b) entre FG e AH, r = .185, *p* = .005; c) entre FG e PI, r = .929, *p* = .000; d) entre QV e AH, r = .281, *p* = .000 e e) entre PI e AH, r = -.147, *p* = .027.

7.2.5. Escalas da Avaliação da Interacção Mãe-Bebé de Tiffany Field

São duas as escalas criadas por Field (1980; Figueiredo, 1997; Figueiredo & Dias, 2013) que consistem numa grelha de observação preenchida por um ou mais observadores dos comportamentos do bebé e da mãe em interacção. Neste sistema de observação, solicita-se às mães de bebés entre três e doze meses de idade que brinquem com ou que alimentem os seus bebés em situação face-a-face durante cinco minutos. Preferencialmente, estas observações são conduzidas em ambiente domiciliário. De forma a que as interacções possam ser cotadas por avaliadores externos à observação, as interacções são registadas em vídeo. O registo pode decorrer com duas câmaras de vídeo (uma direccionada para a mãe e outra direccionada para o bebé) ou, em alternativa, com uma câmara de vídeo direccionada para o bebé atrás do qual se encontra um espelho que capta a imagem da mãe.

Estas duas escalas foram criadas para estudar a qualidade dos comportamentos que o bebé e a mãe utilizam durante a interacção (Figueiredo, 1997). Na situação em que a mãe brinca com o bebé, são utilizadas duas grelhas, uma para cotar o comportamento materno e outra para cotar o comportamento do bebé. Na situação em que a mãe alimenta o bebé, o procedimento de cotação também decorre com duas grelhas. Assim temos a avaliação da mãe (IRSff, interacção face-a-face com dez itens cotados de um a três pontos; IRSal, interacção alimentar com nove itens, cotados de um a três pontos) e a avaliação do bebé (IRSff, interacção face-a-face com sete itens, cotados de um a três pontos; IRSal, interacção alimentar com cinco itens, cotados de um a três pontos).

Na adaptação portuguesa (Figueiredo, 1997; Figueiredo & Dias, 2013), foi utilizada uma amostra constituída por cinquenta e uma díades. Quanto às avaliações do bebé com a escala IRSff aos 3 e aos 6 meses, a correlação entre ambas é de .56 e, entre as avaliações aos 6 e 12 meses a correlação é de .63. Com a escala IRSal do bebé, a correlação entre os 3 e os 6 meses é de .53 e entre os 6 e os 12 meses a correlação é de .60. No que respeita às avaliações da mãe com a escala IRSff entre os 3 e os 6 meses a correlação é de .70 e entre os 6 e os 12 meses é de .77. Finalmente, com a escala IRSal da mãe, entre os 3 e os 6 meses temos uma correlação de .54 e entre os 6 e os 12 meses a correlação é de .63.

A consistência interna de este instrumento foi analizada com recurso aos coeficientes Alfa de Cronbach utilizando os dados relativos aos 3 meses de idade do bebé: a) IRSff do bebé – α = .85; b) IRSff da mãe – α = .91; c) IRSal do bebé – α = .87 e d) IRSal da mãe – α = .82.

Esta escala de avaliação da interacção tem sido estudada em mães adolescentes e nos seus bebés (Martinez et al., 1996) e em mães com depressão (Pelaez-Nogueras, Field, Ligales, Gonzales, & Clasky, 1994; Carmarneiro et al., 2009).

Camarneiro e colegas (2009) também utilizaram esta grelha de observação em bebés pré-termo. O objectivo de este estudo foi conhecer as qualidades interactivas de bebés pré-termo (30 díades mãe-bebé) – na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) -, nas duas situações, e que factores estão associados à interacção mãe-bebé. O tempo de internamento do bebé na UCIN parece influenciar a qualidade dos comportamentos da díade mãe-bebé durante a situação alimentar, isto é, quanto maior o tempo de internamento melhor é a qualidade dos comportamentos interactivos (Carmarneiro et al., 2009).

Pelaez e colegas (1994), utilizaram estas escalas para estudar os comportamentos na interacção face-a-face em mães adolescentes e em educadoras de infância de bebés com uma idade média de 3 meses. Comparando os comportamentos interactivos das mães adolescentes deprimidas e das educadoras, concluiu-se que os cuidadores não deprimidos conseguem elicitar comportamentos mais positivos dos bebés e menos comportamentos negativos.

Todos os 61 vídeos da amostra do nosso estudo foram cotados pelo investigador que teve formação sobre estes procedimentos com a Professora Doutora Bárbara Figueiredo.

Do total de 61 vídeos, 10 vídeos foram observados e cotados pela Doutora Cláudia Castro Dias, técnica de investigação da Universidade do Minho formada na utilização e cotação destas escalas, também, pela Professora Doutora Bárbara Figueiredo. Todas as cotações foram efectuadas manualmente, de forma a serem verificados os índices de concordância entre o investigador e a observadora externa de acordo com o cálculo do *Kappa de Cohen*. Este valor foi superior a .85.

7.2.6. Escala de Investimento Parental na Criança de Bradley, Whiteside-Mansell, Brisby e Caldwell

Este questionário de auto-relato foi criado por Bradley e colegas (1997) com o objectivo de avaliar o investimento socioemocional dos pais em relação aos seus filhos. Este questionário é constituído por vinte e quatro itens cujas respostas são registadas em escalas de

tipo *Likert* variando entre 1 (concordo fortemente) e 4 (discordo fortemente). No estudo de validação empírica desta escala realizado por Bradley e colegas (1997), esta escala apresentou quatro factores com valores de Alfa de *Cronbach* a variar entre .70 e .75.

Os quatro factores extraídos são os seguintes:

1) "Aceitação do Papel Parental": define-se como aceitação do filho e do papel parental, que se reflecte em escolhas consistentes por parte dos pais em agir no melhor interesse do filho;
2) "Prazer": consiste na alegria e prazer que o pai experimenta com o filho, incluindo afecto e o desejo de passar tempo com a criança;
3) "Conhecimento/Sensibilidade": compreende o conhecimento e sensibilidade face às necessidades da criança;
4) "Ansiedade de Separação": ou seja, as preocupações relacionadas com a separação relativamente ao filho (Bradley et al., 1997).

Em 2001, Whiteside-Mansell, Bradley e Rakon encontraram diferenças no investimento parental nos pais e nas mães. Houve diferenças na dimensão "Ansiedade de Separação" entre pais e mães, indicando que, nas mães, a ansiedade de separação era mais uniforme. Porém, quando as mães apresentavam altos níveis de ansiedade de separação, os pais também apresentavam valores elevados, pois houve uma correlação alta entre os valores dos casais (.73). Já entre os valores maternos e paternos na dimensão "Aceitação do Papel Parental", a correlação foi baixa. Os pais também apresentaram mais "Prazer" em estar com os seus filhos do que as mães, enquanto na dimensão "Conhecimento/ Sensibilidade" as mães eram mais sensíveis aos seus filhos do que os pais.

Gameiro, Martinho, Canavarro e Moura-Ramos (2008), adaptaram esta escala para a população portuguesa. Contudo, a distribuição dos itens pelos quatro factores originais mostrou que alguns dos itens do factor "Ansiedade de Separação" se dissolviam nas outras dimensões, com maior incidência na subescala "Prazer". Devido às dificuldades em manter a estrutura factorial, na adaptação portuguesa, Gameiro e colegas (2006) procederam à Análise de Componentes Principais com rotação ortogonal de tipo *Varimax*, levando à exclusão de todos os itens da subescala "Ansiedade de Separação", reduzindo a estrutura factorial a três factores. Quanto à variância explicada foi de 41.19%. A consistência interna da escala e dos seus factores variou entre .67 e .68. A estabilidade temporal do factor geral e das subescalas mostrou-se elevada.

A Escala de Investimento Parental na Criança foi utilizada em populações diversas gerando resultados interessantes. Por exemplo, Gameiro, Canavarro, Boivin, Moura-Ramos, Soares e Santos (2011) utilizaram esta escala em casais inférteis que recorreram a fertilização assistida. Mais recentemente, Freitas (2011; 2012) investigou o investimento parental em mães de crianças nascidas pré-termo.

7.2.7. Inventário da Percepção Materna da Intersubjectividade do Bebé na Relação Precoce

Este inventário tem, como objectivo, contribuir para a compreensão da intersubjectividade do ponto de vista materno durante os primeiros doze meses de vida do bebé. Como objectivo específico, a escala pretende estudar as percepções maternas da intersubjectividade relativamente às interacções mãe-bebé. A construção do Inventário da Percepção Materna da Intersubjectividade do Bebé na Relação Precoce (IPMIBRP) foi efectuada através de um conjunto de etapas que vamos agora descrever de forma pormenorizada.

7.2.7.1. Grupo de foco e entrevista semiestruturada

Na primeira etapa, foi executado um pequeno filme, com quinze minutos, de uma bebé. Esta bebé a que vamos chamar Maria, tinha três meses de idade e foi filmada em casa em diversas situações do quotidiano: 1) a brincar com a mãe no seu quarto; 2) Maria a brincar com a mãe no quarto da mãe; 3) Maria a brincar com a mãe na cozinha; 4) Maria a tomar banho e 5) Maria a ser alimentada pela mãe com biberão.

Na segunda etapa, contactámos uma IPSS do zona do Grande Porto que tem doze berçários, creches e jardins-de-infância, de forma a recrutarmos mães de bebés com idades entre três e nove meses para a criação de dois grupos-foco. Após a apresentação do projecto de investigação à direcção da IPSS, foram contactadas as directoras locais que se encarregaram de estabelecer os contactos com as mães. Esse contacto passou pelo envio de um convite formal para que as mães estivessem presentes numa apresentação. Nessa apresentação foi exposto o projecto e pedida a cooperação das mães. Apenas as mães de um berçário participaram na apresentação e decidiram colaborar (N = 9).

Duas semanas depois, decorreu o grupo de foco que foi registado por duas câmaras de vídeo. Neste grupo, foi o filme da Maria e, no final, foram colocadas as seguintes questões: 1)

"Acha que é capaz de adivinhar o que o bebé está a sentir?"; 2) "Acha que consegue adivinhar o que o bebé está a pensar"?; 3) "Acha que pode adivinhar o que o bebé está a tentar comunicar?"; 4) "Acha que consegue compreender o que o bebé está a comunicar?"; 5) "Acha que compreende o que o bebé está a sentir?" e 6) Compreende o que o bebé está a pensar?".

Como no grupo foco apenas participaram nove mães, iniciámos a procura de mais nove, para apresentar o filme de Maria e fazer uma entrevista semiestruturada, com as mesmas questões que foram levantadas às mães do grupo foco. Foi lançado um pedido de ajuda nas redes sociais e nove mães do grande Porto responderam e aceitaram colaborar. As entrevistas decorreram em ambiente domiciliário exceptuando uma que decorreu em contexto laboral. A estas mães, foi apresentado o filme da Maria e, seguidamente, foram colocadas as questões referidas anteriormente. Todo o processo de entrevista foi registado em vídeo.

7.2.7.1.1. Amostra

A amostra do grupo de foco e das entrevistas semiestruturadas é de dezoito mães, todas de nacionalidade portuguesa. Na Tabela 4., podem ser observados alguns dos dados sociodemográficos destas mães.

Tabela 4. Dados sociodemográficos das mães (N = 18)

	Idade	Esc.*	Emprego**	Des.***	Vive c/pai do bebé	Rel. conjugal ****	Filhos
N	18	18	18	6	18	16	18
Média	32.61	13.61		24.33		8.55	1.50
Mediana	33.50	13.50		14.00		8.00	1.0
Desvio Padrão	4.16	4.07		29.58		4.13	.62
Sim			12		16		
Não			6		2		

* Escolaridade; ** Estatuto laboral; ***Desemprego em meses; ******Anos de relacionamento

Quanto aos cônjuges destas mães, a média de idades é de 35.5 anos (SD = 4.84), a escolaridade média é de 12 anos (SD = 5.09), em que 88.89% são de nacionalidade portuguesa e, também, 88.89% vivem numa relação conjugal com as mães dos bebés. Quanto ao desemprego, afecta apenas 11.1% da amostra; nesses casos, o desemprego tem uma duração média de 1.5 meses (SD = .71).

7.2.7.1.2. Indicadores da gravidez

Esta amostra foi, também, estudada do ponto de vista reprodutivo. A este respeito, os dados podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 5. Indicadores obstétricos (N = 18)

		Média	Mediana	Desvio padrão
Nº interrupções da gravidez		.35	.00	.61
Nº de gravidezes		1.83	2.00	.79
Nº de semanas gestação no momento do parto		38.59	38.00	1.73
Horas de trabalho de parto		5.78	3.00	6.12
IEG		.29	.00	.59
IVG		.06	.00	.24
		n		%
Gravidez	- Sim	18		100.0
desejada	- Não	0		0.0
Gravidez	- Sim	13		72.2
planeada	- Não	4		22.2
	- Missing	1		5.6
Tipo de	- Vaginal	9		50.0
parto	- Cesariana	9		50.0
Parto	- Sim	4		22.2
instrumentalizado	- Não	14		77.8
Cesariana	- Sim	5		55.55
planeada	- Não	4		44.45
Parto	- Não	14		77.8
induzido	- Sim	3		16.7
	- Missing	1		5.6
Tipo	- Nenhuma	2		11.1
de	- Epidural	12		66.7
anestesia	- Raquianestesia	1		5.6
	- Missing	3		16.7

7.2.7.1.3. Dados dos bebés

Em relação aos bebés das mães que aceitaram participar nesta amostra, os dados apurados encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6. Dados dos bebés (N = 18)

	Média	Mediana	Desvio padrão
Idade cronológica (meses)	5.56	6.00	2.57
Peso à nascença	3.10	2.90	460
Comprimento à nascença	48.55	49.00	2.62
APGAR 1	8.83	9.00	.38
APGAR 2	9.83	10.00	.39

No que concerne a estes bebés, podemos ainda adiantar que a necessidade de intervenção médica ocorreu muito raramente (11.1%). Em relação à alimentação no momento da entrevista, na maior parte dos casos os bebés eram amamentados (44.4%), enquanto 11.1% praticavam um aleitamento misto e apenas 5.6% praticavam o aleitamento artificial, sendo nos restantes casos praticada uma alimentação alternativa (16.7%). De acordo com as avaliações das mães, o comportamento alimentar dos bebés apenas era difícil em 11.1% das situações. O sono apenas era considerado agitado ou difícil por 16.7 das mães. Na percepção materna, o temperamento do bebé apenas era difícil em 5.6% dos bebés. Igualmente raros eram os casos de choro difícil (11.1%). Nesta amostra, a saúde dos bebés era descrita como boa (77.8%) sendo que 55.6% dos bebés não tomavam qualquer medicação.

7.2.7.2. Criação dos itens da primeira versão da IPMIBRP

Posteriormente ao grupo foco e às entrevistas semiestruturadas, procedeu-se à transcrição das verbalizações das mães (ver anexos), de forma a podermos efectuar uma análise cuidada do discurso materno e respectivo agrupamento em categorias. Seguidamente, procedeu-se à construção de setenta e seis itens (ver em anexo a descrição dos itens).

Para organizar a resposta a estes itens, optou-se pela formatação em escalas tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre 1- Discordo totalmente, 2- Discordo um pouco, 3- Não discordo nem concordo, 4- Concordo um pouco e 5- Concordo completamente.

Posteriormente, iniciámos um estudo pré-teste para estudar as propriedades psicométricas do questionário. Para isso, contactámos novamente a IPSS supracitada e clínicas pediátricas da zona metropolitana do Porto, além de uma Associação Cultural, também, frequentada por pais e bebés. Nestas instituições, apresentou-se o projecto de investigação e uma solicitação para recrutar sessenta mães para concluir este pré-estudo.

Em relação aos bebés das mães que aceitaram participar nesta amostra, os dados apurados encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7. Dados sociodemográficos das mães (N = 62)

	Idade	Nacionalidade	Esc.*	Emprego**	Des.***	Vive c/pai do bebé	Rel. conjugal ****	Filhos
N	58	62	62	61	8	61	61	61
Média	33.21		14.93		17.37		.88	1.38
Mediana	33.50		17.00		12.00		1	1
Desvio Padrão	3.85		3.57		14.58		.32	.58
Sim		60		50		58		
Não		2		11		2		

* Escolaridade; ** Estatuto laboral; ***Desemprego em meses; ******Anos de relacionamento

Quanto aos cônjuges destas mães, a média de idades é de35.68 anos (SD = 4.79), a grande maioria eram portugueses (90.3%), a média da escolaridade foi de 13.47 (SD = .36), o desemprego variou entre 18 à 36 meses de inactividade, sendo que 82.3% eram casados ou viviam em união de facto. Na Tabela 8 podem observar-se os dados relativos às variáveis obstétricas desta amostra.

Tabela 8. Indicadores obstétricos (N = 62)

		Média	Mediana	Desvio padrão
Nº interrupções da gravidez		1.16	1	.38
Nº de gravidezes		1.54	1	.78
Nº de semanas gestação no momento do parto		37.98	38	4.76
Horas de trabalho de parto		6.69	2	9.03
IEG		1.16	1	.38
IVG		0		
		n		%
Gravidez desejada	- Sim	59		95.2
	- Não	2		3.2
Gravidez planeada	- Sim	53		85.5
	- Não	7		11.3
	- Missing	2		3.2
Tipo de parto	- Vaginal	16		25.8
	- Cesariana	44		71.0
	- Missing	2		3.2
Parto instrumentalizado	- Não	41		66.1
	- Forceps	1		1.6
	- Ventosa	5		8.1
	- Missing	15		24.2
Cesariana planeada	- Não	11		17.7
	- Sim	32		51.6
	- Missing	19		30.6
Parto induzido	- Não	27		43.5
	- Sim	14		22.6
	- Missing	21		66
Tipo de anestesia	- Nenhuma	3		4.8
	- Epidural	39		62.9
	- Geral	2		3.2
	- Raquianestesia	3		4.8
	- Missing	15		24.2

Tal como se observa, as mães desta amostra, na sua grande maioria são mães pela primeira vez, as suas gravidezes terminaram a termo e, em geral, tratam-se de gravidezes desejada e planeadas. Na Tabela 9, constam alguns dos dados relativos aos bebés destas mães.

Tabela 9. Dados do bebé (N = 62)

	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade cronológica (meses)	5.61	6	2.32
Peso à nascença	3.13	3.16	.47
Comprimento à nascença	47.98	48.50	2.95
APGAR 1	8.74	9	1.07
APGAR 2	9.80	10	.46

Apenas 8% dos bebés foram alvo de intervenção médica. Quanto à alimentação, em 56.5% da amostra a opção é a amamentação, ocorrendo o aleitamento artificial em 12.9% e o aleitamento misto em 6.5%.

7.2.7.3. Resultados do pré-teste

A análise de componentes principais mostrou que os 76 itens têm subjacente um conjunto de 20 componentes que, por sua vez, explicam 86.47% da variância explicada. Tendo em consideração que a partir do décimo terceiro componente principal a percentagem de variância explicada era muito baixa, foi decidido reter apenas os itens cujo índice de saturação nos primeiros 13 componentes fosse superior a .5. Desta decisão, resultou um conjunto de 43 itens. Este novo conjunto de itens foi também sumetido a análise de componentes principais e, daí, emergiram 13 componentes capazes de explicar 82.02% da variância. Desta análise, resultou uma nova selecção de itens que teve, como critério, mais uma vez, o índice de saturação ser superior a .5; o resultado desta selecção foi um novo conjunto de 32 itens. Na análise subsequente, surgiram 4 componentes principais capazes de explicarem 55.81% da variância total. Ao avaliar os valores da anti-imagem, decidimos excluir todos os itens que apresentassem valores abaixo de .5. Desta nova selecção, resultou um conjunto de 22 itens. Este conjunto foi analisado do ponto de vista dos componentes principais com recurso a rotação varimax. Embora tenham surgido 6 factores que explicavam 68.97% da variância, pareceu-nos que os 4 primeiros factores seriam os que deveriam ser retidos; os 2 últimos factores não conseguiam captar quaisquer itens na competição com os outros factores. Os factores mais importantes apresentavam-se relacionados com os seguintes itens: Factor 1- 24, 25, 27, 31, 33, 47, 50 e 75; Factor 2- 9, 26, 37, 51, 56, 59 e 67; Factor 3- 29, 46, 48 e 69 e Factor 4- 58, 68 e 72. Nesta divisão, apenas 4 itens apresentavam índices de saturação inferiores a .5: 27 (.499), 51(.494), 58 (.470) e 67 (.489).

Tabela 10. Matriz de Componentes Principais, 22 itens (rotação Varimax e normalização de Kaiser)

Itens	Componentes			
	1	2	3	4
IPMIBRP* 9		.68		
IPMIBRP 24	.86			
IPMIBRP 25	.72			
IPMIBRP 26		.52		
IPMIBRP 27	.49			
IPMIBRP 29			.65	
IPMIBRP 31	.69			
IPMIBRP 33	.61			
IPMIBRP 37		.69		
IPMIBRP 46			.72	
IPMIBRP 47	.86			
IPMIBRP 48			.73	
IPMIBRP 50	.66			
IPMIBRP 51		.49		
IPMIBRP 56		.72		
IPMIBRP 58				.47
IPMIBRP 59		.72		
IPMIBRP 67		.49		
IPMIBRP 68				.74
IPMIBRP 69			.53	
IPMIBRP 72				.79
IPMIBRP 75	.52			

*Inventário da Percepção Materna da Intersubjectividade do Bebé na Relação Precoce

Da análise do conteúdo dos itens, foi possível denominar os respectivos domínios psicológicos: factor 1- uso dos estados emocionais e dos movimentos corporais do bebé para comunicar com a mãe; factor 2- capacidade do bebé para partilhar os estados emocionais; factor 3- comunicação do prazer e factor 4- comunicação através de mensagens de sofrimento. Os índices de consistência interna foram calculados relativamente a estas dimensões: factor 1- $\alpha = .85$; factor 2- $\alpha = .85$; factor 3- $\alpha = .76$ e factor 4- $\alpha = .51$.

Como o factor 4 apresentava apenas 3 itens (58, 68 e 72), decidimos criar mais 3 itens que reflectissem aspectos negativos na comunicação mãe-bebé: a) “Se o meu bebé está com cólica, ele comunica isso chorando ou gemendo.”; b) “Quando o meu bebé está em

sofrimento, ele fica ofegante e o corpo fica rígido." e c) "Tenho a sensação que o meu bebé está a sofrer um grande desconforto quando ele faz caretas de dor e o corpo começa a tremer". Da junção dos anteriores 22 itens com estes novos 3 itens, surgiu uma nova versão com 25 itens cuja análise requereu uma nova amostra de 125 mães.

7.2.7.4.1. Amostra de 125 mães

Para construir a segunda versão da IPMIBRP foi necessário construir uma nova amostra. Esta nova amostra foi recrutada na IPSS já mencionada anteriormente, além de clínicas pediátricas e de dois hospitais privados da zona metropolitana do Porto. As mães foram seleccionadas de acordo com os seguintes critérios de inclusão/exclusão: 1) mães de bebés com três meses ou mais; 2) que recorram aos serviços de consultas dos cuidados primários; 3) serem mães de bebés nascidos a termo e sem risco de saúde declarado; 4) os bebés não terem problemas de desenvolvimento; 5) bebés sem internamentos hospitalares; 6) mães sem perturbação mental declarada; 7) mães sem medicação psicofarmacológica e 8) mães sem comportamentos aditivos.

7.2.7.4.1.1. Dados sociodemográficos da mãe

Na Tabela 11, podem observar-se alguns dos dados sociodemográficos desta amostra.

Tabela 11. Dados sociodemográficos da mãe, do pai e do bebé (N = 125)

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Idade da mãe	32.98	4.32	20	45
Escolaridade com sucesso da mãe	14.96	3.37	6	20
Desemprego da mãe (em meses)	22.14	22.08	1	96
Idade do pai	34.41	4.73	26	46
Escolaridade com sucesso do pai	13.43	3.74	4	19
Desemprego do pai (em meses)	8.60	4.82	3	15
Idade cronológica do bebé (em meses)	5.67	2.13	2	9
Peso do bebé à nascença	3208.48gr	489.34gr	2225.00gr	4280.00gr
Comprimento do bebé à nascença	48.94	2.46	43	59
APGAR 1	8.53	1.42	2	10
APGAR 2	9.57	1.57	5	10

No que concerne ao estatuto laboral destas mães, 75.2% encontram-se no activo, a grande maioria são casadas (76%) e quase todas são Portuguesas (94%). A grande maioria dos

pais é de nacionalidade Portuguesa e que 88% encontram-se no activo. Apenas em 3,2% da amostra, as mães não vivem com o pai do bebé. Quanto ao estatuto socioeconómico, 69% das famílias são de classe média-alta.

7.2.7.4.1.3. Indicadores obstétricos

Nesta amostra, a média de gravidezes por mulher é de 1.64 (SD = .92), a média de filhos vivos é de 1.40 (SD = .57) e a média da idade do filho mais velho é de 6.03 anos de idade (SD = 3.85). Quanto às questões da prematuridade, apenas 17.6% tiveram um parto pré-termo. Relativamente às interrupções de gravidez, 16% afirmam que sofreram uma interrupção espontânea da gravidez enquanto apenas 2.4% relatam que já fizeram uma interrupção voluntária da gravidez. Em relação à última gestação, na ampla maioria dos casos tratou-se de uma gravidez planeada (88%) e gravidez desejada (81.6%). Em média, os partos das últimas gravidezes tiveram lugar às 38.60 semanas (SD = 1.25) e a duração média do trabalho de parto 6.60 (SD = 11.36). Por último, no que concerne aos dados clínicos do parto, 35.2% das mães tiveram um parto vaginal, enquanto o parto por cesariana ocorreu em 64% das mães; as cesarianas planeadas corresponderam a 38.4% dos casos, 30.4% dos partos não foram induzidos, 77.6% das anestesias foram de tipo regional e 55.2% dos nascimentos foram antecedidos de preparação para ao parto psicoprofilático.

7.2.7.4.1.4. Dados do bebé

Além dos dados sociodemográficos do bebé que se podem observar na Tabela 11, importa referir que mais de 80% dos bebés não necessitaram de intervenção médica no momento do nascimento, apenas 2.4% necessitaram de incubadora, igualmente só 2.4% necessitaram e reanimação, sendo que 9.6% requereram alguma intervenção médica ao longo do seu desenvolvimento.

Especificamente sobre a alimentação dos bebés, mais de 75% dos bebés tiveram amamentação exclusiva. O comportamento do bebé durante a alimentação só é avaliado como difícil em 8.85 dos casos. Por último, 78.4% das mães referem que os seus bebés têm um sono fácil/ normal, 82.4% avaliam o temperamento do bebé como fácil/ calmo e 84% consideram o choro do bebé como normal/utilitário. Em geral, a saúde do bebé é avaliada como boa 84.8%.

7.2.4.2. Resultados da segunda versão da IPMIBRP

Tendo em conta os resultados da análise anterior, os dados da aplicação dos 25 itens à amostra de 125 mães foram submetidos a uma análise de componentes principais com extracção forçada a 4 factores (KMO = .680; Bartlett = 829.456; p = .000). Em conjunto, os 4 factores explicavam 49.99% da variância estatística. Nesta etapa, o quarto factor não mostrou ser capaz de captar quaisquer itens com peso factorial interessante, uma vez que o máximo atingido foi de .419. Por este motivo, foi decidido realizar uma nova extracção forçada a 3 factores. As condições para a factorização pareciam ser boas (KMO = .752; Bartlett = 976.202; p = .000) e todos os itens pontuavam a cima de .5 na análise da anti-imagem. Os 3 factores, em conjunto, explicam 42.12% da variância total. Após terem sido realizadas extracções de acordo com os diversos métodos de rotação disponíveis no SPSS, verificou-se que a melhor opção decorria da rotação Varimax. A distribuição dos itens pelos três factores pode ser observada na Tabela 12.

Tabela 12. Matriz de Componentes Principais, 25 itens, extracção forçada a 3 factores, com rotação Varimax e normalização de Kaiser (N = 125).

	Componente		
Itens	1	2	3
1	.746	.237	-.039
2	.222	.594	-.126
3	-.059	.548	.067
4	-.003	.508	.282
5	.049	.476	.503
6	.624	-.046	.025
7	.782	-.022	-.023
8	.299	.197	.066
9	.418	.234	.323
10	-.062	.744	-.065
11	.075	.496	-.048
12	.058	-.182	.675
13	-.026	.125	.600
14	.550	.250	.386
15	.624	-.004	.285
16	.076	.590	.202
17	.420	.012	.471
18	.739	.060	-.068
19	.341	.531	-.008
20	.282	.560	.230
21	.114	.445	.605
22	.619	.174	.200
23	.315	.299	.216
24	.669	.027	.205
25	.226	.005	.483

Como se pode verificar na Tabela 12, todos os itens seleccionados possuíam um índice de saturação factorial superior a .471. Foram eliminados os itens 8, 9 e 23. O resultado é uma solução factorial com 22 itens. O Factor 1 é composto pelos itens 1, 6, 7, 14, 15, 18, 22 e 24. O Factor 2 é composto pelos itens 2, 3, 4, 10, 11, 16, 19 e 20. O Factor 3 é composto pelos itens 5, 12, 13, 17, 21 e 25. De acordo com o conteúdo dos itens, parece-nos que o Factor 1 está relacionado com a "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe". Quanto ao Factor 2, parece referir-se à "Percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais". Finalmente, o Factor 3 surge relacionado com a "Percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa". Na análise de consistência interna, apuraram-se os seguintes valores: Factor 1- α = .817, Factor 2- α = .749 e Factor 3– α = .647. Utilizando o conjunto dos itens como "Factor Geral", obtém-se um α = .816.

Concluindo, com 22 itens, o Inventário da Percepção Materna da Intersubjectividade do Bebé na Relação Precoce parece apresentar boas propriedades psicométricas de acordo com a sua organização em 3 factores.

