UM BEBÉ DIFERENTE

DA INDIVIDUALIDADE DA INTERACÇÃO À ESPECIFICIDADE DA INTERVENÇÃO

por

Júlia van Zeller de Serpa Pimentel

Livros SNR nº 12

SECRETARIADO NACIONAL PARA A REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
LISBOA
1997

Agradecimentos

A todas as mães que tornaram possível este trabalho e permitiram que aprendêssemos com a sua experiência.

Aos orientadores, Prof. Doutor Gomes Pedro e Prof. Doutor Frederico Pereira, pelo incentivo e orientação que deram na realização deste trabalho.

Ao Secretariado Nacional de Reabilitação, pela bolsa concedida no âmbito do Programa CITE.

Ao Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo, pelo tempo de equiparação a bolseira concedido.

Ao Prof. Doutor Joaquim Bairrão, pelo papel que desempenhou na minha formação profissional.

À equipa do Centro de Estudos e Apoio à Criança e à Família, em particular à Drª Isabel Felgueiras, pela partilha de conhecimentos no campo da avaliação e intervenção precoce.

A todos os amigos para quem, durante estes dois anos estive menos disponível.

INDICE

Introdução 1

Parte I - Revisão da Literatura....7

Capítulo 1 - O desenvolvimento psico-social do bebé
durante o 1º ano de vida: contribuições da mãe e do bebé 8

1. Introdução 9

2. Perspectivas do desenvolvimento psico-social 10

3. Etapas de desenvolvimento no primeiro ano de vida....13

3.1 - O Período de Regulação Inicial 14
3.2 - O Período de Envolvimento Interpessoal....18
3.3 - A Curiosidade pelo Mundo dos Objectos....21
3.4 - A Integração Plena do Mundo Social e do Mundo Inanimado....24

Capítulo 2 - A interacção mãe-bebé: características e formas de avaliação 33
1. Introdução 34

2. As dimensões do comportamento Interactivo 34

2.1 - Alguns conceitos chave do processo interactivo mãe-bebé....35

3. A avaliação da interacção mãe-bebé....40

3.1 - Análise histórica 40
3.2 - Algumas questões metodológicas 42
3.3 - Análise de algumas escalas de avaliação da interacção 47

3.3.1 - Mother Child Rating Scales 48
3.3.2 - Parent/Caregiver Involvment Scale 49
3.3.3 - The Global Maternal Rating Scale....50
3.3.4 - Mother-Infant Communication Screening 52
3.3.5 - The Infant Parent Social Interaction Code....53
3.3.6 - Multi-Pass....53
3.3.7 - Grelha de Avaliação da Interacção....55
3.3.8 - Nursing Child Assessment Teaching and Feeding Scales....55

Capítulo 3 - Atitudes, sentimentos e percepções maternas:

consequências para a interacção e formas de avaliação 58

1. Introdução 59

2. Concepções parentais sobre o desenvolvimento 59

3. Atitudes, sentimentos e percepções maternas
e suas consequências no processo interactivo mãe-bebé 65

4. Atitudes, sentimentos e percepções maternas: formas de avaliação 72

4.1 - A entrevista 72
4.2 - Questionários e escalas de avaliação 74

4.2.1 - Neonatal Perception Inventory 76
4.2.2 - Maternal Child Care Attitudes and Feelings 77
4.2.3 - Maternal Self-Report Inventory 79
4.2.4 - Inventario de Percepciones Maternas 81

Capítulo 4 - Um bebé diferente: que consequências para a interacção 83

1. Introdução 84

2. O processo interactivo nas díades com bebés deficientes ou em risco 85

3. Os bebés pré-termo 87

3.1 - Características dos bebés pré-termo 88
3.2 - O processo interactivo nas díades com bebés pré-termo 91
3.3 - O desenvolvimento dos bebés pré-termo 94

4. Os bebés com síndrome de Down 96

4.1 - Características dos bebés com síndrome de Down 97
4.2 - O processo interactivo nas díades com bebés com síndrome de Down 102
4.3 - O desenvolvimento dos bebés com síndrome de Down 112

5. Processos de adaptação materna ao nascimento de bebés
em risco ou com deficiências 113
Capítulo 5 - Intervenção precoce: evolução conceptual e modelos actuais 124

1. Introdução 125

2. Perspectiva histórica 125

3. O modelo transaccional e a intervenção centrada na interacção 129

3.1 - Estratégias de intervenção centradas na interacção para as díades com bebés pré-termo 132
3.2 - Estratégias de intervenção centradas na interacção para as díades com bebés deficientes 134