7.3. Hipóteses específicas

Tendo em conta as seis hipóteses gerais enunciadas e os instrumentos escolhidos para operacionalizar as variáveis, foram deduzidas as seguintes hipóteses específicas.

HE1: O F1 da IPMIBRP, "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe", dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da EVMPN, nomeadamente, "Prazer na interacção", "Hostilidade", "Qualidade da interacção" e "Factor Geral".

HE2: O F2 da IPMIBRP, "Percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais", dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da EVMPN, nomeadamente, "Prazer na interacção", "Hostilidade", "Qualidade da interacção" e "Factor Geral".

HE3: O F3 da IPMIBRP, "Percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa", dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da EVMPN, nomeadamente, "Prazer na interacção", "Hostilidade", "Qualidade da interacção" e "Factor Geral".

HE4: O F1, "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe", da IPMIBRP dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da EADS, designadamente, "Ansiedade", "Depressão" e "Stress".

HE5: O F2, "Percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais", da IPMIBRP dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da EADS, designadamente, "Ansiedade", "Depressão" e "Stress".

HE6: O F3, "Percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa" da IPMIBRP dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da EADS, designadamente, "Ansiedade", "Depressão" e "Stress".

HE7: O F1 da IPMIBRP, "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe", dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da ESSS,

nomeadamente, “Satisfação com amigos”, “Intimidade”, “Satisfação com a família”, “Actividades sociais” e da “Escala Global”.

HE8: O F2 da IPMIBRP, “Percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais”, dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da ESSS, nomeadamente, “Satisfação com amigos”, “Intimidade”, “Satisfação com a família”, “Actividades sociais” e da “Escala Global”.

HE9: O F3 da IPMIBRP, “Percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa”, dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da ESSS, nomeadamente, “Satisfação com amigos”, “Intimidade”, “Satisfação com a família”, “Actividades sociais” e da “Escala Global”.

HE10: O F1 da IPMIBRP, “Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe”, dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da EIPC, designadamente, “Aceitação do papel parental”, “Prazer”, “Conhecimento/ Sensibilidade” e do “IPC-Total”.

HE11: O F2 da IPMIBRP, “Percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais”, dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da EIPC, designadamente, “Aceitação do papel parental”, “Prazer”, “Conhecimento/ Sensibilidade” e do “IPC-Total”.

HE12: O F3 da IPMIBRP, “Percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa”, dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da EIPC, designadamente, “Aceitação do papel parental”, “Prazer”, “Conhecimento/ Sensibilidade” e do “IPC-Total”.

HE13: O F1 da IPMIBRP, “Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe”, dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da EAIMB, nomeadamente “IRSff do bebé”, “IRSal do bebé”, “IRSff da mãe” e “IRSal da mãe”.

HE14: O F2 da IPMIBRP, “Percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais”, dá uma contribuição significativa para explicar a variância das

subescalas da EAIMB, nomeadamente “IRSff do bebé”, “IRSal do bebé”, “IRSff da mãe” e “IRSal da mãe”.

HE15: O F3 da IPMIBRP, “Percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa”, dá uma contribuição significativa para explicar a variância das subescalas da EAIMB, nomeadamente “IRSff do bebé”, “IRSal do bebé”, “IRSff da mãe” e “IRSal da mãe”.

Capítulo VIII.
Resultados

8.1. Testagem das hipóteses específicas

Para avaliar a capacidade explicativa da percepção materna da intersubjectividade do bebé relativamente às variáveis dependentes enunciadas anteriormente, foram realizadas diversas análises de regressão.

Todas as variáveis independentes de tipo categorial ou ordinal foram recodificadas em 0 ou 1, de modo a compatibilizá-las com a análise em uso (nacionalidade da mãe e do pai, estatuto conjugal da mãe e do pai, estatuto laboral da mãe e do pai, Graffar total, parto instrumentalizado, alimentação ao nascimento, comportamentos do bebé na alimentação, sono do bebé, choro do bebé e temperamento do bebé). Todas as variáveis independentes de tipo intervalar foram avaliadas do ponto de vista do seu ajustamento à distribuição normal.

As variáveis idade da mãe, idade do pai, desemprego (em meses) do pai e número de semanas de gestação no momento do parto não apresentaram uma diferença significativa face à distribuição normal. As variáveis, escolaridade completa com sucesso da mãe e do pai, estatuto conjugal da mãe e do pai, estatuto laboral da mãe e do pai, desemprego (em meses) da mãe, Graffar, existência de relacionamento conjugal com o pai do bebé, anos de relacionamento, relacionamentos anteriores ao actual da mãe e do pai, filhos do relacionamento presente da mãe e do pai, filhos de relacionamentos anteriores da mãe e do pai, número de gravidezes, gravidez a termo, interrupção voluntária da gravidez, interrupção espontânea da gravidez, idade do filho mais velho, número de filhos vivos, gravidez planeada e desejada, gravidez de risco, número de horas de trabalho de parto, cesariana planeada, parto instrumentalizado e induzido, tipo de anestesia, preparação profiláctica para o parto, idade e género do bebé, peso e comprimento à nascença, alimentação ao nascimento, comportamentos do bebé na alimentação, sono, temperamento, choro, saúde e medicação apresentaram diferenças significativas relativamente à distribuição normal mas, a análise dos gráficos QQPlot sugere que essas diferenças não inviabilizam o uso dessas variáveis nas análises de regressão.

A fim de diagnosticar a ocorrência de multicolinearidade foram utilizados os índices de Tolerância (> 1) e de VIF (> 10). Devido à existência de multicolinearidade entre as variáveis descritivas da amostra nomeadamente entre as variáveis maternas, paterna e das crianças, decidiu-se realizar análises de regressão utilizando isoladamente as variáveis das mães, dos pais e dos bebés.

Na testagem das hipóteses específicas 1 até 12 foram utilizados os dados dos participantes (nacionalidade da mãe e do pai, escolaridade completa com sucesso da mãe e do

pai, estatuto conjugal e laboral da mãe e do pai, meses de desemprego da mãe, existe relacionamento conjugal com o pai do bebé, anos de relacionamento, com quem vive, Graffar, relacionamentos anteriores ao actual da mãe e do pai, filhos do relacionamento presente da mãe e do pai, filhos de relacionamento anteriores da mãe e do pai, número de gravidezes, gravidez a termo, interrupções voluntárias e espontâneas da gravidez, gravidez planeada e desejada, gravidez de risco, número de semanas de gestação e número de horas de trabalho de parto, tipo de parto, instrumentalização do parto e preparação profiláctica do parto, idade do bebé, peso e comprimento à nascença, APGAR 1 e 2, alimentação ao nascimento, comportamentos durante a alimentação, sono, temperamento, choro, saúde e uso medicação) da amostra.

Na testagem das hipóteses específicas 13, 14, e 15 foram utilizados os dados das participantes (nacionalidade da mãe e do pai, escolaridade completa com sucesso da mãe e do pai, estatuto conjugal e laboral da mãe e do pai, meses de desemprego da mãe, existe relacionamento conjugal com o pai do bebé, anos de relacionamento, com quem vive, Graffar, relacionamentos anteriores ao actual da mãe e do pai, filhos do relacionamento presente da mãe e do pai, filhos de relacionamentos anteriores da mãe e do pai, número de gravidezes, gravidez a termo, interrupções voluntárias e espontâneas da gravidez, gravidez planeada e desejada, gravidez de risco, número de semanas de gestação e números de horas de trabalho de parto, tipo de parto, instrumentalização do parto e preparação profiláctica do parto, idade e género do bebé, peso e comprimento à nascença, APGAR 1 e 2, alimentação ao nascimento, comportamentos durante a alimentação, sono, temperamento, choro, saúde e uso medicação.

Todas as análises relativas à testagem das hipóteses específicas de 1 a 12 foram efectuadas com os dados da amostra de 125 mães anteriormente descrita durante a descrição da validação empírica do IPMIBRP.

8.2.1. Testagem das hipóteses específicas HE1, HE2 e HE3

De forma a testar as hipóteses específicas 1, 2 e 3, foram realizadas diversas análises de regressão. De entre todas estas testagens, vamos apresentar apenas aquelas em que as variáveis do IPMIBRP contribuem significativamente para a explicação da vinculação materna pós-natal. Nesta apresentação, seguiremos esta sequência relativa às variáveis a controlar: a) variáveis do bebé, b) variáveis obstétricas, c) variáveis do casal e d) variáveis do pai. As análises em que foram controladas as variáveis da mãe nunca ofereceram resultados significativos, razão pela qual não serão apresentadas.

Tal como se pode verificar na Tabela 13, depois de controladas as variáveis sociodemográficas e clínicas do bebé (primeiro modelo), foram introduzidas as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo). Estas últimas dão um contributo significativo para a explicação da variância da qualidade da vinculação materna pós-natal.

Tabela 13. Regressão linear, VD – "qualidade" da EVMPN e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

					Estatísticas do acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	df1	df2	Sig.
1	.63	.40	.18	1.79	.40	1.83	12	33	.083
2	.74	.54	.32	1.63	.14	3.17	3	30	.039

Entre as variáveis do segundo modelo, aquela que mais se evidencia é o Factor 1 (B = .235, erro padrão = .103, β = .352, t = 2.273, p = .030). Além disso, algumas da variáveis controladas assumem, também, algum protagonismo nesta questão: a) idade cronológica do bebé (p = .028), b) peso à nascença (p = .038) e c) comportamento na alimentação (p = .033).

Tal como se pode verificar na Tabela 14, depois de controladas as variáveis obstétricas (primeiro modelo), as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo) dão um contributo significativo para a explicação da variância do prazer na vinculação materna pós-natal.

Tabela 14. Regressão linear, VD – "prazer" da EVMPN e VI's – F1, F2 e F3, do IPMIBRP (N = 125)

					Estatísticas do acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	df1	df2	Sig.
1	.40	.16	-.05	2.09	.16	.75	9	35	.657
2	.61	.37	.13	1.90	.20	3.44	3	32	.028

Entre as variáveis do segundo modelo, aquela que mais se evidencia é o Factor 1 (B = .470, erro padrão = .157, β = .502, t = 3.002, p = .005), sendo que o Factor 2 também contribui de forma marginal (B = - .142, erro padrão = .074, β = .340, t = - 1.910, p = .065). Além disso, a variável tipo de parto, controlada no primeiro modelo, assume um valor significativo (p = .024).

Como se pode verificar na Tabela 15, depois de controladas as variáveis do casal (primeiro modelo), foram introduzidas as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo) que dão um contributo significativo para a explicação da variância do prazer da vinculação materna pós-natal.

Tabela 15. Regressão linear, VD – "prazer" da EVMPN e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

					Estatísticas do acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	df1	df2	Sig.
1	.42	.17	.02	1.98	.172	1.14	8	44	.356
2	.57	.32	.14	1.86	.149	2.99	3	41	.042

Entre as variáveis do segundo modelo, aquela que mais se evidencia é o Factor 1 (B = .320, erro padrão = .149, β = .301, t = 2.147, *p* = .038).

Verificando a Tabela 16, depois de controladas as variáveis do casal (primeiro modelo), foram introduzidas as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo) que dão um contributo significativo para a explicação da variância da qualidade da vinculação materna pós-natal.

Tabela 16. Regressão linear, VD – "qualidade" da EVMPN e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125).

					Estatísticas do acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	df1	df2	Sig.
1	.35	.12	-.03	1.88	.12	.79	8	46	.615
2	.59	.34	.17	1.68	.22	4.81	3	43	.006

Entre as variáveis do segundo modelo, aquela que mais se evidencia é o Factor 2 (B = - .134, erro padrão = .058, β = - .356, t = - 2.319, *p* = .025).

Tal como se pode verificar na Tabela 17, depois de controladas as variáveis sociodemográficas do casal (primeiro modelo), foi introduzida a variável factor geral do IPMIBRP (segundo modelo) que dá um contributo significativo para a explicação da variância da qualidade da vinculação materna pós-natal.

Tabela 17. Regressão linear, VD – "qualidade" da EVMPN e VI – FG do IPMIBRP (N = 125)

					Estatísticas do acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	df1	df2	Sig.
1	.35	.12	-.03	1.88	.12	.79	8	46	.615
2	.50	.25	.10	1.75	.13	7.89	1	45	.007

A contribuição do FG do IPMIBRP é estatisticamente significativa (*B* = -.083, erro padrão = .029, *β* = - .375, *t* = - 2.809, *p* = .007). Além disso, uma das variáveis controladas assume, também, um protagonismo marginal nesta questão: a) número de filhos do relacionamento presente da mãe (*p* = .071).

Observando a Tabela 18, depois de controladas as variáveis sociodemográficas do pai (primeiro modelo), foram introduzidas as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo), as quais não oferecem um contributo significativo para a explicação da variância do prazer da vinculação materna pós-natal. Contudo, a contribuição das variáveis do IPMIBRP é quase significativa (*p* = .075).

Tabela 18. Regressão linear, VD – "prazer" da EVMPN e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

					Estatísticas do acréscimo				
Modelo	R	R^2	R2 Ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	df1	df2	Sig.
1	.27	.07	.02	2.35	.07	1.26	4	64	.296
2	.41	.17	.08	2.28	.10	2.4	3	61	.075

Entre as variáveis do segundo modelo, aquelas que mais se evidencia é o Factor 1 (*B* = .277, erro padrão = .106, *β* = .349, *t* = 2.629, *p* = .011). Por outro lado, a idade do pai assume um valor interessante nesta questão (*p* = .036).

Tal como se pode constatar na Tabela 19, depois de controladas as variáveis sociodemográficas do pai (primeiro modelo), foram introduzidas as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo), as quais dão um contributo significativo para a explicação da variância da qualidade da vinculação materna pós-natal.

Tabela 19. Regressão linear, VD – "qualidade" da EVMPN e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

					Estatísticas do acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	df1	df2	Sig.
1	.25	.06	.01	1.78	.06	1.11	4	66	.361
2	.52	.27	.19	1.61	.21	6.08	3	63	.001

Entre as variáveis do segundo modelo, aquelas que mais se evidenciam são o Factor 1 (*B* = .342, erro padrão = .087, *β* = .505, *t* = 3.938, *p* = .000) e o Factor 3 (*B* = - .122, erro

padrão = .058, β = -.266, t = - 2.109, p = .039). Quanto às variáveis presentes no modelo 1, a idade do pai, assume de igual modo um protagonismo significativo nesta questão (p = .007).

Nas análises que não mostraram uma contribuição significativa das variáveis do IPMIBRP para a explicação dos factores da EVMPN, algumas das variáveis controladas assumiram valores que merecem ser salientados. Por exemplo, no caso das variáveis do bebé: a) na explicação da ausência de hostilidade (EVMPN), o sono do bebé dá uma contribuição marginalmente significativa (p = .074) na análise onde se utilizam os três factores do IPMIBRP e oferece uma contribuição ligeiramente diferente na análise onde se utiliza o Factor Geral do IPMIBRP (p = .076); b) na explicação do prazer (EVMPN), a idade do bebé e os comportamentos do bebé durante a alimentação assumem valores significativos na análise onde se utilizam os três factores do IPMIBRP (p = .011 e p = .016, respectivamente); c) na explicação da variável qualidade (EVMPN), a idade do bebé, o peso à nascença e os comportamentos do bebé durante a alimentação também assumem valores significativos (p = .007, p = .042 e p = .012, respectivamente) nas análises em que se utiliza o Factor Geral do IPMIBRP; d) na explicação do Factor Geral da EVMPN, a idade do bebé (p = .011) e os comportamentos do bebé durante a alimentação (p = .026) também devem ser tidos em conta na análise onde se utilizam os três factores do IPMIBRP; e) na explicação do Factor Geral da EVMPN, a idade do bebé (p = .006) e os comportamentos do bebé durante a alimentação (p = .015) contribuem significativamente para a análise onde se usa o Factor Geral do IPMIBRP.

No que concerne às variáveis do pai, algumas variáveis assumiram valores interessantes nas análises em que as variáveis do IPMIBRP pretendem explicar as variáveis da EVMPN: a) na explicação da variável ausência da hostilidade (EVMPN), a nacionalidade do pai contribui marginalmente (p = .074) na análise onde se utilizaram os três factores do IPMIBRP; b) na explicação das variáveis prazer e qualidade (EVMPN), a idade do pai contribuiu marginalmente (p = .082 e p = .072, respectivamente) na análise que utilizou o Factor Geral do IPMIBRP; c) na explicação da variância do Factor Geral da EVMPN, a idade do pai e o Factor 1 do IPMIBRP possuem valores significativos (p = .011 e p = .028, respectivamente) na análise onde se recorreu aos três factores do IPMIBRP e d) na explicação do Factor Geral da EVMPN, a idade do pai dá uma contribuição significativa (p = .035) para análise do Factor Geral do IPMIBRP.

Finalmente, devemos também destacar os casos em que, depois de controladas as variáveis obstétricas, o conjunto das variáveis do IPMIBRP não consegue explicar a variância das subescalas da EVMPN mas onde surge um valor explicativo individual para cada uma das subescalas do primeiro instrumento: a) na explicação da variável prazer (EVMPN), o Factor

Geral do IPMIBRP dá uma contribuição marginal (p = .064); b) na explicação da variável qualidade (EVMPM), o tipo de parto (p = .032) e o Factor 1 do IPMIBRP (p = .025) têm contribuições significativas e c) na explicação do Factor Geral da EVMPN, o tipo de parto possui um protagonismo marginal (p = .060).

8.2.2. Testagem das hipóteses específicas HE4, HE5 e HE6

De forma a testar as hipóteses específicas 4, 5 e 6, foram realizadas diversas análises de regressão. Também aqui, vamos apresentar apenas as análises em que as variáveis do IPMIBRP contribuem significativamente para a explicação dos estados emocionais maternos. Nesta apresentação, a sequência relativa às variáveis a controlar será a seguinte: a) variáveis obstétricas, b) variáveis do bebé, c) variáveis do casal e d) variáveis do pai. As análises que controlaram as variáveis maternas não geraram resultados significativos e, por isso, não serão expostas.

Tal como se pode verificar na Tabela 20, depois de controladas as variáveis obstétricas (primeiro modelo), as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo) dão um contributo significativo para a explicação da variância da depressão.

Tabela 20. Regressão linear, VD – "depressão" (EADS) e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

					Estatísticas do acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 Ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	df1	df2	Sig.
1	.50	.25	.07	2.77	.25	1.42	9	38	.215
2	.66	.44	.25	2.50	.19	3.86	3	35	.017

Entre as variáveis do segundo modelo, aquela que mais se evidencia na explicação da depressão é o Factor 2 (B = .258, erro padrão = .092, β = .432, t = 2.811, p = .008), seguido do F 1 (B = - .543, erro padrão = .203, β = - .402, t = - 2.670, p = .011).

Como se pode constatar na Tabela 21, depois de controladas as variáveis do bebé (primeiro modelo), as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo) dão um contributo significativo para a explicação da variância da ansiedade.

Tabela 21. Regressão linear, VD – "ansiedade" (EADS) e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

					Estatísticas do acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	df1	df2	Sig.
1	.61	.37	.15	2.66	.369	1.65	12	34	.123
2	.76	.57	.36	2.26	.202	4.86	3	31	.007

Entre as variáveis do segundo modelo, aquela que mais se evidencia é o Factor 1 (B = - .471, erro padrão = .143, β = - .488, t = - 3.297, p = .002).

Observando a Tabela 22, depois de controladas as variáveis do bebé (primeiro modelo), as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo) dão um contributo significativo para a explicação da variância da depressão.

Tabela 22. Regressão linear, VD – "depressão" (EADS) e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

					Estatísticas do acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo de F	df1	df2	Sig.
1	.79	.62	.49	2.41	.62	4.624	12	34	.000
2	.86	.73	.60	2.12	.11	4.254	3	31	.013

Entre as variáveis do segundo modelo, aquela que mais se evidencia na explicação da depressão é o Factor 1 (B = - .430, erro padrão = .134, β = - .383, t = - 3.267, p = .003).

Para além disso, algumas da variáveis controladas possuem também um valor interessante nesta questão: a) o sono do bebé (p = .021) e b) o temperamento do bebé (p = .073).

A preparação para o parto psicoprofiláctico assume um valor significativo na relação entre as variáveis do IPMIBRP e a depressão (p = .042). A mesma variável continua a desempenhar um papel importante (p = .029) quando estamos a tentar explicar a variância do stress através do Factor Geral do IPMIBRP.

Também as variáveis do bebé protagonizam alguma da explicação da variância dos estados emocionais maternos. Por exemplo: a) o sono do bebé tem um valor quase significativo (p =.052) na análise onde se recorreu ao Factor Geral do IPMIBRP para explicar a variável ansiedade; b) o sono do bebé também contribui (p = .010) para a explicação da variável depressão na análise onde se utilizou o Factor Geral do IPMIBRP; c) o peso do bebé à nascença tem um valor quase significativo (p = .061) para a explicação da depressão na

análise onde se usou o Factor Geral do IPMIBRP; d) o sono do bebé possui um valor significativo (p = .022) na explicação da variável stress quando são utilizados os três factores do IPMIBRP; e) o mesmo se passa com o temperamento do bebé (p = .038) relativamente à explicação do stress na análise em que são utilizados os três factores do IPMIBRP e d) o sono do bebé contribui de forma significativa (p = .020) para a explicação do stress quando se utiliza o Factor Geral do IPMIBRP.

No contexto das várias análises em que as variáveis do bebé foram controladas antes de testado o poder explicativo do IPMIBRP face aos estados emocionais maternos, é de sublinhar que o Factor 3 deste último instrumento conseguiu atingir um nível significativo (p = .026) na explicação do stress.

Quanto às variáveis do casal, quando controladas, por vezes também conseguem assumir um protagonismo interessante ou mesmo significativo na explicação dos estados emocionais maternos pelas variáveis do IPMIBRP: a) na explicação da ansiedade, o estatuto socioeconómico contribui significativamente (p = .021) no contexto da análise onde se utilizaram os três factores da IPMIBRP; b) o estatuto socioeconómico também possui um valor significativo (p = .012) na explicação da ansiedade através do Factor Geral do IPMIBRP, c) o número de filhos dos relacionamentos anteriores da mãe tem um valor quase significativo (p = .054) na explicação da depressão através da análise onde se utilizaram os três factores do IPMIBRP; d) o número de filhos dos relacionamentos anteriores da mãe continua a asssumir um valor quase significativo (p = .052) para a explicação da depressão na análise onde se utilizou o Factor Geral do IPMIBRP; e) o estatuto socioeconómico assume um valor significativo (p = .014) na explicação do stress na análise onde se usaram os três factores do IPMIBRP e f) o estatuto socioeconómico assume um valor significativo (p = .005) na explicação do stress quando se utiliza o Factor Geral do IPMIBRP.

Por último, algumas variáveis sociodemográficas do pai devem ser mencionadas neste contexto: a) o estatuto laboral do pai contribui marginalmente (p = .080) para a explicação da ansiedade (EADS) e b) a idade do pai tem um valor quase significativo (p = .056) na explicação da ansiedade no contexto da análise onde se usaram os três factores da IPMIBRP. De referir, também, que, quando as variáveis do pai estão ser controladas, o Factor 1 do IPMIBRP assume um valor significativo (p = .021) para a explicação da depressão na análise onde se utilizaram os três factores do IPMIBRP.

8.2.3. Testagem das hipóteses específicas HE7, HE8 e HE9

De forma a testar as hipóteses específicas 7, 8 e 9, foram realizadas diversas análises de regressão. Neste contexto, as hipóteses específicas em causa só se confirmam quando estão a ser controladas as variáveis obstétricas no primeiro modelo.

Tal como se pode verificar na Tabela 23, o conjunto dos três factores do IPMIBRP (segundo modelo) dá uma contribuição significativa para a explicação da variância da variável satisfação com o apoio social na intimidade.

Tabela 23. Regressão linear, VD – "Intimidade" (ESSS) e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

				Erro padrão da	Estatísticas de acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo F	df1	df2	Sig.
1	.56	.32	-.01	3.63	.32	.98	10	21	.492
2	.78	.61	.32	2.97	.29	4.41	3	18	.017

Entre as variáveis do segundo modelo, aquelas que mais se evidenciam são o Factor 1 do IPMIRP (B = 1.053, erro padrão = .323, β = .615, t = 3.259, p = .004), o Factor 2 do IPMIBRP (B = -.378, erro padrão = .143, β = -.489, t = -2.647, p = .016). Neste contexto, sobressaem, também, a gravidez planeada (B = 3.951, erro padrão = 1.682, β = .434, t = 2.349, p = .030) e as semanas de gestação no momento do parto (B = 1.295, erro padrão = .675, β = .482, t = 1.917, p = .017).

Relativamente aos outros factores do apoio social materno, as hipóteses específicas não se confirmaram. Porém, algumas das variáveis controladas assumem contribuições interessantes. Por exemplo, na explicação da satisfação com o apoio social na família, a existência de relação conjugal dá uma contribuição significativa (p = .028) na análise onde se recorreu aos três factores do IPMIBRP e, também, na análise onde se utilizou o Factor Geral do IPMIBRP (p = .024). Na explicação da satisfação com o apoio social na relação com os amigos, tanto a interrupção voluntária da gravidez como o número de semanas de gestação no momento do parto possuem valores quase significativos (p = .062 e p = .095, respectivamente) na análise onde se usaram os três factores do IPMIBRP. Na explicação da satisfação com o apoio social nas actividades sociais, o Factor 2 do IPMIBRP dá uma contribuição significativa (p = .39) na análise onde se utilizaram os três factores do IPMIBRP. Finalmente, na explicação do Factor Geral da satisfação com o apoio social, depois de controladas as variáveis obstétricas, o primeiro factor do IPMIBRP oferece uma contribuição

significativa (p = .022) enquanto o segundo factor do mesmo instrumento assume um valor quase significativo (p = .069), na análise onde se recorreu aos três factores do referido inventário.

Depois de controlados as variáveis sociodemográficas do bebé, algumas variáveis assumem uma contribuição importante. Como por exemplo, no contexto da análise onde se utilizaram os três factores do IPMIBRP, na explicação da satisfação com o apoio social na intimidade: a) a idade cronológica do bebé tem um valor significativo (p = .023); b) o mesmo se passa (p = .015) com os comportamentos do bebé na alimentação; c) igualmente (p = .046) com a medicação e d) de forma quase significativa (p = .089) com a saúde do bebé.

No que respeita à explicação da satisfação com o apoio social familiar, deve salientar-se que, no contexto das análises em que se utilizaram os três factores do IPMIBRP: a) o Factor 1 do IPMIBRP contribui significativamente (p = .024) e b) a medicação do bebé contribui marginalmente (p = .072). Quanto à explicação do Factor Geral da satisfação com o apoio social e também no contexto do uso dos três factores do IPMIBRP, salienta-se que: a) a idade cronológica do bebé tem um valor quase significativo (p = .059); b) os comportamentos do bebé durante a alimentação (p = .085) também e c) o mesmo se passa com a medicação do bebé (p = .086).

Ainda na explicação do Factor Geral da satisfação com o apoio social, nas análises em que se utiliza o Factor Geral do IPMIBRP, observa-se que: a) a idade cronológica do bebé contribui significativamente (p = .025); b) os comportamentos do bebé durante a alimentação, a medicação e a saúde do bebé assumem valores quase significativos (p = .081, p = .072 e p = .098, respectivamente). Por último, na explicação da satisfação com o apoio social familiar, a idade cronológica do bebé assume um valor quase significativo (p = .055) quando se utiliza o Factor Geral do IPMIBRP.

8.2.4. Testagem das hipóteses específicas HE10, HE11 e HE12

De forma a testar as hipóteses específicas 10, 11 e 12, foram realizadas diversas análises de regressão. Também aqui serão apresentadas, apenas, as análises onde as hipóteses se confirmam. Estas análises serão apresentadas de acordo com a sequência das variáveis controladas nos primeiros modelos, a saber: variáveis das mães, dos pais, do bebé, do casal e obstétricas.

Tal como se pode verificar na Tabela 24, depois de controladas as variáveis sociodemográficas da mãe (primeiro modelo), as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo)

dão um contributo marginal para a explicação da variância do investimento parental na criança.

Tabela 24. Regressão linear, VD – "conhecimento/sensibilidade" (EIPC) e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

					Estatísticas de acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo F	df1	df2	Sig.
1	.89	.79	.63	1.91	.79	4.82	4	5	.057
2	1.00	1.00	.96	.64	.20	14.15	3	2	.067

Entre as variáveis do segundo modelo, aquelas que mais se evidenciam são a escolaridade completa com sucesso da mãe (B = .585, erro padrão = .091, β = - .717, t = 6.415, p = .023), o estatuto conjugal da mãe (B = 4.396, erro padrão = .929, β = .726, t = 4.733, p = .042), o desemprego em meses da mãe (B = .178, erro padrão = .034, β = .500, t = 5.302, p = .034), o Factor 1 do IPMIBRP (B = .890, erro padrão = .173, β = .488, t = 5.154, p = .036) e o Factor 2 do IPMIBRP (B = - .437, erro padrão = .089, β = - .634, t = - 5.279, p = .034).

Como se pode comprovar na Tabela 25, depois de controladas as variáveis sociodemográficas da mãe (primeiro modelo), as variáveis do IPMIBRP dão um contributo significativo para a explicação da variância da variável prazer do investimento parental na criança.

Tabela 25. Regressão linear, VD – "prazer" da EIPC e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

					Estatísticas de acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	Erro padrão da estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo F	df1	df2	Sig.
1	.80	.65	.29	2.15	.65	1.83	4	4	.287
2	1.00	1.00	1.00	.06	.35	1754.42	3	1	.018

Entre as variáveis do segundo modelo, aquelas que mais se evidenciam são a idade da mãe (B = - .555, erro padrão = .013, β = - 1.025, t = - 41.503, p = .15), a escolaridade completa com sucesso da mãe (B = .181, erro padrão = .010, β = .284, t = 19.968, p = .034), o estatuto conjugal da mãe (B = 4.396, erro padrão = .929, β = .726, t = 4.733, p = .042), o desemprego em meses da mãe (B = - .062, erro padrão = .003, β = - .222, t = 19.791, p =

.032), o Factor 1 do IPMIBRP (*B* = 1.160, erro padrão = .816, *β* = .786, *t* = 72.087, *p* = .009), o Factor 2 do IPMIBRP (*B* = - .202, erro padrão = .008, *β* = - .379, *t* = - 26.205, *p* = .024) e o Factor 3 do IPMIBRP (*B* = - .183, erro padrão = .006, *β* = - .299, *t* = - 31.222, *p* = .020).

Tal como se pode verificar na Tabela 26, depois de controladas as variáveis sociodemográficas do pai (primeiro modelo), as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo) dão um contributo significativo para a explicação da variância da aceitação do papel parental no investimento parental na criança.

Tabela 26. Regressão linear, VD – "aceitação do papel parental" da EIPC e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

				Erro padrão da	Estatísticas de acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo F	df1	df2	Sig.
1	.29	.08	.03	3.10	.08	1.55	4	68	.199
2	.43	.19	.10	2.98	.10	2.77	3	65	.049

Entre as variáveis do segundo modelo, aquelas que mais se destacam são a idade do pai (*B* = - .158, erro padrão = .077, *β* = - .234, *t* = - 2.053, *p* = .044), o Factor 1 do IPMIBRP (*B* = .300, erro padrão = .138, *β* = .279, *t* = 2.175, *p* = .033) e o Factor 3 (*B* = - .198, erro padrão = .106, *β* = - .243, *t* = - 1.861, *p* = .066).

Tal como se pode observar na Tabela 27, depois de controladas as variáveis dos pais (primeiro modelo), as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo) dão um contributo significativo para a explicação da variância do conhecimento/sensibilidade no investimento parental na criança.

Tabela 27. Regressão linear, VD – "conhecimento/sensibilidade" (EIPC) e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

				Erro padrão da	Estatísticas de acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo F	df1	df2	Sig.
1	.23	.05	-.01	2.82	.05	.91	4	68	.465
2	.41	.17	.08	2.70	.12	3.07	3	65	.034

Entre as variáveis do segundo modelo, aquela que mais se destaca é o Factor 1 do IPMIBRP (*B* = .367, erro padrão = .125, *β* = .381, *t* = 2.939, *p* = .005).

Tal como se pode verificar na Tabela 28, depois de controladas as variáveis dos pais (primeiro modelo), as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo) dão um contributo significativo para a explicação da variância da variável prazer. Na explicação da subescala prazer (EIPC), o segundo modelo, onde foram introduzidas as variáveis do IPMIBRP, dá um

contributo para a explicação da variância prazer no investimento parental na criança.

Tabela 28. Regressão linear, VD – "prazer" (EIPC) e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

				Erro padrão da	Estatísticas de acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo F	df1	df2	Sig.
1	.19	.04	-.02	3.11	.04	.65	4	67	.631
2	.58	.33	.26	2.65	.29	9.34	3	64	.000

Entre as variáveis do segundo modelo, aquela que mais se destaca é o Factor 1 do IPMIBRP (*B* = .636, erro padrão = .123, β = .606, *t* = 5.184, *p* = .000).

Tal como se pode observar na Tabela 29, depois de controladas as variáveis dos pais (primeiro modelo), o Factor Geral do IPMIBRP (segundo modelo) dá uma contribuição significativa para a explicação da variância do prazer no investimento parental na criança.

Tabela 29. Regressão linear, VD – "prazer" (EIPC) e VI's – Factor Geral do IPMIBRP (N = 125)

			R^2	Erro padrão da	Estatísticas de acréscimo				
Modelo	R	R^2	ajustado	estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo F	df1	df2	Sig.
1	.19	.04	- .02	3.11	.04	.65	4	67	.631
2	.32	.10	.03	3.03	.06	4.60	1	66	.036

Entre as variáveis do segundo modelo, aquela que mais se destaca é o Factor Geral do IPMIBRP (*B* = .087, erro padrão = .040, β = .250, *t* = 2.144, *p* = .036).

Tal como se pode observar na Tabela 30, depois de controladas as variáveis dos pais (primeiro modelo), o Factor Geral do IPMIBRP aproxima-se da significância na tentativa de explicar o Factor Geral do investimento parental na criança.

Tabela 30. Regressão linear, VD – "Factor Geral" da EIPC e VI's – Factor Geral do IPMIBRP (N = 125)

				Erro padrão da	Estatísticas de Acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo F	df1	df2	Sig.
1	.25	.06	.01	6.80	.06	1.15	4	67	.339
2	.33	.11	.04	6.69	.05	3.41	1	66	.069

Entre as variáveis do segundo modelo, aquela que mais se destaca é o Factor Geral do IPMIBRP (*B* = .164, erro padrão = .089, β = .217, *t* = 1.846, *p* = .069).

Tal como se pode verificar na Tabela 31, depois de controladas as variáveis dos pais (primeiro modelo), as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo) dão um contributo significativo para a explicação da variância do Factor Geral do investimento parental na criança.

Tabela 31. Regressão linear, VD – Factor Geral (EIPC) e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

				Erro padrão da	Estatísticas de acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo F	df1	df2	Sig.
1	.25	.06	.01	6.80	.06	1.15	4	67	.339
2	.58	.33	.26	5.89	.27	8.51	3	64	.000

Entre as variáveis do segundo modelo, aquelas que mais se destacam são o Factor 1 do IPMIBRP (*B* = 1.304, erro padrão = .272, *β* = .559, *t* = 4.787, *p* = .000), o Factor 3 do IPMIBRP (*B* = - .416, erro padrão = .212, *β* = - .234, *t* = - 1.959, *p* = .054) e a idade do pai (B = - .297, erro padrão = .152, β = - .204, t = - 1.955, *p* = .055).

Tal como se pode na Tabela 32, depois de controladas as variáveis do bebé (primeiro modelo), as variáveis do IPMIBRP (segundo modelo) dão um contributo significativo para a explicação do prazer no investimento parental na criança.

Tabela 32. Regressão linear, VD – "prazer" (EIPC) e VI's – F1, F2 e F3 do IPMIBRP (N = 125)

				Erro padrão da	Estatísticas de acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo F	df1	df2	Sig.
1	.63	.40	.176	2.75	.40	1.78	12	32	.095
2	.76	.57	.347	2.45	.17	3.80	3	29	.021

Entre as variáveis do segundo modelo, aquelas que mais se destacam são o Factor 1 do IPMIBRP (*B* = .511, erro padrão = .157, *β* = .503, *t* = 3.260, *p* = .003) e os comportamentos do bebé durante a alimentação (*B* = 4.154, erro padrão = 1.154, *β* = .503, *t* = 3.600, *p* = .001).

No contexto das análises em que as hipóteses não foram confirmadas, surgiram alguns dados que devem ser sublinhados. Por exemplo, nas análises relacionadas com a explicação da variável prazer, depois de controladas as variáveis do casal, quando se utilizou o Factor Geral do IPMIBRP: a) os anos de relacionamento conjugal assumem um valor significativo (*p* = .024); b) o mesmo ocorre com o número de relacionamentos anteriores da mãe (*p* = .033); c) a existência de relação conjugal tem um valor quase significativo (*p* = .066) e d) o número

de filhos do relacionamento actual da mãe também apresenta um valor quase significativo (p = .069).

Nas análises da explicação da variável prazer, depois de controladas as variáveis do casal, quando se utilizou o conjunto das variáveis do IPMIBRP: a) o número de anos de relacionamento conjugal dá uma contribuição significativa (p = .042), b) o número de relacionamentos anteriores da mãe também (p = .049) e c) o mesmo se passa com o Factor 1 do IPMIBRP (p = .024).

Depois de serem controladas as variáveis do bebé, algumas das variáveis assumem um protagonismo interessante. Por exemplo, nas análises onde se recorreu aos três factores do IPMIBRP, na explicação da aceitação do papel parental: a) a idade cronológica do bebé tem um valor quase significativo (p = .067) e b) o mesmo se passa com o sono do bebé (p = .085). Nas análises onde foi usado o Factor Geral do IPMIBRP, também na explicação da aceitação do papel parental: a) a idade cronológica do bebé tem um valor significativo (p = .020) e b) o sono do bebé assume um valor quase significativo (p = .062).

Na tentativa de explicar o conhecimento/sensibilidade, na análise em que se utilizou o Factor Geral do IPMIBRP, o APGAR ao 1º minuto tem um valor quase significativo (p = .056). Na explicação do prazer, quando se utilizou na análise onde se utilizou o Factor Geral do IPMIBRP, o comportamento do bebé durante a alimentação assume um valor significativo (p = .004). Ao tentarmos explicar o Factor Geral do investimento parental, na análise onde se usaram os três factores do IPMIBRP, o Factor 1 do IPMIBRP situa-se no limiar da significância (p = .050). Os comportamentos do bebé durante a alimentação assumem um valor quase significativo (p = .079), na mesma análise. Por último, para a explicação do Factor Geral do investimento parental, na análise onde se recorreu ao Factor Geral do IPMIBRP, os comportamentos do bebé durante a alimentação e o sono do bebé assumem valores quase significativos (p = .099 e p = .095, respectivamente).

Depois de controladas as variáveis obstétricas, na análise onde se utilizaram os três factores do IPMIBRP, pode concluir-se que, na explicação da variável prazer, o Factor 1 do IPMIBRP contribui significativamente (p = .024). Também, após o controlo das variáveis obstétricas, na análise onde se utilizaram as três escalas do IPMIBRP, o Factor 1 assume um valor quase significativo (p = .052).

8.2.5. Testagem das hipóteses específicas HE13, HE14 e HE15

Para a testagem das hipóteses específicas HE13, HE14 e HE15, foi gerada uma nova amostra de díades mãe-bebé. Para o recrutamento das díades desta amostra, foram contactados hospitais, clínicas pediátricas e infantários já contactados para as amostras anteriores. As díades recolhidas nestas instituições (n = 15) foram completadas com díades recolhidas no contexto das redes sociais tipo *facebook* (n = 46), levando à angariação nos Distritos do Porto, de Lisboa e de Coimbra. A amostra final consiste em 61 díades cujos bebés tinham entre 2.5 e 9 meses de idade. Como o espaço natural do bebé é a casa materna, as filmagens foram efectuadas em contexto familiar, à excepção de quatro casos em que as filmagens foram realizadas nas instalações da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

A nossa amostra é constituída por díades mãe-bebé sem suspeitas de perturbação do desenvolvimento do bebé nem de perturbação psiquiátrica ou de consumos psicofarmacológicos da mãe. Esta amostra é de conveniência, isto é, díades cujas mães desejaram participar na nossa investigação quando esta foi apresentada nas redes sociais ou aquando da solicitação junto das instituições. A selecção decorreu de acordo com um conjunto de critérios de inclusão/exclusão: 1- bebés com idades entre 2 e 9 meses de idade (inclusão); 2- crianças com problemas do desenvolvimento (exclusão); 3- mães com perturbação mental declarada (exclusão); 4- bebés nascidos a termo (inclusão) e 5- bebés sem risco de saúde declarado (inclusão).

Começamos por apresentar a nossa amostra sobre o ponto de vista sociodemográfico.

8.2.5.1. Dados sociodemográficos das mães, dos pais e dos bebés

Relativamente aos dados sociodemográficos das mães, dos pais e dos bebés da nossa última amostra, podem ser observados na Tabela 33.

Tabela 33. Dados sociodemográficos das mães, dos pais e dos bebés (N = 61).

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Idade da mãe	31.60	3.98	23	40
Escolaridade com sucesso da mãe	16.38	3.20	6	24
Desemprego da mãe (em meses)	15.39	10.37	1	48
Idade do pai	33.31	4.88	25	53
Escolaridade com sucesso do pai	14.49	3.50	6	23
Desemprego do pai (em meses)	12.00	6.00	6	18
Idade cronológica do bebé (em meses)	5.26	2.09	2	9
Peso do bebé à nascença	3152.93gr	446.088gr	2250.00gr	405.00gr
Comprimento do bebé à nascença	48.79	2.41	41	54
APGAR 1	8.77	.87	6	10
APGAR 2	9.84	.41	8	10
Anos de relação conjugal	6.37	3.93	0	17
RAAM*	.38	.59	0	2
RAAP**	.40	.85	0	4
FRPM***	1.23	.62	0	3
FRPP****	1.23	.62	0	3
FRAM*****	.05	.22	0	1
FRAP******	.05	.29	0	2

*Relacionamentos anteriores ao actual da mãe; **Relacionamentos anteriores ao actual do pai; *** Filhos do relacionamento presente da mãe; **** Filhos do relacionamento presente do pai; ***** Filhos dos relacionamentos anteriores da mãe; ****** Filhos dos relacionamentos anteriores do pai

As mães desta amostra são na sua grande maioria portuguesas (98.4%), vivem numa relação conjugal (70.5%) e 59% encontram-se no activo. Quanto aos pais da amostra, a grande maioria são portugueses (95.1%), casados (72.1%) e, em 90.2% dos casos, encontram-se no activo. No que concerne à avaliação do estatuto socioeconómico, mais de 70% são da classe média-alta.

8.2.5.2. Indicadores Obstétricos

As mães desta amostra apresentam um número médio de gravidezes igual a 1.52 (SD = .72). A história de interrupções espontâneas da gravidez é relativamente rara (M = .15, SD = .36) e a interrupção voluntária da gravidez foi um pouco menos frequente (M = .13, SD = .34). No conjunto de todas as gravidezes, apenas 11 terminaram antes do termo.

Quanto aos indicadores da última gravidez, 55 mães (90.2%) afirmam que a gravidez foi desejada e 45 (73.8%) afirmam que a gravidez foi planeada. Já quanto ao risco na gravidez, apenas 20 mães (32.8%) afirmam que houve algum risco. No que diz respeito às semanas de gestação no momento do nascimento, observa-se um valor compatível com o parto a termo (M = 38.92, SD = 1.39), enquanto o número de horas de trabalho de parto se encontra dentro daquilo que é esperado em populações saudáveis (M = 11.95, SD = 11.16). O

parto foi de tipo vaginal em 63.9% dos casos, ocorrendo a cesariana em 36.1%. Entre as cesarianas, apenas 14.8% foram planeadas. Quanto aos partos instrumentalizados, tiveram lugar em 24.6% das situações, as induções atingiram 44.3%, as anestesias regionais foram as mais frequentes (85.2%) e, por último, 77% das mães afirmam que frequentaram a preparação para o parto profiláctico.

8.2.5.3. Dados do bebé

Tal com já referido na Tabela 33, os bebés desta amostra têm uma média de idades à volta dos 5 meses de idade, apresentando pesos e comprimentos à nascença bem como índices de Apgar próprios de uma população saudável. Nestes 61 bebés, 57.4% são do sexo masculino e os restantes 42.6% são do sexo feminino.

Devido à variabilidade das idades dos bebés desta amostra e tendo em conta as possíveis repercussões deste aspecto na nossa investigação, foi decidido dividir a amostra em dois grupos: bebés com menos de 6 meses de idade e bebés com 6 ou mais meses de idade.

Tabela 34. Dados sociodemográficos dos bebés com menos de 6 meses de idade (N = 32)

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade cronológica do bebé	32	3.53	1.07	2	5
Peso à nascença	31	3072.77gr	530.42gr	2250gr	4050gr
Comprimento à nascença	30	48.51cm	3.05cm	41.20cm	54cm
APGAR 1	29	8.66	.97	6	10
APGAR 2	27	9.82	.48	8	10

Comparando os dados da Tabela 34 com os dados da Tabela 35, pode observar-se que existe uma tendência para os bebés do segundo grupo terem nascido com pesos ligeiramente superiores aos do primeiro grupo, o mesmo se passando relativamente ao comprimento à nascença.

Tabela 35. Dados sociodemográficos dos bebés com 6 ou mais meses de idade (N = 29)

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade cronológica do bebé	29	7.17	1.00	6	9
Peso à nascença	29	3238.62gr	321.17gr	2700gr	3900gr
Comprimento à nascença	29	49.00cm	1.67cm	45cm	52cm
APGAR 1	24	8.92	.72	7	10
APGAR 2	24	9.88	.34	9	10

Na Tabela 36, são apresentados alguns dos dados clínicos relativos aos bebés com menos de seis meses de idade.

Tabela 36. Dados clínicos dos bebés com menos de 6 meses de idade (N = 32)

		Frequência	%
Intervenção médica ao nascimento	Não	29	90,6
	Sim	2	6,3
Intervenção médica: história	Não	28	87,5
	Sim	3	9,4
Alimentação ao nascimento	Leite artificial, alimentação mista ou outra	1	3.1
	Amamentação exclusiva	30	93.8
Tipo de alimentação: história	Amamentação	13	40,6
	Leite artificial	5	15,6
	Outras	7	21,9
	Aleitamento misto	6	18,8
Comportamento durante a alimentação	Normal	31	96,9
	Difícil	1	3,1
Sono	Normal /Fácil	28	87.5
	Agitado/dificil	3	9.4
Temperamento	Calmo/fácil	27	84,4
	Agitado/difícil	4	12,5
Choro	Normal/utilitário	29	90.6
	Chora muito	2	6,3
Saúde	Com problemas	5	15,6
	Boa	26	81,3
Medicação	Sem medicação	12	37,5
	Com medicação	19	59,4

Comparando a Tabela 36 com a tabela 37, conclui-se que o primeiro grupo tem uma menor frequência de intervenções médicas no momento do nascimento, uma maior frequência de casos de amamentação exclusiva ao nascimento, menos probabilidades de o comportamento durante a alimentação ser considerado difícil, mais probabilidades de o sono ser considerado normal/fácil e mais probabilidades de o choro ser avaliado como normal/utilitário. Quanto à saúde, o primeiro grupo parece ter mais problemas de saúde, consumindo mais medicação.

Tabela 37. Dados clínicos dos bebés com 6 ou mais meses de idade (N = 29)

		Frequência	%
Intervenção médica ao nascimento	Não	25	86,2
	Sim	4	13,8
Intervenção médica, história	Não	26	89,7
	Sim	3	10,3
Alimentação ao nascimento	Leite artificial, alimentação mista ou outra	5	17,2
	Amamentação exclusiva	24	82,8
Tipo de alimentação história	Amamentação	1	3,4
	Outras	25	86,2
	Aleitamento misto	2	6,9
Comportamento durante alimentação	Normal	26	89,7
	Difícil	2	6,9
Sono	Normal/fácil	23	79,3
	Agitado/difícil	5	17,2
Temperamento	Calmo/fácil	24	82,8
	Agitado/difícil	4	13,8
Choro	Chora muito	0	0.0
	Normal/utilitário	28	96,6
Saúde	Com problemas	3	10,3
	Boa	26	89,7
Medicação	Sem medicação	18	62,1
	Com medicação	11	37,9

8.2.5.4. Análises de regressão na testagem das hipóteses específicas HE 13, HE 14 e HE 15.

De forma a testar as hipóteses específicas 13, 14 e 15, foram realizadas diversas análises de regressão utilizando os dados da amostra com 61 díades. Nestas análises, não foi possível detectar qualquer contribuição significativa das variáveis do IPMIBRP para a explicação da variância da qualidade dos comportamentos interactivos da díade avaliados pelas Escalas da Avaliação da Interacção Mãe-Bebé (EAIMB). Além disso, é de sublinhar que este facto ocorreu tanto nas análises conduzidas com o total das 61 díades, como nas análises realizadas só com os dados das díades cujos bebés tinham menos de 6 meses ou das díades cujos bebés tinham 6 ou mais meses de idade. No entanto, ocorreu um valor interessante numa das análises em que se recorreu ao conjunto das 61 díades. Trata-se da análise em que se pretendia explicar a variância da qualidade dos comportamentos maternos na situação alimentar em que a variável predictora era o Factor Geral do IPMIBRP. Dessa análise, são apresentados os respectivos valores na Tabela 38.

Tabela 38. Regressão linear, VD – "Mãe AL" e VI's – Factor Geral do IPMIBRP

				Erro padrão da	Estatísticas de acréscimo				
Modelo	R	R^2	R^2 ajustado	estimativa	Acréscimo de R^2	Acréscimo F	df1	df2	Sig.
1	.53	.28	.06	.29	.28	1.28	3	10	.334
2	.59	.36	-,04	.30	.08	.49	2	8	.625
3	.79	.63	.30	.25	.27	4.99	1	7	.061

Nesta análise, no primeiro modelo foram introduzidas as variáveis maternas (idade, escolaridade e desemprego em meses), no segundo modelo as variáveis paternas (idade e escolaridade) e no terceiro modelo o Factor Geral do IPMIBRP. Uma vez que a alteração de F resultante do terceiro modelo não é significativa (p = .061), a hipótese não se confirma. No entanto, o valor alcançado parece indiciar uma relação interessante entre a variável dependente (os comportamentos das mães na situação alimentar) e a variável predictora (Factor Geral da percepção materna da intersubjectividade do bebé). Uma vez que nas análises onde se utilizaram os trê factores do IPMIBRP esta relação não emergiu, é necessário ponderar que os aspectos relativos a esses três factores parecem estranhos em relação aos comportamentos das mães durante a alimentação. Pelo contrário, quando utilizamos os dados desses três factores numa só variável, a percepção materna da intersubjectividade do bebé parece já ter alguma coisa a dizer. Em primeiro lugar, temos que, para explicar a variável dependente em causa a totalidade dos aspectos ligados à percepção materna parece funcionar como um todo. Em segundo lugar, esta totalidade dos aspectos da percepção materna não se encontra ligada nem aos comportamentos do bebé durante as interacções (alimentares ou não) nem aos comportamentos maternos na situação face-a-face.

8.3. Discussão dos resultados obtidos nos estudos realizados

8.3.1. Estudos psicométricos dos instrumentos adaptados e criados

8.3.1.1. Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN) de Condon e Corkindale

Na presente investigação, a adaptação da *Maternal Postnatal Attachment Scale* (Condon & Corkindale, 1998), traduzida para Português como Escala de Vinculação Materna Pós-Natal (EVMPN), manteve os três factores do estudo original e apresentou uma variância de 78.95%, que explica a variância total encontrada. Isto vem corroborar as outras investigações que utilizaram a EVMPN, tais como as de van Bussel e colegas (2010), Mason e colegas (2010) e Vissemberg (2011).

No que concerne às dimensões da EVMPN, a presente investigação apresentou um Factor Geral com uma consistência interna superior à de outras investigações ($\alpha = .86$); no estudo de van Bussel e colegas (2010), o valor encontrado foi $\alpha = .75$. Quanto aos restantes factores, a investigação portuguesa obteve resultados semelhantes aos outros estudos, excepto na dimensão "*Prazer na interacção*", onde o valor obtido foi de $\alpha = .97$. A explicação para este facto poderá estar relacionada com a identidade social materna específica da nossa cultura; as mães portuguesas valorizam a relação mãe-bebé, dando a primazia à qualidade da interacção e não tanto às outras dimensões.

O presente estudo não teve os mesmos problemas de adaptação que a amostra italiana de Scopesi e colegas (2004), onde em vez de três factores se propuseram seis factores para o funcionamento da EVMPN. Quanto ao estudo de Cremona (2008) que estudou a qualidade da vinculação em mães adolescentes, verificou-se que a EVMPN não apresentou bons resultados, indiciando que a vinculação materna no universo adolescente deveria ser abordada de outra forma.

8.3.1.2. Inventário da Percepção Materna da Intersubjectividade do Bebé na Relação Precoce (IPMIBRP)

A criação do Inventário da Percepção Materna da Intersubjectividade do Bebé na Relação Precoce (IPMIBRP) envolveu várias etapas: a) criação e produção de um vídeo de um bebé em várias situações do seu quotidiano, b) apresentação desse vídeo a 18 mães com

bebés de 5.56 meses de idade em média, sendo oito mães abordadas em grupo de foco e oito mães abordadas em entrevistas semiestruturadas, onde se pediu que reflectissem sobre o que o bebé do vídeo pensava, sentia e comunicava à sua mãe, c) análise do discurso materno, das mães que participaram no grupo de foco e na entrevista semiestruturada e consequente geração de itens, d) criação de um inventário de 76 itens e a sua aplicação numa amostra preliminar – mães com bebés com idades entre três e nove meses -, de forma a realizar um pré-teste e estudar as propriedades estatísticas dos itens, e) análise das propriedades estatísticas e redução do inventário em 22 itens agrupados em quatro factores, f) criação de mais três itens de forma a aumentar a fiabilidade de uns dos factores e g) aplicação do IPMIBRP, com 25 itens, a uma amostra de 125 mães com bebés com idades compreendidas entre os três e os nove meses.

As análises estatísticas mostram que o IPMIBRP é um instrumento adequado para avaliar a percepção materna da intersubjectividade do bebé na relação entre mãe e bebé, com 22 itens, agrupados em três factores: a) F1, "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe" (α = .817), F2, "Percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais" (α = .749) e F3, "Percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa" (α = .647). Este inventário também apresenta um valor global que designamos por Factor Geral com uma consistência interna elevada (α = .816).

8.3.2. Discussão dos resultados da testagem das hipóteses gerais e específicas.

Antes de ser apresentada a discussão dos resultados, devemos sublinhar a dificuldade subjacente que resulta do facto de não termos encontrados investigações que se tivessem debruçado sobre a percepção materna da intersubjectividade do bebé.

Na testagem da HG1, pode concluir-se que a hipótese foi parcialmente confirmada, uma vez que, em várias análises de regressão, se pôde observar que os factores do IPMIBRP conseguiam aumentar significativamente a percentagem da variância explicada da vinculação materna pós-natal.

Por exemplo, depois de serem controladas as variáveis dos bebés, o factor "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe" consegue um acréscimo importante na explicação da "Qualidade" da vinculação materna. Este facto pode significar que a percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe poderá desempenhar um papel crítico na construção da vinculação materna, nomeadamente na respectiva qualidade. De modo semelhante, o factor "Percepção materna dos comportamentos do

bebé que exprimem estados emocionais" também contribui significativamente para a explicação da "Qualidade" da vinculação materna, mesmo depois de controladas as variáveis do casal. Ainda no domínio da explicação da "Qualidade" da vinculação materna, é de salientar o protagonismo assumido pelos factores "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe" e "Percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa" quando forma controladas as variáveis dos pais. Também o Factor Geral do IPMIBRP conseguiu alcançar um valor significativo na explicação da "Qualidade" após o controlo das variáveis do casal. Muito embora os factores do IPMIBRP conseguiam obter valores significativos nas condições referidas, é preciso não esquecer que o mesmo não se passou quando foram controladas as variáveis maternas. Este facto vai necessitar de ser aprofundado em futuras investigações, pois é necessário compreender se os dados relativos às mães são ou não suficientes para explicar estatisticamente a "Qualidade" da vinculação materna pós-natal.

Quanto ao "Prazer" na vinculação materna, o factor "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe" e o factor "Percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais", depois de controladas as variáveis obstétricas, contribuem significativamente para explicar a variável dependente referida. Isto pode significar que a percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe e a percepção materna dos comportamentos do bebé para exprimirem estados emocionais podem desempenhar um papel importante na vinculação materna. O factor Geral do IPMIBRP também conntribui nesta explicação do "Prazer da interacção" na vinculação materna, mesmo depois de controladas as variáveis dop casal. O "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe" contribui, ainda, significativamente para a a explicação do "Prazer da interacção" na vinculação materna depois de controlado as variáveis do pai.

Na testagem de HG2, pode concluir-se que a hipótese foi parcialmente confirmada, uma vez que, em várias análises de regressão, se pôde observar que os factores do IPMIBRP conseguiam aumentar significativamente a percentagem da variância explicada dos estados emocionais maternos. A "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe" e a "Percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais" conseguem um acréscimo importante na explicação da "Depressão" materna, depois de controladas as variáveis obstétricas. Isto poderá significar que a percepção materna da competência do bebé na interacção e a percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais poderão protagonizar um papel importante relativamente à depressão materna. Esta conclusão é reforçada pelo facto de esta relação se manter entre a

percepção materna da competência do bebé e a depressão materna quando as variáveis controladas são as do bebé. Ainda na HG2, controlando as variáveis do bebé, o factor "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe" contribui para a explicação da ansiedade materna. Por último, apesar de alguns factores do IPMIBRP conseguirem obter valores interessantes nas condições referidas, o mesmo não se verificou nas análises em que foram controladas as variáveis maternas, paternas e conjugais. Estes factores necessitam de serem confrontados em futuras investigações, pois é importante compreender se os dados relativos às mães, aos pais e ao casal são ou não suficientes para explicar a depressão e ansiedade materna.

Neste momento, gostaríamos de recordar as conclusões de Murray (1991), de Murray e colegas (1996) e de Stein e colegas (2012) sobre a relação entre, por um lado, intersubjectividade e, por outro, depressão e ansiedade materna. Na pesquisa de Murray (1991) as mães deprimidas estavam mais focadas em si mesmo e não nas necessidades dos bebés. Assim, podemos extrapolar que estas mães têm mais dificuldades em captar os sinais de comunicação do bebé, enquanto mães sem depressão, como é o caso do presente estudo, estão mais receptivas aos sinais e indicações dos seus bebés durante as interacções. Esta receptividade ao bebé foi verificada nas investigações de Murray e colegas (1996) e de Stein e colegas (2012), em que nas mães deprimidas eram mais insensíveis.