4. O modelo ecológico e a intervenção centrada nas necessidades e recursos da família 138

Parte II - Organização e planificação do trabalho 142

Capítulo 1 - Problemática geral do estudo 143

Capítulo 2 - Metodologia 148

1. Introdução 149

2. Composição e caracterização da amostra 149

3. Procedimento 151

4. Instrumentos utilizados na recolha dos dados e fundamentos da sua construção ou adaptação 154

4.1 - Roteiro da 1ª entrevista 154
4.2 - Escala de Auto-Estima Materna 156
4.3 - Roteiro para as entrevistas do 1º, 3º, 6º e 9º meses 160
4.4 - Escala de Sentimentos e Atitudes para as entrevistas do 1º, 6º e 12º meses 161
4.5 - Roteiro da última entrevista 164
4.6 - Escala de desenvolvimento de Griffiths 165
4.7 - Grelha de avaliação da situação interactiva 166

Parte III - Apresentação, análise, discussão dos resultados e conclusões gerais 172

Capítulo 1 - Estudo longitudinal 173

1. Introdução 174

2. As díades com bebés com síndrome de Down 175
A Catarina e a sua mãe 176
O Helder e a sua mãe 194
O João Paulo e a sua mãe 213
A Mariana e a sua mãe 228
O Rui e a sua mãe 244

3. As díades com bebés pré-termo 259
A Marta e a sua mãe 260
A Ana e a sua mãe 275
O Filipe e a sua mãe 293

4. As díades com bebés normais 305
O Francisco e a sua mãe 306
A Maria e a sua mãe 319
A Carmo e a sua mãe 332
O José Carlos e a sua mãe 344

Capítulo 2 - Análise comparativa 356

1. Introdução 357

2. Auto-Estima materna na altura dos nascimento do bebé 357

2.1 - Análise comparativa dos resultados de todas as mães 361

3. Sentimentos e atitudes das mães no 1º, 6º e 12º meses de vida do bebé 361

3.1 - Sub-escala "Satisfação com a criança" 365
3.2 - Sub-escala "Sobrecarga" 365
3.3 - Sub-escala "Frustração em relação ao papel maternal" 366
3.4 - Sub-escala "Ansiedade" 366
3.5 - Sub-escala "Tendência depressiva" 367
3.6 - Análise global da escala de sentimentos e atitudes 367
4. Expectativas maternas relativamente ao desenvolvimento do bebé 368

4.1 - Análise comparativa das expectativas das mães dos bebés com síndrome de Down 374
4.2 - Análise comparativa das expectativas das mães dos bebés pré-termo 378
4.3 - Análise comparativa das expectativas das mães dos bebés normais 383

4.4 - Análise global relativa às expectativas maternas 383

5. Análise do processo interactivo 384

5.1 - Processo interactivo das díades com bebés com síndrome de Down 384
5.2 - Processo interactivo das díades com bebés pré-termo 386
5.3 - Processo interactivo das díades com bebés normais 387
5.4 - Conclusão sobre a análise da interacção 387

6. Análise comparativa dos sentimentos dominantes,
características do processo interactivo mãe-bebé e desenvolvimento do bebé 388

6.1 - Análise comparativa dos bebés com síndrome de Down e suas mães 394

6.1.1 - A mãe da Catarina - A negação da deficiência e da depressão 394
6.1.2 - A mãe do Helder - Ansiedade, depressão, revolta e frustração 395
6.1.3 - A mãe do João Paulo - Ambivalência e aceitação resignada 396
6.1.4 - A mãe da Mariana - Da depressão à aceitação consciente 397
6.1.5 - A mãe do Rui - Uma depressão sempre latente 398

6.2 - Análise comparativa dos bebés pré-termo e suas mães 403

6.2.1 - A mãe da Marta - O privilégio de poder ser mãe
só nos momentos de prazer 403
6.2.2 - A mãe da Ana - Isolamento, sobrecarga e pouca disponibilidade 404
6.2.3 - A mãe do Filipe - Passar do riso às lágrimas: o bebé de uma mãe
excitada e desorganizada 405