As mães dos bebés da nossa amostra parecem experienciar menos ansiedade devido à percepcão de que os seus bebés participam positivamente nas suas interacções mais vitais. Isto leva a mãe a sentir que consegue responder às exigências do seu bebé, criando um sentimento de auto-eficácia e de autocompetência materna que por sua vez cria uma almofada protectora emocional. Estas mães, provavelmente, respondem positivamente às vocalizações dos seus bebés e apresentam maior afectividade positiva. Respostas negativas às vocalizações maternas e afectividade negativa estão associadas a mães com perturbações de ansiedade nas investigações de Murray, (1991), de Stein e colegas (2012) e de Oathes e colegas (2012). Além disso, os nossos dados parecem confirmar as conclusões de Mertesacker, Bade, Haverkock e Pauli-Pott (2004), onde a percepção materna das emoções negativas dos bebés estava associada a altos níveis de depressão e de ansiedade materna.

Quanto à testagem de HG3 e de HG4, pode concluir-se que as hipóteses foram infirmadas, uma vez que, nas diversas análises de regressão, se pôde observar que os factores do IPMIBRP não conseguiram aumentar significativamente a percentagem da variância explicada da qualidade dos comportamentos interactivos dos bebés e das mães, tanto na situação face-a-face como na situação alimentar. No entanto, a relação encontrada entre o

factor geral do IPMIBRP e a participação das mães na situação alimentar, sugere que a hipótese em causa deveria ser retomada. A participação materna na alimentação de bebés durante o primeiro ano de vida é particularmente exigente. Para que esta situação seja bem sucedida, é imperioso que as mães sejam capazes de antecipar o comportamento do bebé. A prática do aleitamento, quer na amamentação quer quando se usa leite artificial, mostra que a participação do bebé não se limita ao exercício do reflexo da sucção. Todos os momentos em que o bebé altera os ritmos da sucção ou em que interrompe a mamada requerem das mães uma adaptação momentânea e específica. Provavelmente, esta adaptação é mais eficaz se as mães forem mais perspicazes no planeamento da sua interacção com o bebé. Também, provavelmente, é este planeamento que requer uma avaliação global das competências do bebé no domínio da intersubjectividade.

Relativamente à testagem da HG5, pode concluir-se que a hipótese foi timidamente confirmada de forma parcial, uma vez que, em apena uma das muitas das análises de regressão, se pôde observar que dois dos factores do IPMIBRP conseguiam aumentar significativamente a percentagem da variância explicada da percepção materna da satisfação com o apoio social. Concretamente, a percepção materna da competência do bebé e dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais apenas conseguiam explicar significativamente o acréscimo da variância da satisfação com o apoio social íntimo, quando controladas as variáveis obstétricas. Muito embora os factores do IPMIBRP conseguiam obter valores significativos na referida condição, é preciso não esquecer que o mesmo não se passou quando foram controladas as variáveis maternas, paternas, conjugais e do bebé. No futuro é necessário esmiuçar e compreender melhor este facto, tendo em atenção as variáveis agora referidas.

Por ultimo, na testagem da HG6, pode concluir-se que a hipótese foi parcialmente confirmada, uma vez que, em várias análises de regressão, se pôde observar que os factores do IPMIBRP conseguiam aumentar significativamente a percentagem da variância explicada do investimento parental na criança. Por exemplo, depois de serem controladas as variáveis das mães, os factores "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe" e "Percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais" conseguem um acréscimo significativo na explicação do "Conhecimento/sensibilidade" do investimento parental na criança. Este facto sugere que tanto a percepção materna da competência do bebé como dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais poderão protagonizar um papel crítico no investimento parental da criança. Ainda no domínio da explicação do "Conhecimento/ sensibilidade" do investimento parental na criança, é de

salientar o desempenho assumido pela percepção materna da competência do bebé, quando foram controladas as variáveis dos pais. Mais interessante é a explicação da subescala prazer do investimento parental na criança, através dos factores do IPMIBRP; os três factores da percepção materna da intersubjectividade do bebé contribuem significativamente para a explicação do prazer que as mães experienciam no contexto do investimento dos seus bebés. Possivelmente, a vivência do prazer traduz uma satisfação profunda face a uma interacção mãe-bebé particularmente bem sucedida. Nos casos em que esse sucesso é mais forte, é provável que estejam congregadas, em simultâneo, as várias facetas da elaboração materna que permite penetrar e compreender o mundo mental do bebé. Mesmo depois de serem controladas as variáveis dos pais na explicação da variável prazer no investimento parental da criança, é de sublimar o desempenho da percepção materna da competência do bebé bem como do factor geral do IPMIBRP. Ainda no contexto do controlo das variáveis dos pais, a percepção materna da competência do bebé e da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa conseguem um acréscimo significativo na explicação do Factor Geral da EIPC. Por último, depois de controladas as variáveis do bebé, a percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe continua a contribuir para a explicação do prazer no investimento parental na criança.

No conjunto dos nossos dados, emergiram outras relações que merecem ser sublinhadas.

Nessas relações, gostaríamos de começar pelas correlações entre os vários factores do IPMIBRP e os outros instrumentos utilizados. No contexto dos estados emocionais maternos, registou-se uma correlação negativa e significativa entre o Factor 1 do IPMIBRP e a depressão materna; a percepção materna da competência do bebé na interacção parece, de alguma maneira, actuar de forma a estimular positivamente a vida emocional das mães contrariando a ocorrência dos estados depressivos. No que respeita à avaliação do apoio social, nenhuma dimensão apresentou correlações significativas com as subescalas do IPMIBRP. Passando agora ao investimento parental na criança, registaram-se várias correlações significativas entre algumas escalas deste domínio e duas variáveis do IPMIBRP. O Factor 1 deste instrumento correlacionou-se positivamente com as subescalas prazer, conhecimento/sensibilidade, aceitação parental e, também, com o Factor Geral da Escala de Investimento Parental na Criança. Quanto ao Factor Geral do IPMIBRP correlacionou-se positiva e significativamente com o prazer no investimento parental. No contexto da vinculação materna pós-natal, pode constatar-se que o Factor 1 do IPMIBRP se correlaciona de forma positiva e significativa com as subescalas do prazer na interacção e qualidade

avaliadas pelas EVMPN. Finalmente, é de realçar que os diversos factores do IPMIBRP não apresentaram quaisquer correlações significativas com as escalas de avaliação da interacção mãe-bebé.

Quanto às relações entre as escalas de avaliação da interacção mãe-bebé com os outros instrumentos, salientam-se as seguintes correlações. A subescala da participação do bebé na situação face-a-face correlaciona-se: a) positiva e significativamente com a aceitação do papel parental avaliada pela EIPC (em bebés com 6 ou mais meses de idade); b) negativa e significativamente com a ausência de hostilidade avaliada pela EVMPN (em bebés com 6 ou mais meses de idade); c) positiva e significativamente com o prazer na interacção avaliado pela EVMPN (em bebés com menos de 6 meses de idade); d) negativa e significativamente com o stress materno avaliado pela EADS (em bebés com menos de 6 meses de idade) e e) positiva e significativamente com a satisfação com o apoio social na relação com amigos avaliada pela ESSS (em bebés com menos de 6 meses de idade). A subescala da participação da mãe na situação face-a-face correlaciona-se; a) negativa e significativamente com a depressão materna avaliada pela EADS (em mães de bebés com menos de 6 meses de idade); b) positiva e significativamente com a satisfação com o apoio social na relação com amigos avaliada pela ESSS; c) positiva e significativamente com a satisfação com as actividades sociais avaliada pela ESSS (em mães de bebés com menos de 6 meses de idade); d) positiva e significativamente com a Satisfação Total com o apoio social avaliada pela ESSS; e) positiva e significativamente com a satisfação com a intimidade avaliada pela ESSS (em mães de bebés com 6 ou mais meses de idade) e f) positiva e significativamente com a satisfação com as actividades familiares avaliada pela ESSS (em mães de bebés com 6 ou mais meses de idade).

8.4. Limitações

A concepção de esta investigação teve em conta os diferentes aspectos que poderiam contribuir para afectar a sua validade interna e externa. Uma das principais limitações está relacionada com o facto de o seu delineamento, a aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica e as respectivas cotações terem sido realizadas, na grande maioria, por uma única pessoa que, tratando-se do próprio investigador, pode gerar distorções involuntárias quer no que diz respeito aos dados quer, ainda, relativamente aos raciocínios em causa.

No que concerne à adaptação da EVMPN, é de sublinhar que esta escala apresenta algumas dificuldades, pois os seus itens nem sempre são respondidos da mesma forma

gerando uma situação psicométrica algo árdua. Talvez esta questão esteja na origem da dificuldade em explicar a variância dos factores da EVMPN pelos factores do IPMIBRP. Convém, ainda, relembrar que, a adaptação da EVMPN não foi submetida a um estudo de estabilidade temporal dos seus itens nem dos seus factores. Relativamente à validação empírica do IPMIBRP, convém salientar que esta ainda não está concluída. Ainda falta realizar os estudos de estabilidade temporal dos itens e dos factores bem como verificar a validade convergente e divergente.

Ao longo das análises de regressão apresentadas observámos que os factores do IPMIBRP têm alguma capacidade explicativa face à vinculação materna, percepção materna do apoio social, estados emocionais maternos e investimento parental. Contudo, estas explicações só parecem funcionar no contexto do controlo de algumas variáveis sociodemográficas. Por exemplo, os factores do IPMIBRP não conseguiram explicar as variáveis da vinculação materna quando controladas as variáveis maternas. Por último, relativamente à qualidade da participação das mães e dos bebés na interacção precoce, tanto na situação face-a-face como na situação alimentar, as respectivas variâncias não puderam ser explicadas pelos factores do IPMIBRP. Concluindo, para contornar as limitações apresentadas anteriormente, é necessário replicar esta investigação, completando a adaptação e validação dos instrumentos utilizados e estudando aprofundadamente as relações entre os vários factores, tendo em consideração as contribuições sociodemográficas dos constituintes da díade e da família.

8.5. Estudos a realizar no futuro

No que concerne aos estudos a realizar no futuro, pensamos ser importante proceder ao estudo da estabilidade temporal e da validade convergente e divergente da EVMPN. Pensamos que seria importante reformular a EVMPN criando um novo formato de resposta dos respectivos itens. Ainda no domínio deste instrumento, a sua aplicação no contexto de amostras clínicas e de risco poderia ser uma mais-valia. Quanto ao IPMIBRP, é importante avançar no sentido de estudar a sua estabilidade temporal e validade convergente e divergente. Ainda no contexto deste inventário, será interessante investigar as possíveis relações entre as suas dimensões e os outros instrumentos aqui apresentados. No futuro, vai ser interessante saber se, em populações clínicas, as relações do IPMIBRP com outras áreas fundamentais da psicologia da maternidade se mantêm ou se divergem daquelas que observamos em populações saudáveis.

8.6. Conclusões

Podemos afirmar que é difícil encontrar investigações que se debrucem sobre a percepção materna acerca da participação do bebé na criação do fenómeno intersubjectivo. O mesmo se passa quanto a instrumentos que avaliem este constructo. Com a criação do inventário da percepção materna da intersubjectividade do bebé, é possível afirmar que este constructo é passível de ser avaliado podendo apresentar algumas explicações para as dimensões psicossociais das mães (vinculação materna, estados emocionais maternos, percepção materna do apoio social e investimento parental na criança). Nos nossos dados, a percepção materna da intersubjectividade do bebé apresenta três dimensões: a) "Percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe"; b) "Percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais" e c) "Percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa".

Mais concretamente, observa-se que a percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe consegue ter um protagonismo na qualidade e no prazer vividos na interacção relacionada com a vinculação materna pós-natal. Quanto à dimensão percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais, esta possui um papel importante na explicação das mesmas variáveis relacionadas com a vinculação materna. Já quanto à percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa, observa-se que esta apenas poderá estar implicada na qualidade da vinculação materna pós-natal no primeiro ano de vida do bebé.

No que concerne à explicação dos estados emocionais maternos durante o primeiro ano de vida do bebé pelas dimensões da percepção materna da intersubjectividade do bebé, constata-se que a percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe poderá ajudar a explicar a depressão e a ansiedade materna. Ainda, neste domínio, a percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais poderá explicar a depressão materna. Salienta-se que a percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa não conseguiu protagonizar a explicação dos estados emocionais maternos e que nenhuma dimensão da percepção materna da intersubjectividade do bebé consegue explicar a variância do *stress* materno.

Quanto à explicação da qualidade dos comportamentos interactivos dos bebés e das mães, pôde observar-se que as dimensões da percepção materna da intersubjectividade do bebé não contribuíram para explicar as variâncias daquelas variáveis. Já na percepção materna do apoio social íntimo, é de notar que existe uma explicação tímida desta variável através da

percepção materna da competência do bebé na interacção com a mãe e da percepção materna dos comportamentos do bebé que exprimem estados emocionais.

Finalmente, quanto às variáveis do investimento parental na criança, a percepção materna da competência do bebé na interacção obtém um protagonismo no conhecimento/ sensibilidade e na aceitação do papel parental no investimento parental na criança. Bem como, a percepção materna acerca da competência do bebé para exprimir a sua iniciativa consegue explicar a variância do factor geral do investimento parental na criança. Contudo, o que mais se destaca é o papel conjunto das três dimensões da percepção materna da intersubjectividade do bebé na explicação da variância do prazer no investimento parental na criança.

Bibliografia

Abbasi, S., Chuang, C. H., Dagher, R., Zhu, J., & Kjerulff, K. (2013). Unintended pregnancy and postpartum depression among first-time mothers. *Journal of Women's Health (15409996), 22* (5), 412-416. doi:10.1089/jwh.2012.3926

Aboim, S., Vasconcelos, P., & Wall, K. (2013). Support, social networks and the family in Portugal: two decades of research. *International Review of Sociology, 23* (1), 47-67.

Abreu, J. L. P. (2008). Objectividade, subjectividade e inter-subjectividade. *Caderno de Filosofia das Ciências, 6*, 77 – 81.

Agnafors, S., Sydsjö, G., Dekeyser, L., & Svedin, C. (2013). Symptoms of depression postpartum and 12 years later-associations to child mental health at 12 years of age. *Maternal & Child Health Journal, 17* (3), 405-414. doi:10.1007/s10995-012-0985-z

Ainsworth, M. D. S. (1948). *The role of the clinical psychologist in Canada.* Paper presented at the Annual Meeting of the Canadian Psychological Association, Winnipeg.

Ainsworth, M. D. S. (1967). Patterns of attachment behavior *Infancy in Uganda. Baltimore* (pp. 1-10). Baltimore: Johns Hopkins.

Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 969-1025.

Ainsworth, M. D. S., Bell, S., & Stayton, D. (1971). Individual differences in the development of some attachment behaviors. *Merrill-Palmer Quarterly*, 2-41.

Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 49-67.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist, 46* (4), 333-341.

Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*, 64-77.

Albuquerque, M. I. N., Coimbra, M. I. E. S., Grilo, A. C. C., & Camarneiro, A. P. F. (2009). Intervenção do Enfermeiro na promoção da interacção mãe-bebé. *Revista Referência, 2* (9), 15-26.

Alispahić, S., Anić, E. H., & Tuce, D. (2013). Theory of parental investment: “mothers

are the most important". *Epiphany: Journal of Transdisciplinary Studies, 6* (2), 13.

Allen, J. G. (in press). What is mentalizing and why do it? *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. 1º relatório*. Retrieved from Lisboa:

Almeida, T., & Sampaio, F. M. (2007). Stress e suporte social em familiares de pessoas com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde & Doenças, 8* (1), 143-149.

Alvergne, A., Faurie, C., & Raymond, M. (2010). Are parents' perceptions of offspring facial resemblance consistent with actual resemblance? Effects on parental investment. *Evolution and Human Behavior, 31* (1), 7-15.

Alves, C., & Pereira, H. (2013). Adaptação ao Cancro da Mama e Cancro Ginecológico no Período Pré- e Pós-Operatório. *Psychology, Community & Health, 2* (3), 1-18.

Alves, S. M. A. L. (2011). *Grupos de apoio "Mãe para Mãe": percursos e vivências da amamentação e implicações na educação para a saúde*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde. Braga: Universidade do Minho

Ammaniti, M., & P., F. (2013). Vitality affects in Daniel Stern's thinking-A psychological and neurobiological perspective. *Infant Mental Health Journal, 34* (5), 367-375. doi:10.1002/imhj.21405

Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 85* (8), 937-944. doi:10.1080/00016340600697652

Antonucci, T. C., Fuhrer, R., & Jackson, J. S. (1990). Social support and reciprocity: A cross-ethnic and cross-national perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7* (4), 519-530. doi:10.1177/0265407590074008

Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10* (2), 176-181. doi:10.1037/1040-3590.10.2.176

APA, A. P. A. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association.

Antunes, C. I. L. (2005). *A narratividade em jovens vítimas de maus tratos na infância: estudo exploratório*. Tese Dissertação do Mestrado em Intervenção Psicológica com Crianças e Adolescentes. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto: Universidade do Porto.

Antunes, E. B., & Rocha, J. (2009). Considerações sobre desenvolvimento fonológico e desvios da fala no português. *Cadernos de Comunicação e Linguagem, 1* (1), 47-60.

APA, A. P. A. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed*. Washington (DC): American Psychiatric Association.

Apicella, C. L., & Marlowe, F. W. (2007). Men's reproductive investment decisions: mating, parenting, and self-perceived mate value. *Human Nature, 18* (1), 22-34.

Apostólo, J. L. A., Tanner, B. A., & Arfken, C. L. (2012). Confirmatory factor analysis of the Portuguese Depression Anxiety Stress Scales-21. *Análisis factorial confirmatoria de la versión portuguesa de la Depression Anxiety Stress Scale-21., 20* (3), 590-596.

Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: what we know. *Journal of Child & Family Studies, 14* (2), 269-281. doi:10.1007/s10826-005-5054-4

Arnold, A., Lewis, J., Maximovich, A., Ickovics, J., & Kershaw, T. (2011). Antecedents and consequences of caregiving structure on young mothers and their infants. *Maternal & Child Health Journal, 15* (7), 1037-1045. doi:10.1007/s10995-010-0650-3

Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C. H., & Guger, S. (2000). Attachment security. A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review, 20*, 1019-1040. doi:10.1016/S0272-7358(99)00023-9

Avan, B., Richter, L. M., Ramchandani, P. G., Norris, S. A., & Stein, A. (2010). Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Arch Dis Child., 95* (9), 690-695. doi:10.1136/adc.2009.164848

Aviezer, O., Sagi, A., Joels, T., & Ziv, Y. (1999). Emotional availability and attachment representations in kibbutz infants and their mothers. *Developmental Psychology, 35*(3), 811-821. doi:10.1037/0012-1649.35.3.811

Aviezer, O., Van Ijzendoorn, M. H., Sagi, A., & Schuengel, C. (1994). 'Children of the dream' revisited: 70 years of collective early child care in Israeli kibbutzim. *Psychological Bulletin, 116* (1), 99-116.

Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do Women Get Posttraumatic Stress Disorder as a Result of Childbirth? A Prospective Study of Incidence. *Birth: Issues in Perinatal Care, 28* (2), 111-118. doi:10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x

Bailey, D. B., Jr., Nelson, L., Hebbeler, K., & Spiker, D. (2007). Modeling the impact of formal and informal supports for young children with disabilities and their families. *Pediatrics, 120* (4), e992-e1001. doi:10.1542/peds.2006-2775

Balint, A. (1949). Love for the mother and mother-love. *International Journal of Psycho-Analysis, 30*, 321-259.

Bandeira, T. T. A., & Seidl-de-Moura, M. L. (2012). Crenças de Pais e Mães Sobre Investimento Parental. Mothers and fathers' beliefs about parental investment. *Paidéia, 22* (53), 355-363.

Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic: revista da Vetor Editora, 7*, 39-48.

Bar-Haim, Y., & Sutton, D. B. (2000). Stability and Change of Attachment at 14, 24, and 58 Months of Age: Behavior, Representation, and Life Events. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 41* (3), 381.

Barbosa, P. R. B., & Cordovil, I. (2002). Arritmia sinusal não respiratória. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*.

Bard, K. A. (1993). A developmental theory requires developmental data. *Behavioral and Brain Sciences, 16* (3), 511-512.

Barnet, B., & Duggan, A. K. (1995). Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress, and social support. *Pediatrics, 96*(4), 659.

Baron-Cohen, S. (1993). Are children with autism acultural? *Behavioral and Brain Sciences, 16* (3), 512.

Barton, L. R., Roman, L. A., Fitzgerald, H. E., & McKinney, M. H. (2002). Informal social support characteristics and utilization of parenting support services among low-income African American mothers of premature infants. *Infant Mental Health Journal, 23* (3), 278-292.

Bateson, M. C. (1971). The interpersonal context of infant vocalization. *Quarterly Progress Report of the Research Laboratory of Electronics, MIT, 100*, 170-176

Bateson, M. C. (1979). The epigenesis of conversational interaction: A personal account of research and development In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginnings of human communication* (pp. 63–77). London: Cambridge University Press.

Batten, G. P. (2013). *Patterns of Parental Spending: Do Parents Spend More Money on Sons or Daughters?* (Masters), Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, Virginia. Retrieved from http://hdl.handle.net/10919/23133 (vt_gsexam:1106).

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research, 50* (5), 275-285.

Beebe, B., Sorter, D., Rustin, J., & Knoblauch, S. (2003). A Comparison of Meltzoff,

Trevarthen, and Stern. *Psychoanalytic Dialogues, 13* (6), 777-804.

Beijersbergen, M. D., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2012). Remaining or becoming secure: parental sensitive support predicts attachment continuity from infancy to adolescence in a longitudinal adoption study. *Developmental Psychology, 48* (5), 1277-1282. doi:10.1037/a0027442

Bekkering, H., Wohlschlager, A., & Gattis, M. (2000). Imitation of gestures in children is goal-directed. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Section A, 53* (1), 153-164. doi:10.1080/027249800390718

Bell, S. M., & Ainsworth, M. D. S. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development, 43* (4), 1171-1190. doi:10.1111/1467-8624.ep12114755

Belsky, J., Crnic, K., & Gable, S. (1995). The determinants of coparenting in families with toddler boys: spousal differences and daily hassles. *Child Development, 66* (3), 629-642. doi:10.1111/1467-8624.ep9506152714

Belsky, J., & Fearon, R. M. P. (2002a). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & Human Development, 4* (3), 361-387. doi:10.1080/14616730210167267

Belsky, J., & Fearon, R. M. P. (2002b). Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: A moderational analysis. *Development and Psychopathology, 14* (2), 293-310. doi:10.1017/S0954579402002067

Belsky, J., Fish, M., & Isabella, R. A. (1991). Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotionality: Family antecedents and attachment consequences. *Developmental Psychology, 27* (3), 421-431. doi:10.1037/0012-1649.27.3.421

Benavente, R. (2010). *Factores de mudança nas representações da vinculação em crianças de famílias de alto-risco. (Doutoramento)*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Benavente, R., & Justo, J. (2009). Maus-tratos e negligência na infância: relações com a insegurança e desorganização da vinculação. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35-51.

Benavente, R., Justo, J., & Veríssimo, M. (2009). Os efeitos dos maus-tratos e da negligência sobre as representações da vinculação em crianças de idade pré-escolar. *Análise Psicológica*, 21-31.

Benavente, R. C. S. (2005). *Maus tratos e negligência na infância: Efeitos sobre as representações da vinculação em crianças de idade pré-escolar.* (Mestrado em Psicologia Clínica), Universidade de Lisboa, Lisboa.

Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatr Child Health, 9* (8), 541-545.

Bergeson, T. R., & Trehub, S. E. (2007). Signature tunes in mothers' speech to infants *Infant Behav Dev* (Vol. 30, pp. 648-654). United States.

Berle, J. Ø., Aarre, T. F., Mykletun, A., Dahl, A. A., & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression: Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 76* (1-3), 151-156.

Bernal, R., Fernández, C., & Peña, X. (2011). *The differential effects of quantity versus the quality of maternal time investments on child development*. Bogotá.

Bernet, R. (2010). Edmund Husserl. In J.-F. Pradeau (Ed.), *História da filosofia*. Lisboa: D. Quixote.

Bird, G., Brindley, R., Leighton, J., & Heyes, C. (2007). General processes, rather than 'goals,' explain imitation errors. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 33* (5), 1158-1169. doi:10.1037/0096-1523.33.5.1158

Bird, G., & Heyes, C. (2007). Imitation: Thoughts about theories. In C. L. Nehaniv & K. Dautenhahn (Eds.), *Imitation and social learning in robots, humans and animals: Behavioural, social and communicative dimensions.* (pp. 23-34). New York, NY, US: Cambridge University Press.

Biringen, Z. (2000). Emotional availability: Conceptualization and research findings. *American Journal of Orthopsychiatry, 70* (1), 104-114. doi:10.1037/h0087711

Biringen, Z., & Robinson, J. (1991). Emotional availability in mother-child interactions: A reconceptualization for research. *American Journal of Orthopsychiatry, 61* (2), 258-271. doi:10.1037/h0079238

Biscaia, C. (2011). A psicanálise e a prisão do eu profundo. *Revista Portuguesa de Psicanálise., 31* (1), 47-59.

Bjorklund, D. F., & Shackelford, T. K. (1999). Differences in parental investment contribute to important differences between men and women. *Current Directions in Psychological Science, 8* (3), 86-89. doi:10.1111/1467-8721.00020

Blair, R. J. R. (2003). Facial expressions, their communicatory functions and neuro-cognitive substrates. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 358* (1431), 561-572. doi:10.1098/rstb.2002.1220

Blanc, M. F. (1981). A Ontologia, projecto fundamental da filosofia. In M. M. Carrilho (Ed.), *Filosofia e Epistemologia - III* (pp. 162-176). Lisboa: A Regra do Jogo.

Blanc, M. F. (2010). *Crise do sentido e tarefa de pensar*. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa.

Boesch, C. (2005). Joint cooperative hunting among wild chimpanzees: Taking natural observations seriously. *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 692-693.

Boesch, C., & Boesch, H. (1989). Hunting behavior of wild chimpanzees in the Tai National Park. *Am J Phys Anthropol, 78* (4), 547-573. doi:10.1002/ajpa.1330780410

Borges, I. C. N. (2010). *Qualidade da parentalidade e bem-estar da criança.* (Mestrado), Universidade de Coimbra, Coimbra.

Bosquet, E. M., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M., & Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior and Development, 34*, 487-503. doi:10.1016/j.infbeh.2011.07.007

Bost, K. K., Shin, N., McBride, B. A., Brown, G. L., Vaughn, B. E., Coppola, G., . . . Korth, B. (2006). Maternal secure base scripts, children's attachment security, and mother – child narrative styles. *Attachment & Human Development, 8* (3), 241-260. doi:10.1080/14616730600856131

Bowlby, J. (1940). The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *The International Journal of Psychoanalysis, 21*, 154-178.

Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their character and home-life. *International Journal of Psychoanalysis, 25*, 19-52.

Bowlby, J. (1949). The study and reduction of group tensions in the family. *Human Relations, 2* (2), 123-128.

Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health*.

Bowlby, J. (1956). The growth of independence in the young child. *Royal Society of Health Journal, 76*, 587-591.

Bowlby, J. (1958a). Can I leave my babe? *Can I leave my babe?* 39 Queen Anne Street, London, London, W.1, U.K.: The National Association for Mental Health.

Bowlby, J. (1958b). The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal, 39* (5), 350-373.

Bowlby, J. (1960a). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysis, 41* (2-3), 89-113.

Bowlby, J. (1960b). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child, 15*, 9-52. doi:citeulike-article-id:7456490

Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss (vol. 1)*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety & anger. Attachment and loss (vol. 2)*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Bowlby, J. (1980a). *Attachment and loss: Vol. III. Sadness and depression*. London: The Hogarth Press.

Bowlby, J. (1980b). *Loss: Sadness & depression. attachment and loss (vol. 3)*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New Fetter Lane, London: Routledge.

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

Bowlby, J. (1993). *Separação: Vol. II. angústia e raiva.* São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J., & Robertson, J. (1952). A two-year-old goes to hospital. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 46* (6), 425–427.

Bradley, R. H., Whiteside-Mansell, L., Brisby, J. A., & Caldwell, B. M. (1997). Parents' socioemotional investment in children. *Journal of Marriage and the Family, 59* (1), 77-90.

Brandão, M. F., & Craveirinha, F. P. (2011). Redes de apoio social em famílias multiculturais, acompanhadas no âmbito da intervenção precoce: Um estudo exploratório. (Portuguese). *Análise Psicológica, 29* (1), 27-45.

Brazelton, T. B., Tronick, E., Adamson, L., Als, H., & Wise, S. (1975). Early mother-infant reciprocity. *Ciba Found Symp* (33), 137-154.

Brenna, V., Proietti, V., Montirosso, R., & Turati, C. (2013). Positive, but not negative, facial expressions facilitate 3-month-olds' recognition of an individual face. *International Journal of Behavioral Development, 37* (2), 137-142. doi:10.1177/0165025412465363

Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 102-118). New York: Guilford Press.

Bridges, L. J., Connell, J. P., & Belsky, J. (1988). Similarities and differences in infant-mother and infant-father interaction in the Strange Situation: A component process analysis. *Developmental Psychology, 24* (1), 92-100.

Brito, J. H. S. (2006). O sentido da morte em Lévinas. Da ontologia à ética. In C. Becket (Ed.), *Lévinas entre nós*. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa.

Britton, J. R. (2005). Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: Prevalence and correlates. *Acta Paediatrica, 94* (12), 1771-1776. doi:10.1080/08035250500192664

Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety: course and antecedents during the early

postpartum period. *Depression & Anxiety (1091-4269), 25* (9), 793-800. doi:10.1002/da.20325

Brown, G. L., Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., & Neff, C. (2010). Observed and reported supportive coparenting as predictors of infant-mother and infant-father attachment security. *Early Child Development and Care, 180* (1-2), 121-137.

Brown, J., Harris, S., Woods, E., Buman, M., & Cox, J. (2012). Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers. *Maternal & Child Health Journal, 16* (4), 894-901. doi:10.1007/s10995-011-0814-9

Brownell, C. A., & Carriger, M. S. (1990). Changes in cooperation and self-other differentiation during the second year. *Child Development, 61* (4), 1164-1174. doi:10.1111/1467-8624.ep9102040972

Brownell, C. A., Nichols, S., & Svetlova, M. (2005). Early development of shared intentionality with peers. *Behavioral and Brain Sciences, 28* (05), 693-694.

Brownell, C. A., Ramani, G. B., & Zerwas, S. (2006). Becoming a social partner with peers: Cooperation andsocial understanding in one- and two-year-olds. *Child Development, 77* (4), 803-821. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00904.x

Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 457-467.

Bråten, S. (1998). *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. New York, NY, US: Cambridge University Press.

Bugental, D. B., Beaulieu, D. A., & Silbert-Geiger, A. (2010). Increases in parental investment and child health as a result of an early intervention. *Journal of Experimental Child Psychology, 106* (1), 30-40.

Buss, Davis, E. P., Muftuler, L. T., Head, K., & Sandman, C. A. (2010). High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6–9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology, 35* (1), 141-153. doi:10.1016/j.psyneuen.2009.07.010

Buss, C., Davis, E. P., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2011). Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6-9 years age. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress, 14* (6), 665-676. doi:10.3109/10253890.2011.623250

Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L., & Thomas, K. A. (2013). Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Crit Care Nurse, 33* (4), 52-59; quiz 60. doi:10.4037/ccn2013715

Butler, J. K. (2010). *Does temperament in influence the parent-child attachment. Tese de Mestrado não publicada. Mestrado em Health Science - Child Psychoterapy*.

Auckland: Auckland University of Technology Scholarly Commons.

Butler, R., & Shalit-Naggar, R. (2008). Gender and patterns of concerned responsiveness in representations of the mother-daughter and mother-son relationship. *Child Development, 79* (4), 836-851.

Buttner, M., Mott, S., Pearlstein, T., Stuart, S., Zlotnick, C., & O'Hara, M. (2013). Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Archives of Women's Mental Health, 16* (3), 219-225. doi:10.1007/s00737-012-0323-x

Caldera, Y. M. (2004). Paternal involvement and infant-father attachment: A Q-Set study. *Fathering: A Journal of Theory, Research, & Practice about Men as Fathers, 2* (2), 191-210.

Caldera, Y. M., & Lindsey, E. W. (2006). Coparenting, mother-infant interaction, and infant-parent attachment relationships in two-parent families. *Journal of Family Psychology, 20* (2), 275-283. doi:10.1037/0893-3200.20.2.275

Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó Jr, J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*, 92-102.

Camarneiro, A. P. F., Alves, C. A. N., Ferreira, A. P. C., & Gomes, A. I. F. (2009). Interacção mãe-bebé prematuro numa unidade de cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediatra Portuguesa, 40* (2), *53-57*.

Camarneiro, A. P. F., & Justo, J. (2010a). *Attitudes towards pregnancy and motherhood and its relationships with prenatal attachment to the foetus: A study with Portuguese pregnant women.* Paper presented at the Psychology & Health.

Camarneiro, A. P. F., & Justo, J. (2010b). Padrões de vinculação pré-natal. Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o segundo trimestre de gestação na região Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 28*, 7-22.

Camarneiro, A. P. F., & Justo, J. M. R. M. (2012). Efeito do número de filhos na satisfação conjugal e na vinculação pré-natal materna e paterna. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1 (1)*, 19-28.

Campbell, J., & Johnston, C. (2009). Emotional availability in parent-child dyads where children are blind. *Parenting: Science & Practice, 9* (3/4), 216-227. doi:10.1080/15295190902844456

Candelaria, M. A., O'Connell, M. A., & Teti, D. M. (2006). Cumulative psychosocial and medical risk as predictors of early infant development and parenting stress in an African-American preterm sample. *Journal of Applied Developmental Psychology, 27* (6), 588-597. doi:10.1016/j.appdev.2006.08.006

Carneiro, A. R. G. (2012). *Qualidade de vida, satisfação com o suporte social e o funcionamento social na esquizofrenia: estudo comparativo entre doentes residentes na comunidade e institucionalizados.* (Mestrado em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde), Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Caron, A. J., Caron, R. F., & MacLean, D. J. (1988). Infant discrimination of naturalistic emotional expressions: The role of face and voice. *Child Development, 59* (3), 604. doi:10.1111/1467-8624.ep8588558

Carriço, C. N., & Paixão, R. (2010). Vinculação, memórias de infância e estilos defensivos na população dependente de substâncias: estudo comparativo e multivariado. *Psychologica, 2*, 559-584.

Carrulo, J. (2005). *Emergência do self dialógico: Estudo desenvolvimental* (Licenciatura), Instituto Superior da Maia - ISMAI, Maia.

Carrulo, J., & Justo, J. (2014). *The Portuguese version of the Maternal Post - Natal Attachment Scale: validation, cultural biases and correlations.* Paper presented at the World Association for Infant Mental Health 14th World Congress, June 14 – June 18, Edinburgh, Scotland.

Carvalho, M. E. S. (2011). *O bebé imaginário, as memórias dos cuidados parentais e as representações sonoro-musicais na gravidez no estudo da representação da vinculação materna pré-natal e da orientação para a maternidade.* (Doutoramento em Psicologia, Especialidade em Psicologia Clínica), Universidade de Lisboa, Lisboa.

Carvalho, M. E. S., & Justo, J. M. M. (2014). Desenho da gravidez e sensibilidade sonora: contributos para o estudo da psicologia da gravidez. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD: Revista de Psicología, 1* (1), 25-35.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am J Epidemiol, 104* (2), 107-123.

Cassia, V. M., Picozzi, M., Kuefner, D., Bricolo, E., & Turati, C. (2009). Holistic processing for faces and cars in preschool-aged children and adults: Evidence from the composite effect. *Developmental Science, 12* (2), 236-248.

Cassidy, J. (2008). The nature of the child's ties *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications* (pp. 3-22). New York: Guilford Press.

Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Castle, H., Slade, P., Barranco-Wadlow, M., & Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support and postnatal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 26* (3), 180-194.

doi:10.1080/02646830701691319

Charman, T. (2005). Why do individuals with autism lack the motivation or capacity to share intentions? *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 695-696.

Chatzicharalampous, C., Rizos, D., Pliatsika, P., Leonardou, A., Hasiakos, D., Zervas, I., . . . Lambrinoudaki, I. (2011). Reproductive hormones and postpartum mood disturbances in Greek women. *Gynecological Endocrinology, 27* (8), 543-550. doi:10.3109/09513590.2010.501886

Chich-Hsiu, H., Chia-Ju, L., Stocker, J., & Ching-Yun, Y. (2011). Predictors of postpartum stress. *Journal of Clinical Nursing, 20* (5/6), 666-674. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03555.x

Ching-Min, C., Shu-Fen, K., Yu-Hua, C., & Hsiu-Chuan, C. (2007). Postpartum Taiwanese women: Their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. *Journal of Clinical Nursing, 16*(8), 1550-1560. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01837.x

Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 165* (9), 1127-1135. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07081360

Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med, 38* (5), 300-314.

Cohen, M. M., Ansara, D., Schei, B., Stuckless, N., & Stewart, D. E. (2004). Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *Journal of Women's Health (15409996), 13* (3), 315-324.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 676-684.

Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists.* (pp. 3-25). New York, NY, US: Oxford University Press.

Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2001). Social relationships and health: Challenges for measurement and intervention. *Advances in Mind-Body Medicine, 17* (2), 129.

Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Handbook of psychology and health, 4*, 253-267.

Cohn, J. F., Campbell, S. B., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology, 26* (1), 15-23. doi:10.1037/0012-1649.26.1.15

Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1983). Three-month-old infants'reaction to simulated maternal depression. *Child Development, 54* (1), 185. doi:10.1111/1467-

8624.ep8589213

Coleman, R. M., & Gross, M. R. (1991). Parental investment theory: The role of past investment. *Trends Ecol Evol, 6* (12), 404-406. doi:10.1016/0169-5347(91)90163-r

Conde, A., & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neuropsicológicos envolvidos. *Acta pediátrica Portuguesa, 36* (1), 41-49.

Condon, J. T. (2010). Women's mental health: A "wish-list" for the DSM-V. *Archive of Womens Mental Health, 13*, 1-5. doi:10.10007/s00737-005-0114

Condon, J. T. (2012). Assessing attachment, a work in progress: to look, to listen or both? *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30* (1), 1-4. doi:10.1080/02646838.2012.681966

Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology, 70* (4), 359-372. doi:10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x

Condon, J. T., & Corkindale, C. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive Infant Psychology, 16* (1), 57–77.

Condon, J. T., Corkindale, C. J., & Boyce, P. (2008). Assessment of postnatal paternal–infant attachment: development of a questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26* (3), 195-210. doi:10.1080/02646830701691335

Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H., Lorenz, F. O., Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1993). Family economic stress and adjustment of early adolescent girls. *Developmental Psychology, 29* (2), 206-219. doi:10.1037/0012-1649.29.2.206

Conger, R. D., & Donnellan, M. B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology, 58* (1), 175-199. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085551

Conger, R. D., & Ge, X. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development, 65* (2), 541-561. doi:10.1111/1467-8624.ep9405315143

Cook-Darzens, S., & Brunod, R. (1999). An ecosystemic approach to improving mother-infant attachment in a Caribbean matrifocal society. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 21* (4), 433.

Cooklin, A. R., Giallo, R., D'Esposito, F., Crawford, S., & Nicholson, J. M. (2013). Postpartum maternal separation anxiety, overprotective parenting, and children's social-emotional well-being: Longitudinal evidence from an Australian cohort. *Journal of Family Psychology, 27* (4), 618-628. doi:10.1037/a0033332

Cooper, R. P., & Aslin, R. N. (1990). Preference for infant-directed speech in the first month after birth. *Child Development, 61* (5), 1584-1595.

Correia, S. F. M. S. (2011). *Desenvolvimento da linguagem em crianças inseridas em ambiente familiar e institucionalizadas.* (Licenciatura), Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Cortina, M., & Liotti, G. (2010). Attachment is about safety and protection, intersubjectivity is about sharing social understanding: the relationships between attachment and intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology, 27* (4), 410-441. doi:10.1037/a0019510

Corwin, E. J., & Pajer, K. (2008). The psychoneuroimmunology of postpartum depression. *J Womens Health (Larchmt), 17* (9), 1529-1534. doi:10.1089/jwh.2007.0725

Corwyn, R. F., & Bradley, R. H. (1999). Determinants of paternal and maternal investment in children. *Infant Mental Health Journal, 20* (3), 238-256.

Costa, C., Reis, C., & Coelho, R. (2010). Uso de psicofármacos na gravidez. Use of psychotropic drugs during pregnancy. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, 4* (2), 101-111.

Costa, C., & Reis, C. H. (2011). Perturbações psiquiátricas do pós parto: implicações na amamentação. *Acta Pediátrica Portuguesa, 42* (4), 177-181.

Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*, 157-165.

Coutinho, B. M. S. S. (2010). *Base segura : a vinculação no contexto da transição para a idade adulta.* (Tese de Mestrado Integrado em Psicologia), Universidade de Lisboa, Lisboa.

Cowan, P. A. (1997). Beyond meta-analysis: A plea for a family systems view of attachment. *Child Development*, 601-603.

Cowan, P. A., Cohn, D. A., Cowan, C. P., & Pearson, J. L. (1996). Parents' attachment histories and children's externalizing and internalizing behaviors: Exploring family systems models of linkage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53-63.

Cremona, S. E. (2008). *Antenatal predictors of maternal bonding for adolescent mothers.* (Doctor of Psychology in Clinical Psychology), Victoria University, Melbourne.

Cristià, A. (2011). Fine-grained variation in caregivers' predicts their infants' category. *The Journal of the Acoustical Society of America, 129* (5), 3271-3280. doi:10.1121/1.3562562

Crittenden, P. M. (1985). Social metworks, quality of child rearing, and child development. *Child Development, 56* (5), 1299. doi:10.1111/1467-8624.ep7252318

Crnic, K. A., Greenberg, M. T., Robinson, N. M., & Ragozin, A. S. (1984). Maternal stress and social support: Effects on the mother-infant relationship from birth to eighteen months. *American Journal of Orthopsychiatry, 54* (2), 224-235. doi:10.1111/j.1939-0025.1984.tb01490.x

Crockenberg, S., & McCluskey, K. (1986). Change in maternal behavior during the baby's first year of life. *Child Development, 57* (3), 746-753.

Crockenberg, S. B. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 857–865.

Cruz, M., & Frota, S. (2011). *Prosódia dos tipos frásicos em variedades do Português Europeu: Produção e percepção*. Paper presented at the XXVI Encontro da Associação Portuguesa de Linguística, Lisboa.

CSEFEL (2013). Attachment: what works? *Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning*. Retrieved from http://csefel.vanderbilt.edu/briefs/wwb_24.pdf

Csibra, G. (2010). Recognizing communicative intentions in infancy. *Mind & Language, 25* (2), 141-168. doi:10.1111/j.1468-0017.2009.01384.x

Csibra, G., & Gergely, G. (2013). Teleological understanding of actions. In M. R. Banaji & S. A. Gelman (Eds.), *Navigating the social world: What infants, children, and other species can teach us.* (pp. 38-43). New York, NY, US: Oxford University Press.

Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57* (6), 1507-1518.

Dannemiller, J. L., & Stephens, B. R. (1988). A critical test of infant pattern preference models. *Child Development, 59* (1), 210-216.

Davis, E., Glynn, L. M., Dunkel-Schetter, C., Hobel, C., Chicz-Demet, A., & Sandman, C. A. (2005). Corticotropin-releasing hormone during pregnancy is associated with infant temperament. *Developmental Neuroscience, 27* (5), 299-305.

Davis, E. P., & Sandman, C. A. (2010). The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child Development, 81* (1), 131-148. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01385.x

Davis, M. F., Guggenheim, C. B., Figueredo, A. J., & Locke, C. J. (2007). Differential parental investment in the Southwestern United States. *Journal of the Arizona-*

Nevada Academy of Science, 39 (2).

De Luccie, M. F. (1995). Mothers as gatekeepers: A model of maternal mediators of father involvement. *Journal of Genetic Psychology, 156* (1), 115.

De Roten, Y., Favez, N., Drapeau, M., & Stern, D. (2003). Two studies on autobiographical narratives about an emotional event by preschoolers: Influence of the emotions experienced and the affective closeness with the interlocutor. *Early Child Development & Care, 173* (2/3), 237-248.

De Schipper, J. C., Tavecchio, L. W. C., & Van IJzendoorn, M. H. (2008). Children's attachment relationships with day care caregivers: Associations with positive caregiving and the child's temperament. *Social Development*, 454-470.

Dearing, E., McCartney, K., & Taylor, B. A. (2006). Within-child associations between family income and externalizing and internalizing problems. *Developmental Psychology, 42* (2), 237-252. doi:10.1037/0012-1649.42.2.237

Demuth, C. (2013). Protoconversation and protosong as infant's socialization environment. In B. N. I T. M. S. Tchombe, H. Keller, & M. Fülöp (Ed.), *Cross-Cultural Psychology: An Africentric Perspective* (pp. 232-256): DESIGN house.

Dennis, C. L., Heaman, M., & Vigod, S. (2012). Epidemiology of postpartum depressive symptoms among Canadian women: Regional and national results from a cross-sectional survey. *Can J Psychiatry, 57* (9), 537-546.

Dennis, C. L., & Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*, 1987-1195.

DiPietro, J. A., Costigan, K. A., & Sipsma, H. L. (2008). Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29* (2), 115-124. doi:10.1080/01674820701701546

DiPietro, J. A., Novak, M. F. S. X., Costigan, K. A., Atella, L. D., & Reusing, S. P. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development, 77* (3), 573-587. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00891.x

Direcção Geral da Saúde (2006). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2013). *Ação de saúde para crianças e jovens em risco. Comissão de acompanhamento: relatório 2012*. Retrieved from Lisboa: Ministério da Saúde.

Dolinska, B. (2013). Resemblance and investment in children. *International Journal of Psychology, 48* (3), 285-290. doi:10.1080/00207594.2011.645482

Dougherty, L., Smith, V., Olino, T., Dyson, M., Bufferd, S., Rose, S., & Klein, D. (2013). Maternal psychopathology and early child maternal psychopathology and early child temperament predict young children's salivary cortisol 3 years later. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41* (4), 531-542. doi:10.1007/s10802-012-9703-y

Drew, E., & Humbert, A. L. (2012). 'Men have careers, women have babies's: Unequal parental care among Irish entrepreneurs. *Community, Work & Family, 15* (1), 49-67. doi:10.1080/13668803.2011.580128

Dunst, C. J., & M., T. C. (1986). Looking beyond the parent-child dyad for the determinants of maternal styles of interaction. *Infant Mental Health Journal, 7* (1), 69-80.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., Davis, M., & Cornwell, J. (1988). Enabling and empowering families of children with health impairments. *Children's Health Care*, 71-81.

Dwyer, A., Paul, E., & Waller, M. R. (2013). *Time vs. money: What contributes to children and nonresident fathers' perceptions of closeness?* Paper presented at the Population Association of America 2014 Annual Meeting, Boston.

Dymond, S., & McHugh, L. (2005). Symbolic behavior and perspective-taking are forms of derived relational responding and can be learned. *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 697-697.

Easterbrooks, M. A., Biesecker, G., & Lyons-Ruth, K. (2000). Infancy predictors of emotional availability in middle childhood: the roles of attachment security and maternal depressive symptomatology. *Attachment and Human Development*, 170-187.

Easterbrooks, M. A., & Biringen, Z. (2009). Introduction to the special issue: Emotional availability across contexts. *Parenting: Science & Practice, 9* (3/4), 179-182. doi:10.1080/15295190902844266

Easterbrooks, M. A., Chaudhuri, J. H., & Gestsdottir, S. (2005). Patterns of emotional availability among young mothers and their infants: A dyadic, contextual analysis. *Infant Mental Health Journal, 26* (4), 309-326. doi:10.1002/imhj.20057

Edhborg, M., Nasreen, H. E., & Kabir, Z. N. (2015). "I can't stop worrying about everything"--Experiences of rural Bangladeshi women during the first postpartum months. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being, 10*, 1-9. doi:10.3402/qhw.v10.26226

Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Geçkil, E., & Sunar-Reeder, B. (2008). Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Research, 34* (4), 585-593. doi:10.1111/j.1447-0756.2008.00718.x

Engelhard, I. M., van Rij, M., Boullart, I., Ekhart, T. H. A., Spaanderman, M. E. A., van den Hout, M. A., & Peeters, L. L. H. (2002). Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. *General Hospital Psychiatry, 24*, 260-264. doi:10.1016/S0163-8343(02)00189-5

Erickson, M., & Harris, I. B. (2011). Good enough moms & dads: Separating fct from fiction about parent-child attachment. Minosota: University of Minnesota, Minnesota.

Eyre, J. A., Miller, S., Clowry, G. J., Conway, E. A., & Watts, C. (2000). Functional corticospinal projections are established prenatally in the human foetus permitting involvement in the development of spinal motor centres. *Brain, 123 (Pt 1)*, 51-64.

Fachadas, M. C. L. (2011). *Suporte social : intervenção para a promoção do papel parental. Dissertação de Mestrado em Enfermagem,com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*.

Falco, S., Venuti, P., Esposito, G., & Bornstein, M. H. (2009). Mother–child and father–child emotional availability in families of children with Down Syndrome. *Parenting: Science and Practice*.

Farate, C. (2014). O falso *self* na génese psíquica das patologias-limite? Ensaio de resposta clínica e reflexão epistemológica. *Revista Portuguesa de Psicanálise, 34* (1), 17-26.

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

Farr, R. H., & Patterson, C. J. (2013). Coparenting among lesbian, gay, and heterosexual couples: Associations with adopted children's outcomes. *Child Development, 84* (4), 1226-1240. doi:10.1111/cdev.12046

Favez, N., De Roten, Y., Stern, D. N., & Bonvin, P. (2003). The effect of experienced emotions on preschoolers' narration. *Swiss Journal of Psychology / Schweizerische Zeitschrift für Psychologie / Revue Suisse de Psychologie, 62* (1), 19-26.

Feldman, R., Mayes, L. C., & Swain, J. E. (2005). Interaction synchrony and neural circuits contribute to shared intentionality. *Behavioral and Brain Sciences, 28*(05), 697-698.

Fernald, A. (1985). Four-month-old infants prefer to listen to motherese. *Infant Behavior & Development, 8* (2), 181-195. doi:10.1016/S0163-6383(85)80005-9

Fernald, A. (1989). Intonation and communicative intent in mothers' speech to infants: Is the melody the message? *Child Development, 60* (6), 1497-1510.

Fernald, A., Marchman, V. A., & Weisleder, A. (2013). SES differences in language processing skill and vocabulary are evident at 18 months. *Developmental*

Science, 16 (2), 234-248. doi:10.1111/desc.12019

Fernald, A., & Simon, T. (1984). Expanded intonation contours in mothers' speech to newborns. *Developmental Psychology, 20* (1), 104-113. doi:10.1037/0012-1649.20.1.104

Fernández-Carriba, S., Loeches, A., Morcillo, A., & Hopkins, W. D. (2002). Functional asymmetry of emotions in primates: new findings in chimpanzees. *Brain Research Bulletin, 57* (3/4), 561.

Field, T. (1990). *Infancy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Field, T. (1994). The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59* (2/3), 208-227. doi:10.1111/1540-5834.ep9502132774

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Ezell, S., & Siblalingappa, V. (2010). Depressed mothers and infants are more relaxed during breastfeeding. *Infant Behavior & Development, 33* (2), 241-244. doi:10.1016/j.infbeh.2009.12.006

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depress Anxiety, 17* (3), 140-151. doi:10.1002/da.10071

Field, T., Guy, L., & Umbel, V. (1985). Infants' responses to mothers' imitative behaviors. *Infant Mental Health Journal, 6* (1), 40-44.

Field, T., Healy, B. T., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology, 26* (1), 7-14. doi:10.1037/0012-1649.26.1.7

Field, T., Woodson, R., Greenberg, R., & Cohen, D. (1982). Discrimination and imitation of facial expressions by neonates, 179.

Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto.

Figueiredo, B. (2003a). Vinculação materna : Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 521-539.

Figueiredo, B. (2003b). Os primórdios da construção do próprio. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática Psicológica, 2*, 311-322.

Figueiredo, B., Bifulco, A., Paiva, C., Maia, A., Fernandes, E., & Matos, R. (2004). History of childhood abuse in Portuguese parents. *Child Abuse & Neglect*, 669-682.

Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A. (2005). Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa, 36* (2/3), 121 - 131.

Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Mother-to-infant and father-to-infant initial emotional involvement. *Early Child Development and Care, 177* (5), 521-532.

Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2008). *Vinculação materna: Dimensões hormonais envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé - Pregnancy and postpartum mood and hormones: Effects on mother-toinfant initial emotional involvement*. Paper presented at the 7º Simpósio da Fundação Bial: "Aquém e Além do Cérebro". Emoções, Casa do Médico, Porto.

Figueiredo, B., & Dias, C. (2013). Escalas de avaliação da interação mãe-bebé: Versão portuguesa das *Interaction Rating Scales*. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14* (3), 502-514.

Figueiredo, B., Dias, C. C., Brandão, S., Canário, C., & Nunes-Costa, R. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review. *Jornal de Pediatria, 89* (4), 332-338. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2012.12.002

Figueiredo, B., Fernandes, E., Matos, R., & Maia, A. (2002). Maus tratos na infância: Trajectórias desenvolvimentais e intervenção psicológica na idade adulta *Violência e Vítimas de Crimes, vol. I* (pp. 163-210). Coimbra: Quarteto.

Filho, L. C. J., & Zaniboni, J. S. C. (2014). Aquisição da linguagem: as crianças e sua atitude responsiva a perguntas abertas. *Revista Distúrbios da Comunicação, 26* (2), 245-254.

Fivaz-Depeursinge, E., Burgin, D., Corboz-Warnery, A., Lebovici, S., Stern, D. N., Byng-Hall, J., & Lamour, M. (1994). The dynamics of interfaces: Seven authors in search of encounters across levels of description of an event involving a mother, father, and baby. *Infant Mental Health Journal, 15* (1), 69-89. doi:10.1002/1097-0355(199421)15:1<69::AID-IMHJ2280150109>3.0.CO;2-R

Flom, R., Whipple, H., & Hyde, D. (2009). Infants' intermodal perception of canine (Canis familairis) facial expressions and vocalizations. *Developmental Psychology, 45* (4), 1143-1151. doi:10.1037/a0015367

Flom, R., Wright, M., Phillippi, A., Beckstead, T., Jones, J., Allen, H., & Boysen, D. (2009). Twelve-month-olds' discrimination of monkey faces: Evidence for perceptual narrowing? In J. B. Wagman & C. C. Pagano (Eds.), *Studies in perception and action X: Fifteenth international conference on perception and action.* (pp. 75-78). New York, NY, US: Psychology Press.

Fogel, A. (1980). The effect of brief separations on 2-month-old infants. *Infant Behavior & Development, 3*(4), 315-330.

Fogel, A., Koeyer, I., Bellagamba, F., & Bell, H. (2002). The dialogical self in the first

two years of life. Embarking on a journey of discovery. *Theory & Psychology 12*, 191-205. doi:0959-3543(200204)12:2;191–205;022629

Fonagy, P. (1997). Multiple voices v.s. meta–cognition : an attachment teory perspective. *Journal of Psychotherapy Integration, 7* (3), 181 – 194.

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.

Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 98-110.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). The development of an understanding of s*elf* and agency. In P. Fonagy, G. Gergely, E. Jurist, & M. Target (Eds.), *Affect regulation, mentalization, and the development of the self* (Vol. 3, pp. 203-251). New York: Other.

Fonagy, P., & Target, M. (1995). Dissociation and trauma. *Current Opinion in Psychiatry*, 161-166.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 679-700.

Fonagy, P., & Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body new links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 411– 456.

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for applications to adult attachment interviews (trabalho não publicado)*. Retrieved from London: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kaXOeUGQHbcJ:mentalizacion.com.ar/images/notas/Reflective%2520Functioning%2520Manual.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt

Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2010). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Human Development, 87* (1), 21-26. doi:10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006

Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother–infant interactions and outcomes of early dyadic patterns. *Pediatrics, 118* (1), 107-114. doi:10.1542/peds.2005-1145

Forrester, M. A. (2001). The embedding of the self in early interaction. *Infant and Child Development, 10*, 189-202. doi:10.1002/icd.278

Fraley, R. C., & Spieker, S. J. (2003). Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of strange situation behavior. *Developmental Psychology*, 387–404.

Francisco, A. P. (2013). Farmacêutica II 2011-2012 - Dopamina e fármacos que actuam em receptores dopaminérgicos: A culpa é da dopamina!!! *Farmacêutica II 2011-2012*. Retrieved from https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fg

Franco, V., & Velhinho, C. (2013). Estado emocional materno e suporte social na Síndrome do X Frágil. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 685-694.

Freese, J., & Powell, B. (1999). Sociobiology, status, and parental investment in sons and daughters: Testing the Trivers-Willard Hypothesis. *American Journal of Sociology, 104* (6), 1704.

Freitas, E. H. S. (2012). A importância das memórias dos cuidados recebidos na infância e a qualidade do investimento parental em mães de bebés pré-termo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, 1* (1), 293-301.

Freud, A. (1960). Discussion of Dr. John Bowlby's Paper. *Psychoanalytic Study of the Child, 15*, 53-62.

Frith, U., & D. Frith, C. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of Royal Society B*, 459-473.

Frodi, A., & Thompson, R. (1985). Infant's affective responses in the strange effects of prematurity and of quality of attachment. *Child Development*, 1280-1290.

Frosch, C. A., Mangelsdorf, S. C., & Hale, J. L. (2000). Marital behavior and the security of preschooler-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology*, 144-161.

Frota, S. (2013). *Percepção infantil e aquisição da linguagem*. Paper presented at the Coimbra Health School. Annual Meeting. Audologia, Coimbra.

Frota, S., Butler, J., & Vigário, M. (2014). Infants' perception of intonation: Is it a statement or a question? *Infancy, 19* (2), 194-213. doi:10.1111/infa.12037

Frota, S., Vigário, M., Matos, N., & Cruz, M. (in press). *Early prosodic development: Emerging intonation and phrasing in European Portuguese. Nicholas Henriksen, Meghan E. Armstrong, Meghan E. & Maria del Mar (eds) Interdisciplinary approaches to intonational grammar in Ibero-Romance*. Issues in Hispanic and Lusophone Linguistics.

Fuchs, T., & Koch, S. C. (2014). Embodied affectivity: on moving and being moved. *Front Psychol, 5*, 508. doi:10.3389/fpsyg.2014.00508

Fuertes Dionísio, M. G. G. (2004). *Rotas da vinculação: O desenvolvimento do comportamento interactivo e a organização da vinculação no primeiro ano de vida do bebé prematuro.* (Doutoramento), Universidade do Porto, Porto.

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

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. doi:10.1027/1016-9040.14.4.320

Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D., & Bick, D. (2014). The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6–8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy & Childbirth, 14* (1), 1-25. doi:10.1186/1471-2393-14-133

Fusar-Poli, P., Placentino, A., Carletti, F., Landi, P., Allen, P., Surguladze, S., . . . Politi, P. (2009). Functional atlas of emotional faces processing: A voxel-based meta-analysis of 105 functional magnetic resonance imaging studies. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 34* (6), 418-432.

Gameiro, S., Canavarro, M. C., Boivin, J., Moura-Ramos, M., Soares, I., & Almeida Santos, T. (2011). Parental investment in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive techniques. *Human Reproduction, 26* (5), 1128-1137.

Gameiro, S., Martinho, B., Canavarro, M. C., & Moura-Ramos, M. (2008). Estudos psicométricos da Escala de Investimento Parental na Criança. Psychometric studies of the Parental Investment in Child Scale. *Psychologica, 48*, 77-99.

Gameiro, S., Moura-Ramos, M., & C., C. M. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 27* (3), 269-286. doi:10.1080/02646830802350898

Gaspar, T., Pais-Ribeiro, J. L., Leal, I., & Matos, M. G. (2008). *Impacto da satisfação com o suporte social na qualidade de vida relacionada com a saúde era crianças e adolescentes*. Paper presented at the Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Porto: Universidade do Porto.

Geary, D. C. (2000). Evolution and proximate expression of human paternal investment. *Psychological Bulletin, 126* (1), 55-77. doi:10.1037/0033-2909.126.1.55

Geary, D. C. (2001). Paternal investment. In D. C. Geary (Ed.), *Male, Female; The Evolution of Human Sex Differences*. Washington, DC: American Psychological Association.

Geary, D. C. (2005). Evolution of paternal investment. In D. M. Buss (Ed.), *The handbook of evolutionary psychology.* (pp. 483-505). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Geher, G., Fairweather, K., Mollette, N., Ugonabo, U., Murphy, J. W., & Wood, N. (2007). Sex differences in response to cues of parental investment: An evolutionary social psychological perspective. *Journal of Social, Evolutionary,*

and Cultural Psychology, 1 (2), 18-34.

Gennetian, L. A., Duncan, G. J., Knox, V. W., Vargas, W. G., Clark-Kauffman, E., London, A. S., & Manpower Demonstration Research Corp, N. Y. N. Y. (2002). *How welfare and work policies for parents affect adolescents: A synthesis of research*.

Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic, 67* (2), 113-131.

Gergely, G., & Csibra, G. (2003). Teleological reasoning in infancy: The naïve theory of rational action. *Trends in Cognitive Sciences, 7* (7), 287-292. doi:10.1016/S1364-6613(03)00128-1

Gergely, G., & Csibra, G. (2006). *Sylvia's recipe: The role of imitation and pedagogy in the transmission of cultural knowledge*.

Giakoumaki, O., Vasilaki, K., Lili, L., Skouroliakou M., & Liosis, G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30* (1), 21-28. doi:10.1080/01674820802604839

Gibson, K. (2009). Differential parental investment in families with both adopted and genetic children. *Evolution and Human Behavior, 30* (3), 184-189.

Gibson, M. A. (2008). Does investment in the sexes differ when fathers are absent? *Human Nature, 19* (3), 263-276. doi:10.1007/s12110-008-9044-2

Glavin, K., & Leahy-Warren, P. (2013). Postnatal depression is a public health nursing issue: Perspectives from Norway and Ireland. *Nursing Research & Practice*, 1-7. doi:10.1155/2013/813409

Glenn, S. M., & Cunningham, C. C. (1983). What do babies listen to most? A developmental study of auditory preferences in nonhandicapped infants and infants with Down's syndrome. *Developmental Psychology, 19* (3), 332-337. doi:10.1037/0012-1649.19.3.332

Glynn, L. M., Davis, E. P., Schetter, C. D., Chicz-Demet, A., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2007). Postnatal maternal cortisol levels predict temperament in healthy breastfed infants. *Early Hum Dev, 83* (10), 675-681. doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.01.003

Godoy, R., Reyes-García, V., McDade, T., Tanner, S., Leonard, W. R., Huanca, T., . . . Patel, K. (2006). Why Do mothers favor girls and fathers, boys?: A hypothesis and a test of investment disparity. *Human Nature, 17* (2), 169-189.

Goldberg, W. A., Lucas-Thompson, R. G., Germo, G. R., Keller, M. A., Davis, E. P., & Sandman, C. A. (2013). Eye of the beholder? Maternal mental health and the quality of infant sleep. *Social Science & Medicine, 79*, 101-108. doi:10.1016/j.socscimed.2012.07.006

Goldfarb, W. (1943). The effects of early institutional care on adolescent personality (graphic Rorschach data). *Child Development*, 213-223.

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

Golse, B., & Desjardins, V. (2005). Corpo, formas, movimentos e ritmo como precursores da emergência da intersubjectividade e da palavra no bebê. (Uma reflexão sobre os inícios da linguagem verbal). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, VIII* (1), 14-29.

Gonçalves, M. (2004). Identidade pessoal e experiência humana. In F. C. Teixiera (Ed.), *Identidade pessoal: Caminhos e perspectiva* (pp. 165-179). Coimbra: Quarteto.

Gonçalves, M. J. (2014). Da incerteza à estranheza ou o estranho no divã. *Revista Portuguesa de Psicanálise, 34* (2), 47-52.

Goodrich, B. G. (2010). We do, therefore we think: Time, motility, and consciousness. *Reviews in the Neurosciences, 21* (5), 331-361.

Goodwin, R., Costa, P., & Adonu, J. (2004). Social support and its consequences: 'positive' and 'deficiency' values and their implications for support and self-esteem. *Br J Soc Psychol, 43* (Pt 3), 465-474. doi:10.1348/0144666042038006

Goren, C. C., Sarty, M., & Wu, P. Y. (1975). Visual following and pattern discrimination of face-like stimuli by newborn infants. *Pediatrics, 56* (4), 544-549.

Goutaudier, N., Séjourné, N., Rousset, C., Lami, C., & Chabrol, H. (2012). Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 30* (4), 352-362. doi:10.1080/02646838.2012.738415

Gratier, M. (2007). Voice, vitality and meaning: On the shaping of infant's utterances in willing engagement with culture. Comments on Bertau's “On the notion of voice". *Internacional Journal of Dialogical Science, 2* (1), 169-181.

Gratier, M., & Devouche, E. (2011). Imitation and repetition of prosodic contour in vocal interaction at 3 months. *Developmental Psychology, 47* (1), 67-76. doi:10.1037/a0020722

Greenwald, L. C., & Rollins, P. R. (2008). *Affect attunement during early mother-infant interaction: How specific intensities predict the stability of infant’s coordinated joint attention skills*. Paper presented at the Presented to International Congress For the Study of Child Language (IASCL) Edinburgh, July.

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*, 389-401. doi:10.1016/j.cpr.2014.05.003

Grienenberger, J., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication and infant attachment: exploring the link between mental states and observed caregiving. *Attachment and Human Development*, 299-311.

Grieser, D. L., & Kuhl, P. K. (1988). Maternal speech to infants in a tonal language: Support for universal prosodic features in motherese. *Developmental Psychology, 24* (1), 14-20. doi:10.1037/0012-1649.24.1.14

Guimarães, C. S. (2010). *Intervenção precoce nas competências comunicativas de uma criança com deficiência auditiva: um estudo de caso com enfoque na pragmática.* (Mestrado em Educação Especial (área de especialização em Intervenção Precoce)), Universidade do Minho, Braga.

Gusella, J. L., Muir, D., & Tronick, E. Z. (1988). The effect of manipulating maternal behavior during an interaction on three-and six-month-olds' affect and attention. *Child Development, 59* (4), 1112. doi:10.1111/1467-8624.ep8591169

Habermas, J. (1979). *Communication and the evolution of society*. Boston: Bescon Press.

Habermas, J. (1990). *Discurso filosófico da modernidade*. Lisboa: Publicações D.Quixote.

Habermas, J. (2004). *Pensamento pós-metafísico: ensaios filosóficos*. Coimbra: Almedina.

Habermas, J. (2010). *O discurso filosófico da modernidade*. Lisboa: Texto Editores.

Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Haga, S., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T., & Staff, A. (2012). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Archives of Women's Mental Health, 15* (3), 175-184. doi:10.1007/s00737-012-0274-2

Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26* (3), 458-466. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x

Hagen, E. H., Hames, R. B., Craig, N. M., Lauer, M. T., & Price, M. E. (2001). Parental investment and child health in a Yanomamo village suffering short-term food stress. *Journal of Biosocial Science, 33* (4), 503-528.

Hahn-Holbrook, J., Schetter, C. D., Arora, C., & Hobel, C. J. (2013). Placental corticotropin-releasing hormone mediates the association between prenatal social support and postpartum depression. *Clinical Psychological Science, 1* (3), 253-265.

Hamann, K., Warneken, F., Greenberg, J. R., & Tomasello, M. (2011). Collaboration encourages equal sharing in children but not in chimpanzees. *Nature, 476* (7360), 328-331. doi:10.1038/nature10278

Hamilton, L., Cheng, S., & Powell, B. (2007). Adoptive parents, adaptive parents: Evaluating the importance of biological ties for parental investment. *American Sociological Review, 72* (1), 95-116.

Hango, D. (2007). Parental investment in childhood and educational qualifications: Can greater parental involvement mediate the effects of socioeconomic disadvantage? *Social Science Research, 36* (4), 1371-1390. doi:10.1016/j.ssresearch.2007.01.005

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologis, 13*, 673-685.

Harlow, H.F. (2008). The monkey as a psychological subject. *Integrative Psychological & Behavioral Science, 42* (4), 336–347. doi:10.1007/s12124-008-9058-7

Harris, B., Lovett, L., Newcombe, R. G., Read, G. F., Walker, R., & Riad-Fahmy, D. (1994). Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *BMJ: British Medical Journal (International Edition), 308* (6934), 949.

Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology, 39* (6), 1083-1094. doi:10.1037/0012-1649.39.6.1083

Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., & Sharp, D. (2008). Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *J Child Psychol Psychiatry, 49* (10), 1079-1088. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01959.x

Heckman, J. J. (2008). The case for investing in disadvantaged young children. *CESifo DICE Report, Ifo Institute for Economic Research at the University of Munich, 6* (2), 7.

Hennighausen, K., & Lyons-Ruth, K. (2010). Disorganization of attachment strategies in infancy and childhood *Encyclopedia on Early Childhood Development* (pp. 1-7). Montreal, Quebec, Canadá: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development.

Herba, C., & Phillips, M. (2004). Annotation: Development of facial expression recognition from childhood to adolescence: behavioural and neurological perspectives. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 45* (7), 1185-1198. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00316.x

Hergüner, S., Annagür, A., Çicek, E., Altunhan, H., & Örs, R. (2013). Postpartum depression in mothers of infants with very low birth weight. *Archives of Neuropsychiatry, 50* (1), 30-33. doi:10.4274/npa.y6249

Hermans, H. J. M., & Kempen, H. J. G. (1993). *The dialogical self: meaning as movement*. San Diego: Academic Press.

Hermans, H. J. M., Kempen, H. J. G., & Rens, J. P. L. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist, 47*, 23-33.

Hertsgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M. F., & Nachmias, M. (1995). Adrenocortical responses to the strange situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development*, 1100-1106.

Hertwig, R., Davis, J. N., & Sulloway, F. J. (2002). Parental investment: How an equity motive can produce inequality. *Psychological Bulletin, 128* (5), 728-745. doi:10.1037/0033-2909.128.5.728

Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1097-1127.

Hirata, S., & Fuvva, K. (2007). Chimpanzees (*Pan troglodytes*) learn to act with other individuals in a cooperative task. *Primates, 48* (1), 13-21. doi:10.1007/s10329-006-0022-1

Hobson, R. P. (2005). The interpersonal foundations of thinking. *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 703-704.

Hock, E., McBride, S., & Gnezda, M. T. (1989). Maternal separation anxiety: Mother-infant separation from the maternal perspective. *Child Development, 60* (4), 793. doi:10.1111/1467-8624.ep9676077

Hock, E., & Schirtzinger, M. B. (1992a). Maternal separation anxiety: Its developmental course and relation to maternal mental health. *Child Development, 63* (1), 93. doi:10.1111/1467-8624.ep9203091728

Hock, E., & Schirtzinger, M. B. (1992b). Dimensions of family relationships associated with depressive symptomatology in mothers of young. *Psychology of Women Quarterly, 16* (2), 229.

Hoedjes, M., Berks, D., Vogel, I., Franx, A., Visser, W., Duvekot, J. J., . . . Raat, H. (2011). Symptoms of post-traumatic stress after preeclampsia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 32* (3), 126-134. doi:10.3109/0167482X.2011.599460

Hofferth, S. L., & Anderson, K. G. (2001). *Biological and Stepfather Investment in Children*. Retrieved from Ann Arbor: http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/rr.pdf pristupljeno

Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: A 4-year structure model. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (1), 31.

Holditch-Davis, D., Miles, M. S., Weaver, M. A., Black, B., Beeber, L., Thoyre, S., & Engelke, S. (2009). Patterns of distress in African-American mothers of preterm infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 30*, 193–205. doi:10.1097/DBP.0b013e3181a7ee53

Hopcroft, R. L. (2005). Parental status and differential investment in sons and daughters: Trivers-Willard revisited. *Social Forces, 83* (3), 1111-1136.

Horner, V., Bonnie, K. E., & de Waal, F. B. M. (2005). Identifying the motivations of chimpanzees: Culture and collaboration. *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 704-705.

Hsu, H. C. (2004). Antecedents and consequences of separation anxiety in first-time mothers: infant, mother, and social-contextual characteristics. *Infant Behavior & Development, 27* (2), 113. doi:10.1016/j.infbeh.2003.09.005

Hsu, H. C., & Fogel, A. (2001). Infant vocal development in a dynamic mother-infant communication system. *Infancy, 2* (1), 87-109.

Hsu, H. C., & Sung, J. (2008). Separation anxiety in first-time mothers: Infant behavioral reactivity and maternal parenting self-efficacy as contributors. *Infant Behavior & Development, 31* (2), 294-301. doi:10.1016/j.infbeh.2007.10.009

Hung, C. H., & Chung, H. H. (2001). The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advanced Nursing, 36* (5), 676-684. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.02032.x

Hunker, D. F., Patrick, T. E., Albrecht, S. A., & Wisner, K. L. (2009). Is difficult childbirth related to postpartum maternal outcomes in the early postpartum period? *Archive of Womens Mental Health, 12*, 211–219. doi: 10.1007/s00737-009-0068-3

Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing, 27* (6), 1231-1241.

Husserl, E. (2001). *Ideia de Fenomenologia.* Lisboa: Edições 70.

Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Bogat, G. A., & Von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant–mother attachment. *Child Development, 75* (2), 480-496. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00688.x

Ichikawa, H., Tsuruhara, A., Kanazawa, S., & Yamaguchi, M. K. (2013). Two- to three-month-old infants prefer moving face patterns to moving top-heavy patterns. *Japanese Psychological Research, 55* (3), 254-263. doi:10.1111/j.1468-5884.2012.00540.x

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

Isabella, R. A., & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development, 62* (2), 373. doi:10.1111/1467-8624.ep9104222727

Ispa, J. M., Sable, M. R., Porter, N., & Csizmadia, A. (2007). Pregnancy acceptance, parenting stress, and toddler attachment in low-income black families. *Journal of Marriage & Family, 69* (1), 1-13. doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00339.x

Jackson, K., Ternestedt, B. M., Magnuson, A., & Schollin, J. (2007). Parental stress and toddler behaviour at age 18 months after pre-term birth. *Acta Paediatrica, 96* (2), 227-232. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00015.x

Jacobsen, T., & Miller, L. J. (1999). Attachment quality in young children of mentally ill mothers: Contribution of maternal caregiving abilities and foster care context *Attachment disorganization* (pp. 347-378). New York: Guilford Press.

Jacobson, S. W., & Frye, K. F. (1991). Effect of maternal social support on attachment: Experimental evidence. *Child Development, 62* (3), 572. doi:10.1111/1467-8624.ep9109090182

Ji, C. S. (2007). *Maternal mental health, education, acculturation, and social support as predictors of the parenting of Asian American and Asian immigrant mothers.* (Doctor of Philosophy), University of Maryland, College Park, Md.

Johnson, S. P., & Mason, U. (2002). Perception of kinetic illusory contours by two-month-old infants. *Child Development, 73* (1), 22.

Johnson, S. P., Slemmer, J. A., & Amso, D. (2004). Where infants look determines how they see: eye movements and object perception performance in 3-month-olds. *Infancy, 6* (2), 185-201.

Jones, D., Forehand, R., Dorsey, S., Foster, S., & Brody, G. (2005). Coparent support and conflict in African American single mother-headed families: Associations with maternal and child psychosocial functioning. *Journal of Family Violence, 20* (3), 141-150. doi:10.1007/s10896-005-3650-0

Judaica, A. (2013). O que é um *kibbutz*? Retrieved from http://jafi.org/JewishAgency/Spanish/Aliyah/Portuguese/Absorption+Options/bait1/What+is+a+kibboutz/

Kalita, K. N. (2010). Developmental profile of infants born to mothers with postpartum depression and anxiety: A comparative study. *Journal of Indian Association for Child & Adolescent Mental Health, 6* (1), 3-12.

Keim, S. A., Daniels, J. L., Dole, N., Herring, A. H., Siega-Riz, A. M., & Scheidt, P. C. (2011). A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and depressive symptoms in relation to infant cognitive development. *Early Human Development, 87* (5), 373-380.

Kiff, C. J., Lengua, L. J., & Zalewski, M. (2011). Nature and nurturing: parenting in the

context of child temperament. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 251–301.

Kim, E. S., & Kim, B. S. (2009). The structural relationships of social support, mother's psychological status, and maternal sensitivity to attachment security in children with disabilities. *Asia Pacific Education Review, 10* (4), 561-573. doi:10.1007/s12564-009-9043-y

Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Klein, P. S., Laish-Mishali, R., & Jaegermann, N. (2008). Differential treatment of toddlers with sensory processing disorders in relation to their temperament and sensory profile. *The Journal of Developmental Processes*, 52-59.

Kobayashi, H., & Kohshima, S. (1997). Unique morphology of the human eye. *Nature, 387* (6635), 767-768.

Kokkinaki, T., & Kugiumutzakis, G. (2000). Basic aspects of vocal imitation in infant-parent interaction during the first 6 months. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 18* (3), 173-187. doi:10.1080/713683042

Korebrits, C., Ramirez, M. M., Watson, L., Brinkman, E., Bocking, A. D., & Challis, J. R. (1998). Maternal corticotropin-releasing hormone is increased with impending preterm birth. *J Clin Endocrinol Metab, 83* (5), 1585-1591. doi:10.1210/jcem.83.5.4804

Korja, R. (2009). *Early relationship between very preterm infant and mother: The role of infant, maternal and dyadic factors*. (Doctoral thesis), University of Turku, Turku.

Kotsoni, E., de Haan, M., & Johnson, M. H. (2001). Categorical perception of facial expressions by 7-month-old infants. *Perception, 30* (9), 1115-1125. doi:10.1068/p3155

Krackow, S. (1997). Maternal investment, sex-differential prospects, and the sex ratio in wild house mice. *Behavioral Ecology and Sociobiology, 41* (6), 435-443.

Kuczaj, S. A., & Highfill, L. E. (2005). Dolphin play: Evidence for cooperation and culture? *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 705-706.

Kuczaj, S. A., Makecha, R., Trone, M., Paulos, R. D., & Ramos, J. A. (2006). Role of peers in cultural innovation and cultural transmission: Evidence from the play of dolphin calves. *International Journal of Comparative Psychology, 19* (2), 223-240.

Kuhl, P. K. (2010). Brain mechanisms in early language acquisition. *Neuron, 67* (5), 713-727. doi:10.1016/j.neuron.2010.08.038

Kuhl, P. K., & Meltzoff, A. N. (1996). Infant vocalizations in response to speech: Vocal

imitation and developmental change. *Journal of the Acoustical Society of America, 100* (4, Pt 1), 2425-2438.

Kuscu, M. K., Akman, I., Karabekıroglu, A., Yurdakul, Z., Orhan, L., Ozdemır, N., . . . Ozek, E. (2008). Early adverse emotional response to childbirth in Turkey: The impact of maternal attachment styles and family support. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29* (1), 33-38. doi:10.1080/01674820701535480

K∅ppe, S., Harder, S., & Væver, M. (2008). Vitality affects. *International Forum of Psychoanalysis, 17* (3), 169-179. doi:10.1080/08037060701650453

Lagos, C. M. (2007). The theory of thinking and the capacity to mentalize: a comparison of Fonagy's and Bion's models. *The Spanish Journal of Psychology*, 198-198.

Laible, D. (2004). Mother–child discourse in two contexts: links with child temperament, attachment security, and socioemotional competence. *Developmental Psychology*, 979 –992.

Lakey, B., & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology, 59* (2), 337-343. doi:10.1037/0022-3514.59.2.337

Lanes, A., Kuk, J. L., & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of Postpartum Depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 11* (Suppl 4), 302-400. doi:10.1186/1471-2458-11-302

Lang, S. N., Schoppe-Sullivan, S. J., Kotila, L. E., & Kamp Dush, C. M. (2013). Daily parenting engagement among new mothers and fathers: The role self-reported romantic attachment. *Journal of Family Psychology*, 862-872.

Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs, 25* (1), 95-100.

Lau, C., Hurst, N. M., Smith, E. O., & Schanler, R. J. (2007). Ethnic/racial diversity, maternal stress, lactation and very low birthweight infants. *Journal of Perinatology, 27* (7), 399-408. doi:10.1038/sj.jp.7211770

Laukkanen, L., Ojansuu, U., Tolvanen, A., Alatupa, A., & Aunola, K. (2014). Child's difficult temperament and mothers'parenting styles. *Journal of Child & Family Studies*, 312-323.

Laurent, H. K., Ablow, J. C., & Measelle, J. (2012). Taking stress response out of the box: stability, discontinuity, and temperament effects on HPA and SNS across social stressors in mother-infant dyads. *Dev Psychol, 48* (1), 35-45. doi:10.1037/a0025518

Laurent, H. K., Neiderhiser, J. M., Shaw, D. S., Leve, L. D., Natsuaki, M. N., Harold, G. T., & Reiss, D. (2013). Effects of prenatal and postnatal parent depressive

symptoms on adopted child HPA regulation: Independent and moderated influences. *Developmental Psychology, 49* (5), 876-886. doi:10.1037/a0028800

Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing, 21* (3/4), 388-397. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x

Lebovici, S. (1962). The concept of maternal deprivation: a review of research. *Public Health Paper*, 75-95.

Lefkowitz, D. S., Baxt, C., & Evans, J. R. (2010). Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings, 17* (3), 230-237. doi:10.1007/s10880-010-9202-7

Legerstee, M., Markova, G., & Fisher, T. (2007). The role of maternal affect attunement in dyadic and triadic communication. *Infant Behav Dev, 30* (2), 296-306. doi:10.1016/j.infbeh.2006.10.003

Lepore, S. J. (1997). Social–environmental influences on the chronic stress process. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress.* (pp. 133-160). New York, NY US: Plenum Press.

Letourneau, N., Watson, B., Duffett-Leger, L., Hegadoren, K., & Tryphonopoulos, P. (2011). Cortisol patterns of depressed mothers and their infants are related to maternal–infant interactive behaviours. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29* (5), 439-459. doi:10.1080/02646838.2011.649474

Levitt, M. J., Weber, R. A., & Clark, M. C. (1986). Social network relationships as sources of maternal support and well-being. *Developmental Psychology, 22* (3), 310-316. doi:10.1037/0012-1649.22.3.310

Liabsuetrakul, T., Vittayanont, A., & Pitanupong, J. (2007). Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Research, 33* (3), 333-340. doi:10.1111/j.1447-0756.2007.00532.x

Lima, R., & Bessa, M. D. (2007). Desenvolvimento da linguagem na criança dos 0-3 anos de idade: uma revisão *Revista SONHAR, Edições APPACDM - Braga. ISBN:972-98082-4*, 55 - 62.

Lindhiem, O., & Dozier, M. (2007). Caregiver commitment to foster children: The role of child behavior. *Child Abuse & Neglect: The International Journal, 31* (4), 361-374.

Liotti, G., & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 9-25.

Liu, H. M., Kuhl, P. K., & Tsao, F. M. (2003). An association between mothers' speech clarity and infants' speech discrimination skills. *Developmental Science, 6* (3), 1-10. doi:10.1111/1467-7687.00275

Liu, H. M., Tsao, F. M., & Kuhl, P. K. (2009). Age-related changes in acoustic modifications of Mandarin maternal speech to preverbal infants and five-year-old children: A longitudinal study. *Journal of child language, 36* (4), 909. doi:10.1017/S030500090800929X

Liu, Y. L. (2006). Paternal/maternal attachment, peer support, social expectations of peer interaction, and depressive symptoms. *Adolescence, 41* (164), 705-721.

Lomando, E., Wagner, A., & Gonçalves, J. (2011). Coesão, adaptabilidade e rede social no relacionamento conjugal homossexual. (Portuguese). *Psicologia: Teoria e Prática, 13* (3), 96-109.

Loots, G., Devise, I., & Sermijn, J. (2003). The interaction between mothers and their visually impaired infants: an intersubjective developmental perspective. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 97* (7), 403.

Loots, G., Devisé, I., & Jacquet, W. (2005). The impact of visual communication on the intersubjective development of early parent–child interaction with 18- to 24-month-old deaf toddlers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 10* (4), 357-375. doi:10.1093/deafed/eni036

Lopes-dos-Santos, P. (1993). Reacções ansiosos na gravidez e comportamentos interactivos das mães durante o período neonatal dos filhos. *Análise Psicológica*, 485-495.

Lopez, S. (2013). *Mothers' and fathers' attachment relationships with children who have disabilities.* [Educational Specialist (EdS)], Utah State University, Logan.

Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels – Der Artgenosse als auslösendes Momentsozialer Verhaltensweisen. *Journal für Ornithologie, 83*, 137-213, 289-413.

Loucks, J., & Meltzoff, A. N. (2013). Goals influence memory and imitation for dynamic human action in 36-month-old children. *Scandinavian Journal of Psychology, 54* (1), 41-50. doi:10.1111/sjop.12004

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33* (3), 335-334.

Lovibond, P. F. (1998). Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *Journal of Abnormal Psychology,* (3).

Lucero, N. B., Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Sanchez Birkhead, A. C. (2012). Prevalence of postpartum depression among Hispanic immigrant women.

Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 24 (12), 726-734. doi:10.1111/j.1745-7599.2012.00744.x

Lutz, K. F., Burnson, C., Hane, A., Samuelson, A., Maleck, S., & Poehlmann, J. (2012). Parenting stress, social support, and mother-child interactions in families of multiple and singleton preterm toddlers. *Family Relations, 61* (4), 642-656. doi:10.1111/j.1741-3729.2012.00726.x

Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., & Grunebaum, H. U. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development, 61* (1), 85. doi:10.1111/1467-8624.ep9102040544

Lyotard, J. F. (1954). *Fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.

Lyra, M. C. D. P. (2005). O modelo EEA para investigação da emergência e desenvolvimento da comunicação e do self: Bases conceituais e fundamentos teóricos-metodológicos. *Estudos de Psicologia, 11* (1), 25-33.

Lyra, M. C. D. P. (2007). O modelo EEA: Definições, unidade de análise e possíveis aplicações. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20* (1), 87-95.

Lévinas, E. (1982). *Éthique et infini*. Paris: Librairie Arthéme Fayard & Rádio France.

Lévinas, E. (1983). *Le temps et l'autre*. Paris: Presses Unniversitaires de France.

Lévinas, E. (1993). *Humanismo do outro homem*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

Lévinas, E. (1997). *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

Maccoby, E. E. (1980). Socialization and developmental change. *Child Development*, 317-325.

Machado, P. (2013). Relações entre as competências emocionais, competências académicas e as competências sociais, particularmente as que se referem ao grupo de pares, em crianças com idade pré-escolar *Tese de Doutoramento (Psicologia do Desenvolvimento)*. Lisboa, Portugal: ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Machado, R. N., & Winograd, M. (2007). A importância das experiências tácteis na organização psíquica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, 7* (3), 462-476.

Machado, T. S. (2009). Vinculação aos pais: retornar as origens. *Psicologia, Educação e Cultura*, 139-156.

Maestripieri, D. (2002). Parent–offspring conflict in primates. *International Journal of Primatology, 23* (4), 923-951.

Maia, A., Guimarães, C., Carvalho, C., Capitão, L., Carvalho, S., & Capela, S. (2007). *Maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida: um estudo com jovens portugueses.* Paper presented at the Congresso Família, Saúde e Doença: actas, Braga.

Maia, J., Ferreira, B., Veríssimo, M., Santos, A. J., & Shin, N. (2008). Auto-conceito e representações da vinculação no período pré-escolar. *Análise Psicológica*, 423-433.

Maia, J., & Veríssimo, M. (2011). Teoria da vinculação: o salto do comportamento para o nível da representação. *Psicologia Educação Cultura*, 380-393.

Main, M. (1999). Mary D. Salter Ainsworth: tribute and portrait. *Psychoanalytic Inquiry*, 682-776.

Main, M., & Hesse, E. D. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? *Attachment in the Preschool Years*. Chicago: Chicago University Press.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation *Growing points in attachment theory and research* (pp. 66-104): Monographs of the Society for Child Development, 50 (1-2, Serial Nº 209).

Main, M., & Weston, D. R. (1981). The quality of the todler's relationship to mother and to father: related to conflit behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 932-940.

Malloch, S. (1999). Human communicative musicality. *Musicae Scientiae* (Special Issue), 29-57.

Markova, G., & Legerstee, M. (2006). Contingency, imitation, and affect sharing: Foundations of infants' social awareness. *Dev Psychol, 42* (1), 132-141. doi:10.1037/0012-1649.42.1.132

Marshall, P. J., & Fox, N. A. (2005). Relations between behavioral reactivity at 4 months and attachment classification at 14 months in a selected sample. *Infant Behavior and Development*, 492–502.

Marshall, P. J., Saby, J. N., & Meltzoff, A. N. (2013). Infant brain responses to object weight: Exploring goal-directed actions and self-experience. *Infancy, 18* (6), 942-960. doi:10.1111/infa.12012

Martinez, A., Malphurs, J., Field, T., Pickens, J., Yando, R., Bendell, D., . . . Messinger, D. (1996). Depressed mothers' and their infants' interactions with nondepressed partners. *Infant Mental Health Journal, 17* (1), 74-80.

Martins, A. C. (2008). *Indicadores da qualidade de vida nas pessoas utilizadoras de cadeiras de rodas: Uma análise exploratória dos hábitos de vida,*

características psicológicas, clínicas, sociodemográficas e relacionadas com tecnologias de apoio. (Doutor em Psicologia), Universidade do Porto, Porto.

Martins, C., & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 737-746.

Martins, E. C., Soares, I., Martins, C., Tereno, S., & Osório, A. (2012). Can we identify emotion over- regulation in infancy? Associations with avoidant attachment, dyadic emotional interaction and temperament. *Infant and Child Development*, 579–595.

Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium*, 128-134.

Marvin, R. S., & Britner, P. A. (2008). Normative development: the ontogeny of attachment *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications* (pp. 269-294). New York: Guilford Press.

Marôco, J. P., Campos, J. A. D. B., Vinagre, M. G., & Pais-Ribeirod, J. L. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala de Satisfação com o Suporte Social para estudantes do ensino superior. Brazil-Portugal transcultural adaptation of the Social Support Satisfaction Scale for college students. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 27* (2), 247-256.

Mason, Z. S., Briggs, R. D., & Silver, J. E. (2011). Maternal attachment feelings mediate between maternal reports of depression, infant social–emotional development, and parenting stress. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 29* (4), 382-394. doi:10.1080/02646838.2011.629994

Mathiesen, K. S., Tambs, K., & Dalgard, O. S. (1999). The influence of social class, strain and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34* (2), 61-72. doi:10.1007/s001270050113

Mauthner, N. S. (1999). 'Feeling low and feeling really bad about feeling low': Women's experiences of motherhood and postpartum depression. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 40* (2), 143-161. doi:10.1037/h0086833

Mautner, T. (2010). *Dicionário de filosofia*. Lisboa: Edições 70.

McBride, B. A., Brown, G. L., Bost, K. K., Shin, N., Vaughn, B., & Korth, B. (2005). Paternal identity, maternal gatekeeping, and father involvement. *Family Relations, 54* (3), 360-372.

McClure, E. B. (2000). A meta-analytic review of sex differences in facial expression processing and their development in infants, children, and adolescents. *Psychological Bulletin, 126* (3), 424-453. doi:10.1037/0033-2909.126.3.424

McDonald, S., Slade, P., Spiby, H., & Iles, J. (2011). Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother-child relationships following childbirth and at 2

years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 32* (3), 141.

McHale, J. P. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology, 31* (6), 985-996. doi:10.1037/0012-1649.31.6.985

Meehan, K. B., Levy, K. N., Reynoso, J. S., Hill, L. L., & Clarkin, J. F. (2009). Measuring reflective function with a multidimensional rating scale: comparison with scoring reflective function on the AAI. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 208-213.

Meins, E., & et al., (2008). *Internal working models and young children's social-emotional development: Full research report, ESRC End of Award Report, RES-000-23-1073*.

Meital, R., Russell, B. S., Britner, P. A., & Peake, P. K. (2013). Delay of gratification in two- and three-year-olds: associations with attachment, personality, and temperamen. *Journal of Child and Family Studies*, 479–489.

Melis, A. P., Hare, B., & Tomasello, M. (2006). Engineering cooperation in chimpanzees: Tolerance constraints on cooperation. *Animal Behaviour, 72* (2), 275-286. doi:10.1016/j.anbehav.2005.09.018

Meltzoff, A. N., & Brooks, R. (2007). Intersubjectivity before language: Three windows on preverbal sharing. In S. Bråten (Ed.), *On being moved: From mirror neurons to empathy.* (Vol. 68, pp. 149-174). Amsterdam, Netherlands: John Benjamins Publishing Company.

Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2003). What imitation tells us about social cognition: A rapprochement between developmental psychology and cognitive neuroscience, 491.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1989). Imitation in newborn infants: Exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. *Developmental Psychology, 25* (6), 954-962. doi:10.1037/0012-1649.25.6.954

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1994). Imitation, memory, and the representation of persons. *Infant Behavior & Development, 17* (1), 83-99.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1995). Infants' understanding of people and things: From body imitation to folk psychology. In J. L. Bermúdez, A. J. Marcel, & N. Eilan (Eds.), *The body and the self.* (pp. 43-69). Cambridge, MA, US: The MIT Press.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1997). Explaining facial imitation: A theoretical model. *Early Development & Parenting, 6*(3-4), 179-192.

Meng, C. (2012). Parenting goals and parenting styles among Taiwanese parents: the moderating role of child temperament. *The New School Psychology Bulletin*, 1-

17.

Mertesacker, B., Bade, U., Haverkock, A., & Pauli-Pott, U. (2004). Predicting maternal reactivity/sensitivity: The role of infant emotionality, maternal depressiveness/anxiety, and social support. *Infant Mental Health Journal, 25* (1), 47-61. doi:10.1002/imhj.10085

Messinger, D. (2014). Predicting secure infant attachment. *Department of Psychology at the University of Miami*. Retrieved from http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessinger/c_c/Infancy/sessions/a17_predicting_attach.ppt.

Miller, N. B., Smerglia, V. L., Gaudet, D. S., & Kitson, G. C. (1998). Stressful life events, social support, and the distress of widowed and divorced women: A counteractive model. *Journal of Family Issues, 19*, 181-203.

Miller, R. L., Pallant, J. F., & Negri, L. M. (2006). Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression? *BMC Psychiatry, 6*, 1-11. doi:10.1186/1471-244X-6-12

Mills-Koonce, W. R., Gariepy, J. L., Propper, C., Sutton, K., Calkins, S., Moore, G., & Cox, M. (2007a). Infant and parent factors associated with early maternal sensitivity: a caregiver-attachment systems approach. *Infant Behavior & Development*, 114-126.

Mills-Koonce, W. R., Propper, C. B., Gariepy, J. L., Blair, C., Garrett-Peters, P., & Cox, M. J. (2007b). Bidirectional genetic and environmental influences on mother and child behavior: the family system as the unit of analyses. *Development and Psychopathology*, 1073-1087.

Ministério da Administração Interna (2013). *Violência Doméstica - 2012. Relatório anual de monitorização e caracterização das ocorrências participadas segundo a tipo de relação vítima-denunciado/a*.

Minnis, H., Green, J., O'Connor, T. G., Liew, A., Glaser, D., Taylor, E., . . . Sadiq, F. A. (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 931-942.

Minnis, H., Marwick, H., Arthur, J., & McLaughlin, A. (2006). Reactive attachment disorder --a theoretical model beyond attachment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 336-342.

Miyake, K., Chen, S. J., & Campos, J. J. (1985). Infant temperament, mother's mode of interaction, and attachment in Japan: an interim report. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 276-297.

Mondloch, C. J., Lewis, T. L., Budreau, D. R., Maurer, D., Dannemiller, J. L., Stephens, B. R., & Kleiner-Gathercoal, K. A. (1999). Face perception during early infancy. *Psychological Science, 10* (5), 419-422. doi:10.1111/1467-9280.00179

Montagner, H. (1993). *A vinculação: A aurora da ternura*. Lisboa: Instituto Piaget.

Monteiro, A. P. T. A. V. (2009). Percepção de apoio social e saúde mental em contextos migratórios: imigrantes russófonos a residir em Portugal. (Portuguese). *Perceived social support and mental health in migratory process: russian-speaking immigrants living in Portugal. (English)* (10), 35-46.

Monteiro, L., Veríssimo, M., Santos, A. J., & Vaughn, B. E. (2008a). Envolvimento paterno e organização dos comportamentos de base segura das crianças em famílias portuguesas. *Análise Psicológica*, 395-409.

Monteiro, L., Veríssimo, M., Vaughn, B. E., Santos, A. J., & Fernandes, M. (2008b). Análise do fenómeno de base segura em contexto familiar: as relações Mãe/Criança e Pai/Criança. *Psicologia*, 105 - 125.

Monteiro, L., Veríssimo, M., Vaughn, B. E., Santos, A. J., & Fernandes, M. (2008c). Análise do fenómeno de base segura em contexto familiar: as relações criança/mãe e criança/pai. *Piscologia*, 105-125.

Monteiro, L., Veríssimo, M., Vaughn, B. E., Santos, A. J., Torres, N., & Fernandes, M. (2010). The organization of children's secure base behaviour in two-parent Portuguese families and father's participation in child-related activities. *European Journal of Developmental Psychology*, 545–560.

Morganti, F., Carassa, A., & Riva, G. (2008). *Enacting intersubjectivity: A cognitive and social perspective on the study of interactions*. Amsterdam: IOS Press

Morton, J., & Johnson, M. H. (1991). CONSPEC and CONLERN: a two-process theory of infant face recognition. *Psychological Review, 98* (2), 164-181.

Moss, E., Cyr, C., Bureau, J. F., Tarabulsy, G. M., & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology*, 773-783.

Mothander, P. R., & Moe, R. G. (2010). Self-reported depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers who bring their infants to an infant mental health clinic. *Nordic Journal of Psychiatry, 64* (5), 310-316. doi:10.3109/08039480903528138

Muller, R. T., Gragtmans, K., & Baker, R. (2008). Childhood physical abuse, attachment, and adult social support: Test of a mediational model. *Canadian Journal of Behavioural Science, 40* (2), 80-89. doi:10.1037/0008-400X.40.2.80

Mundy, P. (2005). Motivation, self-regulation, and the neurodevelopment of intention sharing. *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 709-710.

Murray, L. (1991). Intersubjectivity, object relations theory, and empirical evidence from mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal, 12* (3), 219-232.

Murray, L., D., S., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., & Stein, A. (1999). The

socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 40* (8), 1259.

Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions. *Child Development, 67* (5), 2512-2526. doi:10.1111/1467-8624.ep9706060181

Nagy, E. (2008). Innate intersubjectivity: Newborns' sensitivity to communication disturbance. *Developmental Psychology, 44* (6), 1779-1784. doi:10.1037/a0012665

Nagy, E. (2011). The newborn infant: a missing stage in developmental psychology. *Infant & Child Development, 20* (1), 3-19. doi:10.1002/icd.683

Nagy, E. (2012). From symmetry to asymmetry? The development of smile. *Cortex: A Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior, 48* (8), 1064-1067.

Nagy, E., Compagne, H., Orvos, H., Pal, A., Molnar, P., Janszky, I., . . . Bardos, G. (2005). Index finger movement imitation by human neonates: motivation, learning, and left-hand preference. *Pediatr Res, 58* (4), 749-753. doi:10.1203/01.pdr.0000180570.28111.d9

Nagy, E., Kompagne, H., Orvos, H., & Pal, A. (2007). Gender-related differences in neonatal imitation. *Infant and Child Development, 16* (3), 267-276. doi:10.1002/icd.497

Nagy, E., & Kovács, E. F. (2000). Preliminary data from the Hungarian Toddler Behavior Rating Scale: caregivers' and mothers' ratings and anxiety. *Perceptual & Motor Skills, 91* (3), 910-914. doi:10.2466/PMS.91.7.910-914

Nagy, E., Loveland, K. A., Kopp, M., Orvos, H., Pal, A., & Molnar, P. (2001). Different emergence of fear expressions in infant boys and girls. *Infant Behavior & Development, 24* (2), 189-194.

Nagy, E., & Molnar, P. (2004). Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation. *Infant Behavior & Development, 27* (1), 54-63.

Nagy, E., Pal, A., & Orvos, H. (2014). Learning to imitate individual finger movements by the human neonate. *Developmental Science, 17* (6), 841-857.

Nagy, E., Pilling, K., Orvos, H., & Molnar, P. (2013). Imitation of tongue protrusion in human neonates: Specificity of the response in a large sample. *Developmental Psychology, 49* (9), 1628-1638. doi:10.1037/a0031127

Nakku, J. E., Nakasi, G., & Mirembe, F. (2006). Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *Afr Health Sci, 6* (4), 207-214. doi:10.5555/afhs.2006.6.4.207

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal*, 616–623.

Nelson, C. A. (2001). The development and neural bases of face recognition. *Infant & Child Development, 10*(1/2), 3-18. doi:10.1002/icd.239

Nelson, C. A., & Dolgin, K. G. (1985). The generalized discrimination of facial expressions by seven-month-old infants. *Child Development, 56* (1), 58-61. doi:10.2307/1130173

Nelson, C. A., Morse, P. A., & Leavitt, L. A. (1979). Recognition of facial expressions by seven-month-old infants. *Child Development, 50* (4), 1239-1242. doi:10.2307/1129358

Nelson, C. A., Parker, S. W., & Guthrie, D. (2006). The discrimination of facial expressions by typically developing infants and toddlers and those experiencing early institutional care. *Infant Behavior & Development, 29* (2), 210-219. doi:10.1016/j.infbeh.2005.10.004

Newland, L. A., Coyl, D. D., & Freeman, H. (2008). Predicting preschoolers' attachment security from fathers' involvement, internal working models, and use of social support. *Early Child Development and Care, 178* (7-8), 785-801. doi:10.1080/03004430802352186

NICHD (2006). The effects of infant child care on infant-mother attachment security: results of the NICHD study of early child care NICHD Early Child Care Research Network. *Child Development*, 860-879.

Nichols, K., Gergely, G., & Fonagy, P. (2001). Experimental protocols for investigating relationships among mother-infant interaction, affect regulation, physiological markers of stress responsiveness, and attachment. *Bulletin of Menninger Clinic*, 371-379.

Nogueira, S. E., & Seidl-de-Moura, M. L. (2007). Intersubjetividade: perspectivas teóricas e implicações para o desenvolvimento infantil inicial. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano, 17* (2), 128-138.

Nunes, C., Lemos, I., Nunes, L. A., & Costa, D. (2013). Acontecimentos de vida stressantes e apoio social em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*, 313-320.

Nunes, L. L. N., & Aquino, F. S. B. (2014). Habilidade de comunicação intencional de bebés: O que pensam as mães? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30* (4), 363-372.

Nunes, M. (2005). Apoio Social na diabetes. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 135-149.

O'Connor, A., & Boag, S. (2010). Do stepparents experience more parental antagonism than biological parents? A test of evolutionary and socialization perspectives. *Journal of Divorce & Remarriage, 51* (8), 508-525.

O'Gorman, S. (2012). Attachment theory, family system theory, and the child presenting with significant behavioral. *Journal of Systemic Therapies*, 1-16.

O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology, 65* (12), 1258-1269. doi:10.1002/jclp.20644

O'Keane, V., Lightman, S., Patrick, K., Marsh, M., Papadopoulos, A. S., Pawlby, S., . . . Moore, R. (2011). Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. *J Neuroendocrinol, 23* (11), 1149-1155. doi:10.1111/j.1365-2826.2011.02139.x

Oathes, D. J., Ray, W. J., Yamasaki, A. S., Borkovec, T. D., Castonguay, L. G., & & Newman, M. G. (2008). Worry, generalized anxiety disorder, and emotion: Evidence from the EEG gamma band. *Biological Psychology, 79* (2), 165-170. doi:10.1016/j.biopsycho.2008.04.005

Oei, T. P. S., Sawang, S., Goh, Y. W., & Mukhtar, F. (2013). Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology, 48* (6), 1018-1029. doi:10.1080/00207594.2012.755535

Olineck, K. M., & Poulin-Dubois, D. (2005). Infants' ability to distinguish between intentional and accidental actions and its relation to internal state language. *Infancy, 8* (1), 91-100. doi:10.1207/s15327078in0801_6

Oliveira-Costa, M. A., & Lopes-dos-Santos, P. N. A. (2011). Qualidade do processamento sensorial e vinculação infantil. *Da Investigação às Práticas, 1* (1), 110-127.

Oostenbroek, J., Slaughter, V., Nielsen, M., & Suddendorf, T. (2013). Why the confusion around neonatal imitation? A review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 31* (4), 328-341. doi:10.1080/02646838.2013.832180

OPF (2013). Secure attachment. *Ounce of Prevention Fund*. Retrieved from http://www.ounceofprevention.org/research/pdfs/secureattachment.pdf

Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., & Lozano, G. (2012). The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21): Further Examination of Dimensions, Scale Reliability, and Correlates. *Journal of Clinical Psychology, 68* (12), 1322-1338. doi:10.1002/jclp.21908

Pais-Ribeiro, J. L. (1999b). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica, 3* (XVII), 547-558.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *5* (2), 229-239.

Papousek, H. (1993). Transmission of the communicative competence: genetic, cultural, when, and how? *International Journal of Psychology, 28* (5), 709.

Papousek, H., & M., P. (1992). Beyond emotional bonding: The role of preverbal communication in mental growth and health. *Infant Mental Health Journal, 13* (1), 43-53.

Papoušek, M. (2007). Communication in early infancy: An arena of intersubjective learning. *Infant Behavior & Development, 30* (2), 258-266. doi:10.1016/j.infbeh.2007.02.003

Parent-Child Home Program, PCHP (2013). Increasing high school graduation rates for low-income children [2003]. *Parent-Child Home Program*. Retrieved from http://www.parentchild.org/assets/Proven_Outcomes/Research_Summaries/PCHP_Research_Summary.pdf

Parfitt, Y., & Ayers, S. (2012). Postnatal mental health and parenting: The importance of parental anger. *Infant Mental Health Journal, 33* (4), 400-410. doi:10.1002/imhj.21318

Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 27* (2), 127.

Parke, R. D., Coltrane, S., Duffy, S., Buriel, R., Dennis, J., Powers, J., . . . Widaman, K. F. (2004). Economic stress, parenting, and child adjustment in Mexican American and European American families. *Child Development, 75* (6), 1632-1656.

Parkitny, L., & McAuley, J. (2010). The Depression Anxiety Stress Scale (DASS). *Journal of Physiotherapy, 56* (3), 204.

Pascalis, O., de Haan, M., & Nelson, C. A. (2002). Is face processing species-specific during the first year of life? *Science, 296* (5571), 1321-1323. doi:10.1126/science.1070223

Pascalis, O., & Kelly, D. J. (2009). The origins of face processing in humans: phylogeny and ontogeny. *Perspectives on Psychological Science, 4* (2), 200-209.

Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., & Weisman, C. S. (2013). Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics*. doi:10.1542/peds.2012-2147

Pelaez-Nogueras, M., Field, T., Cigales, M., Gonzalez, A., & Clasky, S. (1994). Infants of depressed mothers show less 'depressed' behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health Journal, 15* (4), 358-367.

Pelaez-Nogueras, M., & Field, T. M. (1996). Depressed Mothers' Touching Increases Infants' Positive Affect and Attention in Still-Face Interactions. *Child Development, 67* (4), 1780-1792. doi:10.1111/1467-8624.ep9704041057

Pereira, A. I. F. (2009). *Crescer em relação: Estilos parentais educativos, apoio social e*

ajustamento. Estudo longitudinal com crianças em idade escolar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Perner, J., & Doherty, M. (2005). Do infants understand that external goals are internally represented? *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 710-711.

Piccinini, C. A., de Moura, M. L. S., Ribas, A. F. P., Bosa, C. A., de Oliveira, E. A., Pinto, E. B., . . . Chahon, V. L. (2001). Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. Different perspectives on the parent–infant/child interaction analysis. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 14* (3), 469-485. doi:10.1590/S0102-79722001000300004

Piche, G., Bergeron, L., Cyr, M., & Berthiaume, C. (2011). Maternal lifetime depressive/anxiety disorders and children's internalizing symptoms: The importance of family context. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 20* (3), 176-185.

Pimentel, M. H., & Mata, M. A. (2011). O auto-conceito e a satisfação com o suporte social em contexto de integração académica. *Referência, 2*, 744-745.

Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 509-521.

Pio de Abreu, J. L. (2008). Objectividade, subjectividade e inter-subjectividade. In A. Gaspar (Ed.), *Ciência, Psicanálise e Poética em torno de Gaston Bachelard*. Lisboa: Cadernos de Filosofia das Ciências. Centro de Filosofia das Ciências da Universidade de Lisboa.

Pires, S., & Duran, D. (2010). Maus tratos infantis e percursos na toxicodependência. *Toxicodependências*, 3-16.

Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: NcGraw-Hill.

Instituto António Houaiss de Lexicografia Portugal (Ed.) (2003) Dicionário de Língua Portuguesa (Vols. Tomo II). Lisboa: Lisboa.

Posada, G. (2009). Attachment in infancy and early childhood *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood* (pp. 30-34). New York: Elsevier Publishers.

Posada, G., Carbonell, O. A., Alzate, G., & Plata, S. J. (2004). Through Colombian lenses: Ethnographic and conventional analyses of maternal care and their associations with secure base behavior. *Developmental Psychology, 40* (4), 508-518. doi:10.1037/0012-1649.40.4.508

Posada, G., & Jacobs, A. (2001). Child–mother attachment relationships and culture. *American Psychologist, 56* (10), 821-822. doi:10.1037/0003-066X.56.10.821

Posada, G., & Pratt, D. M. (2008). Physical aggression in the family and preschoolers'

use of the mother as a secure base. *Journal of Marital and Family Therapy, 34* (1), 14-27.

Poulin-Dubois, D., Graham, S. A., & Sippola, L. K. (1995). Early lexical development: the contribution of parental labelling and infants' categorization abilities. *Journal of Child Language, 22*, 325-343. doi:10.1017/S0305000900009818

Poulin-Dubois, D., Polonia, A., & Yott, J. (2013). 'Is false belief skin-deep? The agent's eye status influences infants' reasoning in belief-inducing situations': Corrigendum. *Journal of Cognition and Development, 14* (2), 359-359. doi:10.1080/15248372.2013.789738

Povinelli, D. J., & Barth, J. (2005). Reinterpreting behavior: A human specialization? *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 712-713.

Pudasainee-Kapri, S. (2012). *Attachment security among toddlers: the impacts of supportive coparenting and father engagement.* (Master of Science), Syracuse University, Nova Iorque.

Puyvelde, M., Rodrigues, H., Loots, G., Coster, L., Du Ville, K., Matthijs, L., . . . Pattyn, N. (2014). Shall we dance? Music as a port of entrance to maternal–infant intersubjectivity in a context of postnatal depression. *Infant Mental Health Journal, 35* (3), 220-232. doi:10.1002/imhj.21431

Quinlan, R. J., Quinlan, M. B., & Flinn, M. V. (2003). Parental investment and age at weaning in a Caribbean village. *Evolution and Human Behavior, 24* (1), 1-16.

Quinn, P. C., & Slater, A. (2003). Face perception at birth and beyond. In O. P. A. Slater (Ed.), *The development of face processing in infancy and early childhood: Current perspectives. The development of face processing in infancy and early childhood: Current perspectives* (Vol. Huntington, NY, pp. 3-12): Nova Science Pub Inc.

Rahman, A., Iqbal, Z., & Harrington, R. (2003). Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med, 33* (7), 1161-1167. doi:10.1017/S0033291703008286

Ramberg, L. (2006). In dialogue with Daniel Stern: A review and discussion of The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life. *International Forum of Psychoanalysis, 15* (1), 19-33. doi:10.1080/08037060600581585

Ramus, F., Hauser, M. D., Miller, C., Morris, D., & Mehler, J. (2000). Language discrimination by human newborns and by cotton-top Tamarin Monkeys. *Science, 288* (5464), 349.

Rand, K., & Lahav, A. (2014). Maternal sounds elicit lower heart rate in preterm newborns in the first month of life. *Early Hum Dev, 90* (10), 679-683. doi:10.1016/j.earlhumdev.2014.07.016

Raphael-Liff, J. (2001). *Pregnacy: The inside story*. London: Karnac Books.

Rauch, S. A. M., Defever, E., Oetting, S., Graham-Bermann, S. A., & Seng, J. S. (2013). Optimism, coping, and posttraumatic stress severity in women in the childbearing year. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5* (1), 77-83. doi:10.1037/a0022214

Rebelo, A., Veríssimo, M., Malo-Machado, P., & Silva, F. (2013). A segurança dos modelos internos e o conhecimento emocional nas crianças de idade pré-escolar. *Psicol. Reflex. Crit.*, 591-598.

Reissland, N., Shepherd, J., & Herrera, E. (2003). The pitch of maternal voice: a comparison of mothers suffering from depressed mood and non-depressed mothers reading books to their infants. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 44* (2), 255-261. doi:10.1111/1469-7610.00118

Reissland, N., & Stephenson, T. (1999). Turn-taking in early vocal interaction: a comparison of premature and term infants' vocal interaction with their mothers. *Child: Care, Health & Development, 25* (6), 447-456. doi:10.1046/j.1365-2214.1999.00109.x

Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., & Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health, 60* (3), 221-227. doi:10.1136/jech.2005.039370

Rich-Edwards, J. W., Mohllajee, A. P., Kleinman, K., Hacker, M. R., Majzoub, J., Wright, R. J., & Gillman, M. W. (2008). Elevated midpregnancy corticotropin-releasing hormone is associated with prenatal, but not postpartum, maternal depression. *J Clin Endocrinol Metab, 93* (5), 1946-1951. doi:10.1210/jc.2007-2535

Rigolet, S. A. (2000). *Os três P - Precoce, Progressivo, Positivo. Comunicação e linguagem para uma plena expressão* (Vol. 5). Porto: Porto Editora.

Riina, M., & McHale, S. M. (2012). Adolescents' experiences of discrimination and parent–adolescent relationship quality: The moderating roles of sociocultural processes. *Journal of Family Issues, 33* (7), 851-873. doi:10.1177/0192513X11423897

Robertson, E., Celasun, N., & Stewart, D. E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In W. H. Organization (Ed.), *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions* (pp. 13-62).

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26* (4), 289-295. doi:10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006

Rocha, A., Reigado, J. P., & Rodrigues, H. (2008). *As vocalizações de bebés de 9 a 11 meses face à música e à linguagem: análise efectuada por juízes especializados*. Paper presented at the I Congresso Internacional em Estudos da Criança, Infâncias Possíveis, Mundos Reais, Braga: Universidade do Minho.

Rochat, P., Querido, J. G., & Striano, T. (1999). Emerging sensitivity to the timing and structure of protoconversation in early infancy. *Developmental Psychology, 35* (4), 950-957. doi:10.1037/0012-1649.35.4.950

Rodrigues, M. M. P. (1998). Investimento parental: determinantes biológicos e sociais. *Temas em Psicologia, 6*, 199-204.

Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: Revisão da literatura (Portuguese). *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, 6*, 390-399.

Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). Social support *Encyclopedia of Mental Health* (pp. 535-544). New York: Academis Press.

Ross, L. E., Campbell, V. L. S., Dennis, C. L., & Blackmore, E. R. (2006). Demographic characteristics of participants in studies of risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression. *Canadian Journal of Psychiatry, 51* (11), 704-710.

Russel, T. I., Lamb, M., & Ainsworth, M. D. S. (1976). Infant approach behavior as related to attachment. *Child Development*, 571-578.

Rutter, D. R., & Durkin, K. (1987). Turn-taking in mother–infant interaction: An examination of vocalizations and gaze. *Developmental Psychology, 23* (1), 54-61. doi:10.1037/0012-1649.23.1.54

Sackeim, H. A., Gur, R. C., & Saucy, M. C. (1978). Emotions are expressed more intensely on the left side of the face*,* 434.

Sagi, A., Lamb, M. E., Lewkowicz, K. S., Shoham, R., Dvir, R., & Estes, D. (1985). Security of infant-mother, -father, and -metapelet attachments among kibbutz-reared israeli children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 257-275.

Sai, F. Z. (2005). The role of the mother's voice in developing mother's face preference: Evidence for intermodal perception at birth. *Infant & Child Development, 14* (1), 29-50. doi:10.1002/icd.376

Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. M. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças, 10*, 17-29.

Santos, C. S. V. B., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças, 4* (2), 185-204.

Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 932-946.

Sarason, I. G., Pierce, G. R., & Sarason, B. R. (1990). Social Support and interactional

processes: A triadic hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 495-506.

Sarason, I. G., Sarason, B., Potter III., E., & Antoni, M. H. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine, 47* (2), 156-163.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 497-510.

Scher, A., & Blumberg, O. (1999). Night waking among 1-year olds: a study of maternal separation anxiety. *Child: Care, Health & Development, 25* (5), 323.

Scher, A., & Mayseless, O. (2000). Mothers of anxious/ambivalent infants: maternal characteristics and child-care context. *Child Development*, 1629-1639.

Schmücker, G., Brisch, K. H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, F., . . . Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother–infant interactions. *Infant Mental Health Journal, 26* (5), 423-441. doi:10.1002/imhj.20066

Schofield, G., & Beek, M. (2005). Providing a secure base: parenting children in long-term foster family care. *Attachment and Human Development*, 3-25.

Schoppe-Sullivan, S. J., Diener, M. L., Mangelsdorf, S. C., Brown, G. L., McHale, J. L., & Frosch, C. A. (2006). Attachment and sensitivity in family context: the roles of parent and infant gender. *Infant and Child Development*, 367–385.

Schuster, R. (2005). Why not chimpanzees, lions, and hyenas too? *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 716-717.

Scopesi, A., P., V., S., S., & P., Z. (2004). Assessing mother-to-infant attachment: the Italian adaptation of a self-report questionnaire. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 22* (2), 99-109.

Scott, L. S., Pascalis, O., & Nelson, C. A. (2007). A domain-general theory of the development of perceptual discrimination. *Current Directions in Psychological Science, 16* (4), 197-201.

Seifer, R., Schiller, M., Samerof, A. J., Resnick, S., & Riordan, K. (1996). Attachment, maternal sensitivity, and infant temperament during the first year of life. *Developmental Psychology*, 12-25.

Serhan, N., Ege, E., Ayrancı, U., & Kosgeroglu, N. (2013). Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *Journal of Clinical Nursing, 22* (1/2), 279-284. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04281.x

Serra, P. (2006). Lévinas e a ética da ética. In C. Becket (Ed.), *Lévinas entre nós*. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa.

Serrano, J. M., Iglesias, J., & Loeches, A. (1992). Visual discrimination and recognition of facial expressions of anger, fear, and surprise in 4- to 6-month-old infants. *Developmental Psychobiology, 25* (6), 411.

Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. M. (2006). Imagining your child's mind: psychosocial adjustment and mothers' ability to predict their children's attributional response styles. *British Journal of Developmental Psychology*, 197-214.

Sharp, H., Hill, J., Hellier, J., & Pickles, A. (2014). Maternal antenatal anxiety, postnatal stroking and emotional problems in children: outcomes predicted from pre- and postnatal programming hypotheses. *Psychol Med*, 1-15. doi:10.1017/s0033291714001342

Shenk, M. (2011). Our children: Parental decisions — How much to invest in your offspring. In U. Frey, C. Störmer, & K. Willführ (Eds.), *Essential Building Blocks of Human Nature* (pp. 17-38): Springer Berlin Heidelberg.

Shin, H., Park, Y. J., & Kim, M. J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *Journal of Advanced Nursing, 55* (4), 425-434. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03943.x

Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues, 40* (4), 11-36. doi:10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x

Silva, C. S. C. J. (2013). *Apoio social percebido e coparentalidade, em contexto de bairro social :um estudo exploratório.* (Mestrado), Universidade de Lisboa, Lisboa.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Contributo para a adaptação da Life Experiences Survey (LES) à população diabética portuguesa *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21* (12), 49-60.

Silva, M. A. M., Barroso, M. G. T., Abreu, M. S. N., & Oliveira, S. H. S. (2009). Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados. (Portuguese). *Experience of parents with newborn child hospitalized. (English)* (11), 37-46.

Sim-Sim, I., Silva, A. C., & Nunes, C. (2008). *Linguagem e comunicação no Jardim-de-Infância. Textos de apoio para Educadores de Infância*. Lisboa: Ministério da Educação Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Simion, F., Regolin, L., & Bulf, H. (2008). A predisposition for biological motion in the newborn baby. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 105* (2), 809-813.

Simioni, A. S., & Geib, L. T. C. (2008). Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 545-551.

Simpson, E. A., Varga, K., Frick, J. E., & Fragaszy, D. (2011). Infants experience perceptual narrowing for nonprimate faces. *Infancy, 16* (3), 318-328. doi:10.1111/j.1532-7078.2010.00052.x

Simpson, W., Glazer, M., Michalski, N., Steiner, M., & Frey, B. N. (2014). Comparative efficacy of the generalized anxiety disorder 7-Item Scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. *Canadian Journal of Psychiatry, 59* (8), 434-440.

Singh, L., Morgan, J. L., & Best, C. T. (2002). Infants' listening preferences: Baby talk or happy talk? *Infancy, 3* (3), 365-394. doi:10.1207/S15327078IN0303_5

Soares, E. M. P. (2013). *Tradução, adaptação e validação do conteúdo do instrumento Assessment of Peer Relations tendo em conta a realidade cultural portuguesa.* (Doutoramento em Estudos da Criança (área de especialização em Educação Especial)), Universidade do Minho, Braga. Retrieved from http://hdl.handle.net/1822/28778

Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional: mãe-filho (a).* (U. d. Minho Ed.): Universidade do Minho.

Soares, I., Lopes-dos-Santos, P., Jongenelen, I., Henriques, M. R., Silva, A. P., Figueiredo, B., . . . Costa, O. (1996). *Avaliação da vinculação e da regulação autonómica da frequência cardíaca na Situação Estranha. In L. Almeida, S. Araújo, M. Gonçalves, P. Machado & M. Simões. (Org).* Paper presented at the IV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos & II Mostra de Provas Psicológicas em Portugal, Braga.

Soares, I., Silva, M. C., Costa, O., & Silva, C. J. P. (1999). Avaliação da vinculação e da frequência cardíaca em bebés de 12 meses na Situação Estranha. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 101-114.

Sodian, B., & Thoermer, C. (2004). Infants' understanding of looking, pointing, and reaching as cues to goal-directed action. *Journal of Cognition and Development, 5* (3), 289-316.

Sousa, A. C. R. (2012). *A linguagem oral na Educação Pré-Escolar – uma ferramenta para crescer, comunicando* (Relatório Final – Prática e Intervenção Supervisionada Curso de Mestrado em Educação Pré-Escolar), Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre.

Soussignan, R., Courtial, A., Canet, P., Danon-Apter, G., & Nadel, J. (2011). Human newborns match tongue protrusion of disembodied human and robotic mouths. *Developmental Science, 14* (2), 385-394. doi:10.1111/j.1467-7687.2010.00984.x

Spangler, G., & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 1439-1450.

Spinelli, M., Poehlmann, J., & Bolt, D. (2013). Predictors of parenting stress trajectories in premature infant–mother dyads. *Journal of Family Psychology, 27* (6), 873-883. doi:10.1037/a0034652

Spitz, R. A. (1949). The role of ecological factors in emotional development in infancy. *Child Development*, 145-156.

Spitz, R. A. (1952a). Infantile depression and the general adaptation syndrome; on the relation between physiologic model and psychoanalytic conceptualization. *Proceedings of the annual meeting of the American Psychopathological Association*, 93-108.

Spitz, R. A. (Writer). (1952b). The psychogenic diseases in infancy: An attempt at their etiologic classification.

Spoozak, L., Gotman, N., Smith, M. V., Belanger, K., & Yonkers, K. A. (2009). Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy. *Journal of Affect Disorders*, 216-223.

Stein, A., Craske, M. G., Lehtonen, A., Harvey, A., Savage-McGlynn, E., Davies, B., . . . Counsell, N. (2012). Maternal cognitions and mother–infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 121* (4), 795–809. doi:10.1037/a0026847

Stern, D.-N. (2010). The nature and theoretical framework of dynamic "forms of vitality". In D. N. Stern (Ed.), *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development* (pp. 20-30). New York, NY, US: Oxford University Press.

Stern, D. N. (1998). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Karnac.

Stern, D. N. (2000). Putting time back into our considerations of infant experience: A microdiachronic view. *Infant Mental Health Journal, 21* (1/2), 21-28.

Stern, D. N. (2001). Face-to-face play: its temporal structure as predictor of social affective development. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 66* (2), 144-149.

Stern, D. N. (2007). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: ArtMed.

Stivers, T., Enfield, N. J., Brown, P., Englert, C., Hayashi, M., Heinemann, T., . . . Levinson, S. C. (2009). Universals and cultural variation in turn-taking in conversation. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 106* (26), 10587-10592. doi:10.1073/pnas.0903616106

Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press

Stramrood, C., Doornbos, B., Wessel, I., Geenen, M., Aarnoudse, J., Berg, P., . . .

Pampus, M. (2013). Fathers with PTSD and depression in pregnancies complicated by preterm preeclampsia or PPROM. *Archives of Gynecology & Obstetrics, 287* (4), 653-661. doi:10.1007/s00404-012-2611-0

Stramrood, C. A. I., Huis in 'T Veld, E. M. J., Van Pampus, M. G., Berger, L. W. A. R., Vingerhoets, A. J. J. M., Schultz Willibrord, C. M. W., . . . Paarlberg, K. M. (2010). Measuring posttraumatic stress following childbirth: a critical evaluation of instruments. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 31* (1), 40-49. doi:10.3109/01674820903573946

Stramrood, C. A. I., Paarlberg, K. M., Huis In 't Veld, E. M. J., Berger, L. W. A. R., Vingerhoets, A. J. J. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & van Pampus, M. G. (2011). Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 32* (2), 88-97. doi:10.3109/0167482X.2011.569801

Stramrood, C. A. I., Wessel, I., Doornbos, B., Aarnoudse, J. G., van den Berg, P. P., Weijmar Schultz, W. C. M., & van Pampus, M. G. (2011). Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and PPROM: A prospective study with 15 months follow-up. *Reproductive Sciences, 18* (7), 645.

Streri, A., & Gentaz, E. (2004). Cross-modal recognition of shape from hand to eyes and handedness in human newborns. *Neuropsychologia, 42*, 1365-1369. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2004.02.012

Stuchbery, M., Matthey, S., & Barnett, B. (1998). Postnatal depression and social support in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 483-490.

Sumpter, J. M. (2010). Research exachange. Reactive attachment disorder: developing a developmental perspective. *http://epublications.marquette.edu/*. Retrieved from http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1018&context=researchexchange

Suttora, C., & Salerni, N. (2011). Maternal speech to preterm infants during the first 2 years of life: Stability and change. *International Journal of Language & Communication Disorders, 46* (4), 464-472. doi:10.1111/j.1460-6984.2011.00007.x

Swanson, H. (2011). *Attachment security: the role of infant, maternal, and contextual factors.* (Doctor of Philosophy), Washington State University, Washington.

Szewczyk-Sokolowski, M., & Bost, K. K. (2005). Attachment, temperament, and preschool children's peer acceptance. *Social Development*, 379-397.

Takahashi, K. (1982). Attachment behaviors to a female Stranger among Japanese two-year-olds. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*.

Takahashi, K. (1986). Examining the strange-situation procedure with Japanese mothers

and 12-month-old infants. *Developmental Psychology*, 265-270.

Tavares, S., Vilela, L., Fernandes, G., Dias, G., Lima, C. P., Falco, C., & Gesta, C. (2009). DC: 0-3R. Que vínculos? *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 53-65.

Taylor, A. R., Sylvestre, J. C., & Botschner, J. V. (1998). Social support is something you do, not something you provide: Implications for linking formal and informal support. *Journal of Leisureability, 25* (4), 1-14.

Teoh, A. N., Chia, M. S. C., & Mohanraj, V. (2009). The comparison between active and passive types of social support: the emotional responses. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 90–102.

Thompson, R. A., Connell, J., & Bridges, L. J. (1988). Temperament, emotional, and social interactive behavior in the Strange Situation: an analysis of attachment functioning. *Child Development*, 1102-1110.

Thorp, S. R., Krause, E. D., Cukrowicz, K. C., & Lynch, T. R. (2004). Postpartum partner support, demand-withdraw communication, and maternal stress. *Psychology of Women Quarterly, 28* (4), 362-369.

Tian, Z., Moon, C., Lagercrantz, H., & Kuhl, P. (2011). Prenatal motherese? Newborn speech perception may be enhanced by having a young sibling. *Psi Chi Journal of Undergraduate Research, 16* (2), 90-94.

Tini, M., Corcoran, D., Doolabh, L. R., & Waters, E. (2003). Maternal attachment scripts and infant secure base behavior. *Psychology Sunysb*. Retrieved from http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/srcd2003/posters/srcd2003_morgan.pdf

Toda, S., & Fogel, A. (1993). Infant response to the still-face situation at 3 and 6 months. *Developmental Psychology, 29* (3), 532-538. doi:10.1037/0012-1649.29.3.532

Tomasello, M. (1998). Uniquely primate, uniquely human. *Developmental Science, 1* (1), 1.

Tomasello, M. (2003). *Origens culturais da aquisição do conhecimento humano*. São Paulo: Nem Martins.

Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition. *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 675-691.

Tomasello, M., Kruger, A. C., & Ratner, H. H. (1993). Cultural learning. *Behavioral and Brain Sciences, 16* (03), 495-511

Tomasello, M., & M., C. (2007). Shared intentionality. *Developmental Science, 10* (1), 121-125. doi:10.1111/j.1467-7687.2007.00573.x

Tomlinson, M., Cooper, P., & Murray, L. (2005). The mother–infant relationship and infant attachment in a South African peri-urban settlement. *Child Development, 7 6*(5), 1044-1054. doi:0009-3920/2005/7605-0008

Tomlinson, M., Cooper, P. J., Stein, A., Swartz, L., & Molteno, C. (2006). Post-partum depression and infant growth in a South African peri-urban settlement. *Child: Care, Health & Development*, 81-86.

Tomlinson, M., Swath, L., Cooper, P., & Molteno, C. (2004). Social factors and postpartum depression in Khayelitsha, Cape Town. *South African Journal of Psychology, 34* (3), 409-420.

Trapolini, T., Ungerer, J. A., & McMahon, C. A. (2007). Maternal depression and children's attachment representations during the preschool years. *British Journal of Developmental Psychology*, 247-226.

Trevarthen, C. (1974). The psychobiology of speech development. In E. Lenneberg (Ed.), *Language and brain: Developmental aspects* (Vol. Neurosciences Research Program Bulletin, pp. 570-585).

Trevarthen, C. (1980). The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding of infants. In D. R. Olsen (Ed.), *The Social Foundations of Language and Thought: Essays in Honor of J. S. Bruner.* (pp. 316-342). New York: W. W. Norton.

Trevarthen, C. (1984). How control of movements develops. In H. T. A. Whiting (Ed.), *Human Motor Actions -- Bernstein Reassessed* (pp. 233-261). North-Holland: Elsevier Science Publishers B. V.

Trevarthen, C. (1986). Development of intersubjective motor control in infants. In M. G. W. a. H. T. A. Whiting (Ed.), *Motor Development in Children: Aspects of Coordination and Control* (pp. 209-261). Dordrecht: Martinus Nijhof.

Trevarthen, C. (2001). Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22* (1-2), 95-131.

Trevarthen, C. (2002a). Autism, sympathy of motives, and music therapy. *Enfance, 54* (1), 86-99.

Trevarthen, C. (2002b). *Can a robot hear music? Can a robot dance? Can a robot tell what it knows or intends to do? Can it feel pride or shame in company? - Questions of the nature of human vitality.* Paper presented at the Proceedings of the Second International Workshop on Epigenetic Robotics: Modeling Cognitive Development in Robotic Systems, Lund, Lund University.

Trevarthen, C. (2003). Infant psychology is an evolving culture. *Human Development, 46*, 233-246. doi:10.1159/000070372

Trevarthen, C. (2004). Learning about ourselves, from children: why a growing human

brain needs interesting companions. *Research and Clinical Centre for Child Development, Annual Report 2002-2003* (26), 9-44.

Trevarthen, C. (2005a). Stepping away from the mirror: Pride and shame in adventures of companionship'- Reflections on the nature and emotional needs of infant intersubjectivity. In C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann, S. B. Hrdy, M. E. Lamb, S. W. Porges, & N. Sachser (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis.* (pp. 55-84). Cambridge, MA, US: MIT Press.

Trevarthen, C. (2005b). First things first: infants make good use of the sympathetic rhythm of imitation, without reason or language. *Journal of Child Psychotherapy, 31* (1), 91-113.

Trevarthen, C. (2011a). Born for art, and the joyful companionship of fiction. In J. P. Darcia Narvaez, Allan Schore, Tracy Gleason (Ed.), *Human Nature, Early Experience and the Environment of Evolutionary Adaptedness* (pp. 1-16). Oxford: Oxford University Press.

Trevarthen, C. (2011b). What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development, 20* (1), 119-135.

Trevarthen, C. (2013a). In praise of a Doctor Who welcomes the newborn infant person. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing, 26* (3), 204-213. doi:10.1111/jcap.12048

Trevarthen, C. (2013b). Artful learning makes sense. In S. Isaacs (Ed.), *The Educational Value of the Nursery School - 90th Anniversary edition* (pp. 1-12). London: Early Education.

Trevarthen, C. (2014). Communicative musicality and infant mental health. In W. A. f. I. M. Health (Ed.), *Recherche en Périnatalité* (pp. 1-28). Paris: Presses Universitaires de France.

Trevarthen, C. (*in press*). Sharing joyful friendship and imagination for meaning with infants, and their application in early intervention. In S. Acquarone (Ed.), *Surviving the Early Years: From At-Risk to Main Stream* (pp. 1-26). London: Karnak

Trevarthen, C., Barr, I., Dunlop, A. W., Gjersoe, N., Marwick, H., & Stephen, C. (s.d.). *Supporting a young child's needs for care and affection, shared meaning and a social place*. Retrieved from Edinburgh:

Trevarthen, C., & Daniel, S. (2005). Disorganized rhythm and synchrony: Early signs of autism and Rett syndrome. *Brain & Development, 27* (Suppl1), S25-S34.

Trevarthen, C., Hubley, P., & Sheeran, L. (1975). Les Activités innées du nourrisson. *La Recherche, 6*, 447-458

Trevarthen, C., & Kenneth, A. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory, and

clinical aplications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines., 42* (1), 3-48. doi:10.1017/S0021963001006552

Trivers, R. L. (1972). Parental investment and sexual selection. In B. Campbell (Ed.), *Sexual Selection and the Descent of Man* (pp. 136-179). Chicago: Aldine.

Trivers, R. L. (1974). Parent-offspring conflict. *American Zoologist, 14* (1), 249-264.

Trivers, R. L., & Willard, D. E. (1973). Natural selection of parental ability to vary the sex ratio of offspring. *Science, 179* (4068), 90-92.

Tronick, E., Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17*, 1-13. doi:10.1016/S0002-7138(09)62273-1

Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1980). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1-13.

Turati, C., Di Giorgio, E., Bardi, L., & Simion, F. (2010). Holistic face processing in newborns, 3-month-old infants, and adults: Evidence from the composite face effect. *Child Development, 81* (6), 1894-1905. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01520.x

Turati, C., Montirosso, R., Brenna, V., Ferrara, V., & Borgatti, R. (2011). A smile enhances 3-month-olds' recognition of an individual face. *Infancy, 16* (3), 306-317. doi:10.1111/j.1532-7078.2010.00047.x

Twemlow, S. W., Fonagy, P., & Sacco, F. C. (in press). A developmental approach to mentalizing communities: a model for social change. *Bulletin Menninger Clinic*, 282-304.

Ugarriza, D. N. (2006). Social support unique to African American mothers. *Journal of African American Studies, 10* (3), 19-31.

Ugarriza, D. N., Douchand Brown, S. E., & Chang-Martinez, C. (2007). Anglo-American mothers and the prevention of postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing, 28* (7), 781-798. doi:10.1080/01612840701413624

Valentine, T. (1991). A unified account of the effects of distinctiveness, inversion, and race in face recognition. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology A: Human Experimental Psychology, 43A*(2), 161-204.

Valenza, E., & Bulf, H. (2007). The role of kinetic information in newborns' perception of illusory contours. *Developmental Science, 10* (4), 492-501. doi:10.1111/j.1467-7687.2007.00602.x

Valsiner, J. (2000). *Culture and human development*. London: Sage Publications, Ltd.

Van Batenburg-Eddes, T., Brion, M. J., Henrichs, J., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Verhulst, F. C., . . . Tiemeier, H. (2013). Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 54* (5), 591-600. doi:10.1111/jcpp.12023

van Bussel, J. C. H., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders, 114* (1-3), 232-242. doi:10.1016/j.jad.2008.07.018

van Bussel, J. C. H., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010). Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Archives of Women's Mental Health, 13* (5), 373-384. doi:10.1007/s00737-009-0140-z

Van den Bergh, B. R., & Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Development, 75* (4), 1085-1097. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x

Van Egeren, L. A. (2004). The development of the coparenting relationship over the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal, 25* (5), 453-477. doi:10.1002/imhj.20019

van IJzendoorn, M. H. (1994). *Attachment in context. kibbutz child-rearing as a historical experiment.* Paper presented at the Biennial Meeting of the International Society for the Study, Amsterdam.

van IJzendoorn, M. H. (1995). Of the way we are: on temperament, attachment, and the transmission gap: a rejoinder to Fox (1995). *Psychological Bulletin*, 411-415.

van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for mormative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 8-21.

van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1997). Intergenerational transmission of attachment: a move to the contextual level *Attachment and psychopathology* (pp. 135-170). New York, NY, US: Guilford Press.

van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Attachment disorders and disorganized attachment: similar and different. *Attachment & Human Development*, 313-320.

van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Attachment disorders and disorganized attachment: Similar and different 1. *Attachment & Human Development, 5* (3), 313.

van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a

meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 840-858.

van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 225-224.

Vaughn, B. E., Bost, K. K., & Van IJzendoorn, M. H. (2008). Attachment and temperament: Additive and interactive influences on behavior, affect, and cognition during infancy and childhood *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.)* (pp. 192-216). New York: Guilford Press.

Vaughn, B. E., Stevenson-Hinde, J., Waters, E., Kotsaftis, A., Lefever, G. B., Shouldice, A., . . . Belsky, J. (1992). Attachment security and temperament in infancy and early childhood: some conceptual clarifications. *Developmental Psychology*, 463-473.

Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology, 14* (2), 195-218. doi:10.1007/BF00911821

Vaux, A., & Wood, J. (1987). Social support resources, behavior, and appraisals: a path analysis. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 15* (1), 105-109. doi:10.2224/sbp.1987.15.1.105

Verbeke, E., Peeters, W., Kerkhof, I., Bijttebier, P., Steyaert, J., & Wagemans, J. (2005). Lack of motivation to share intentions: Primary deficit in autism? *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 718-719.

Verissimo, M., Fernandes, C., Santos, A. J., Peceguina, I., Vaughn, B. E., & Bost, K. K. (2011). A relação entre a qualidade da vinculação à mãe e o desenvolvimento da competência social em crianças de idade pré-escolar. The relation between quality of attachment and the development of social competence in preschool children. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 24* (2), 292-299.

Verissimo, R. (2005). Emotional intelligence, social support and affect regulation. *Acta medica portuguesa, 18* (5), 345-352.

Veríssimo, M., & Salvaterra, F. (2006). O modelo interno dinâmico da mãe e o comportamento de base segura dos seus filhos num grupo de crianças adoptadas. *Psicologia*, 37-50.

Veríssimo, S. M. A. C. (2010). *Relações entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stresse em puérperas.* (Mestrado), Universidade Lusófona, Lisboa.

Vieira, C. S., Mello, D. F., Oliveira, B. R. G., & Furtado, M. C. C. (2010). Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Revista Eletrônica de Enfermagem,* (1), 11.

Vigário, M., Butler, J., & Correia, S. (2013). *Early prosodic development in European Portuguese: Proso-quest, a parental report of infants prosodic skills*. Paper presented at the 2nd Workshop on the Development of Prosody and Intonation, Lisboa.

Vissenberg, J. E. M. (2010). *Mother-infant attachment: The relationship between quality of attachment and the social emotional development of the infant at six months.* (Bachelor Thesis Developmental Psychology), Tilburg University, Tilburg.

Volk, A., & Quinsey, V. L. (2002). The influence of infant facial cues on adoption preferences. *Human Nature, 13* (4), 437-455.

Volk, A. A., & Quinsey, V. L. (2007). Parental investment and resemblance: Replications, refinements, and revisions. *Evolutionary Psychology, 5* (1), 1-14.

von Bertalanffy, L. (1951). Theoretical models in biology and psychology. *Journal of Personality, 20* (1), 24. doi:10.1111/1467-6494.ep8930223

von Bertalanffy, L. (1960). Some biological considerations of the problems of mental illness *Chronic schizophrenia: explorations in theory and treatment.* (pp. 36-53). New York: Free Press.

von Bertalanffy, L. (2008). An outline of general system theory. *Emergence: Complexity & Organization, 10* (2), 103-123.

Vouloumanos, A., Hauser, M. D., Werker, J. F., & Martin, A. (2010). The tuning of human neonates' preference for speech. *Child Development, 81* (2), 517-527. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01412.x

Vouloumanos, A., & Werker, J. F. (2007a). Listening to language at birth: Evidence for a bias for speech in neonates. *Developmental Science, 10* (2), 159-164.

Vouloumanos, A., & Werker, J. F. (2007b). Why voice melody alone cannot explain neonates' preference for speech. *Developmental Science, 10* (2), 169-171. doi:10.1111/j.1467-7687.2007.00551.x

Vuilleumier, P., & Pourtois, G. (2007). Distributed and interactive brain mechanisms during emotion face perception: Evidence from functional neuroimaging. *Neuropsychologia, 45* (1), 174-194.

Wall, K., Aboim, S., Cunha, V., & Vasconcelos, P. (2001). Families and informal support networks in Portugal: the reproduction of inequality. *Journal of European Social Policy, 11* (3), 213-233.

Warneken, F., Lohse, K., Melis, A. P., & Tomasello, M. (2011). Young children share the spoils after collaboration. *Psychological Science, 22* (2), 267-273. doi:10.1177/0956797610395392

Waters, E. (1978). The reliability and stability of individual differences in infant-mother

attachment. *Child Development*, 483-494.

Waters, E., & Beauchaine, T. P. (2003). Are there really patterns of attachment? Comment on Fraley and Spieker (2003). *Developmental Psychology*, 417-422.

Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 164-172.

Waters, E., Hamilton, C. E., & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general introduction. *Child Development*, 678-683.

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 684–689.

Waters, H. S., Rodrigues, L. M., & Ridgeway, D. (1998). Cognitive underpinnings of narrative attachment assessment. *Journal of Experimental Child Psychology*, 211-234.

Waters, H. S., & Waters, E. (2006). The attachment working models concept: among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment and Human Development (Special issue)*, 185-197.

Watson, J. S. (2005). "Einstein's baby" could infer intentionality. *Behavioral & Brain Sciences, 28* (5), 719-720.

Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland, N., & Fawcett, L. (2011). Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery, 27* (5), 745-749.

Weinberg, E. (2006). Mentalization, affect regulation, and development of the self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 251-270.

Weinraub, M., Bender, R. H., Friedman, S. L., Susman, E. J., Knoke, B., Bradley, R., . . . Williams, J. (2012). Patterns of developmental change in infants' nighttime sleep awakenings from 6 through 36 months of age. *Developmental Psychology, 48* (6), 1511-1528. doi:10.1037/a0027680

Werker, J. F., & McLeod, P. J. (1989). Infant preference for both male and female infant-directed talk: A developmental study of attentional and affective responsiveness. *Canadian Journal of Psychology/Revue Canadienne de Psychologie, 43* (2), 230-246. doi:10.1037/h0084224

Wheatcroft, R., & Creswell, C. (2007). Parents' cognitions and expectations about their pre-school children: The contribution of parental anxiety and child anxiety. *British Journal of Developmental Psychology, 25* (3), 435-441. doi:10.1348/026151006X173288

Whiteside-Mansell, L., Bradley, R. H., & Rakow, E. (2001). Similarities and differences

in parental investment for mothers and fathers. *Journal of Family Issues, 22* (1), 63-83.

Wiefel, A., Wollenweber, S., Oepen, G., Lenz, K., Lehmkuhl, U., & Biringen, Z. (2005). Emotional availability in infant psychiatry. *Infant Mental Health Journal*, 392–403.

Wiemann, C., Agurcia, C., Rickert, V., Berenson, A., & Volk, R. (2006). Absent fathers as providers: Race/ethnic differences in support for adolescent mothers. *Child & Adolescent Social Work Journal, 23* (5/6), 617-634. doi:10.1007/s10560-006-0078-1

Wijnroks, L. (1999). Maternal recollected anxiety and mother–infant interaction in preterm infants. *Infant Mental Health Journal, 20* (4), 393-409.

Wille, D. (2010). Using the family systems model to investigate the relationship between parental sensitivity and infant attachment. *Journal of the Indiana Academy of the Social Sciences*, 103-116.

Willemsen-Swinkels, S. H. N., Bakermans-Kranenburg, M. J., Buitelaar, J. K., van IJzendoorn, M. H., & Van Engeland, H. (2000). Insecure and disorganised attachment in children with a pervasive developmental disorder: relationship with social interaction and heart rate. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 759-767.

Williams, P. (2005). *What is social support?: a grounded theory of social interaction in the context of the new family. Tese de Doutoramento não publicada*.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro Imago.

Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à Psicanálise – Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.

Wohlschläger, A., Gattis, M., & Bekkering, H. (2003). Action generation and action perception in imitation: An instance of the ideomotor principle, 501.

Wu, Q., Chen, H. L., & Xu, X. J. (2012). Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health, 15* (2), 107-114. doi:10.1007/s00737-011-0248-9

Yim, I. S., Glynn, L. M., Dunkel-Schetter, C., Hobel, C. J., Chicz-DeMet, A., & Sandman, C. A. (2009). Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Archives of General Psychiatry, 66* (2), 162-169. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.533

Yonkers, K. A., Vigod, S., & Ross, L. E. (2011). Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol, 117* (4), 961-977. doi:10.1097/AOG.0b013e31821187a7

Zaers, S., Waschke, M., & Ehlert, U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29* (1), 61-71. doi:10.1080/01674820701804324

Zainal, N. Z., Kaka, A. S., Ng, C. G., Jawan, R., & Singh Gill, J. (2012). Prevalence of postpartum depression in a hospital setting among Malaysian mothers. *Asia-Pacific Psychiatry, 4* (2), 144-149. doi:10.1111/j.1758-5872.2011.00173.x

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2009). Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 58*, 252-257.

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2011). Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. *Arch Womens Ment Health, 14* (5), 435-439. doi:10.1007/s00737-011-0224-4

Zeanah, C. H., & Anders, T. F. (1987). Subjectivity in parent-infant relationships: a discussion of internal working models. *Infant Mental Health Journal*, 237-250.

Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2010). Reactive attachment disorder: a review for DSM-V. *American Psychiatric Associtation*. Retrieved from http://www.nrvcs.org/nrvattachmentresources/documents/APA%20DSM-5%20Reactive%20Attach

Zelkowitz, P., & Milet, T. H. (1997). Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health Journal, 18* (4), 424-435.

Zlatev, J., Brinck, I., & Andrén, M. (2008). Stages in the development of perceptual intersubjectivity. In F. Morganti, A. Carassa, & G. Riva (Eds.), *Enacting intersubjectivity: A cognitive and social perspective on the study of interactions.* (Vol. 10, pp. 117-132). Amsterdam, Netherlands: IOS Press.

Zubaran, C., Schumacher, M., Roxo, M. R., & Foresti, K. (2010). Screening tools for postpartum depression: Validity and cultural dimensions. *African Journal of Psychiatry, 13* (5), 357-365.

Zvoch, K. (1999). Family type and investment in education: A comparison of genetic and stepparent families. *Evolution and Human Behavior, 20* (6), 453-464.