6.3 - Análise comparativa dos bebés normais e suas mães 411

6.3.1 - A mãe do Francisco - A possibilidade e prazer de poder ser mãe a
tempo inteiro 411
6.3.2 - A mãe da Maria - As dificuldades de compreender um bebé difícil 411
6.3.3 - A mãe da Carmo - Uma mãe embevecida e um bebé espevitado 412
6.3.4 - A mãe do José Carlos - A tranquilidade de quem já sabe
o que é ser mãe 413

6.4 - Análise comparativa dos sentimentos dominantes, características do
processo interactivo mãe-bebé e desenvolvimento do bebé 414

7. Necessidades e propostas de intervenção 415

7.1 - Os bebés com síndrome de Down.....415

7.1.1 - Que intervenção para a Catarina e a sua mãe? 415
7.1.2 - Que intervenção para o Helder e a sua mãe? 416
7.1.3 - Que intervenção para o João Paulo e a sua mãe?.....417
7.1.4 - Que intervenção para a Mariana e a sua mãe?.....417
7.1.5 - Que intervenção para o Rui e a sua mãe? 418

7.2 - Os bebés pré-termo.....418
7.3 - Os bebés normais 419

Capítulo 3 - Conclusões gerais 420

Bibliografia 429

Lista de Anexos

Anexo 1 - Roteiro da 1ª entrevista
Anexo 2 - Escala de Auto-Estima Materna (com pontuação atribuída a cada resposta)
Anexo 3 - Roteiro das entrevistas do 1º, 3º, 6º e 9º mês
Anexo 4 - Escala de Sentimentos e Atitudes (com pontuação atribuída a cada resposta)
Anexo 5 - Roteiro da última entrevista
Anexo 6 - Grelha de avaliação da situação interactiva

INTRODUÇÃO

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

Os trabalhos anteriores davam especial ênfase a dois aspectos: por um lado ao papel decesivo que as primeiras experiências têm no desenvolvimento posterior das crianças; por outro à importância que o ambiente físico e sobretudo social tem nessas primeiras experiências e, consequentemente, no desenvolvimento infantil. Estes trabalhos tiveram algumas consequências de ordem prática, nomeadamente no desenvolvimento de programas de intervenção educativa dita precoce para as crianças em desvantagem social que foram posteriormente alargados às crianças em risco biológico e deficientes.

São do final dos anos sessenta as primeiras investigações que, abandonando a visão da criança como um ser passivo, que apenas responde às influências do meio, começam a considerá-la como um ser competente, activo e influente, interessando-se assim pelo estudo dos processos de troca entre a criança e o ambiente, salientando a necessidade da mãe e bebé estarem sintonizados afectivamente, de tal forma que os sinais emitidos por cada um sejam adequada mente interpretados e respondidos pelo outro parceiro interactivo.

No que respeita à influência que a criança tem nos padrões de interacção mãe-bebé parece-nos importante referir o artigo publicado por Bell em 1968 - A Reinterpre tation of the Direction of Effects in Studies of Socialization - e também a obra editada em 1974 por Lewis e Rosenblum - The Effect of the Infante on its Caregiver - como marcos fundamentais.

Alguns anos mais tarde, realiza-se no reino Unido uma Conferência Internacional sobre Interacção mãe-bebé - The Loch Lomond Conference - que reúne os grandes especialistas nesta matéria. Schaffer, em 1977, organiza a publicação de todas as comunicações então apresentadas numa outra obra de referência indispensável “Studies in Mother-Infant Interaction”.

Entre nós, os Simpósios “Nascer… e Depos?” (1983), “Olá bebé” (1986) e “Bebé XXI” (1990) organizados pelo Prof. Gomes Pedro permitiram qua as investigações e reflexões teóricas neste domínio fossem partilhadas.

Cito estes marcos históricos pela grande influência que nós exerceram, e pelo entusiasmo que, a seu tempo, nos comunicaram e que, em última análise estão na origem do trabalho que empreendemos e que agora se apresenta.

Na sequência dos estudos sobre interacção na díade com um bebé normal, surgem, entretanto, outros trabalhos com o objectivo de aprofundar as formas de interacção que se estabelecem com bebés deficientes. Alguns dos trabalhos experimentais vêm acentuar as diferenças no processo interactivo, que explicam ou por uma dificuldade específica da parte das mães desses bebés, ou, numa perspectiva oposta, por uma necessidade de adptação das mães face às características e limitações dos seus filhos. Em ambos os casos se assumia que os bebés deficientes teriam experiências interactivas diferentes das dos bebés normais.

Numa linha de investigação mais recente, outros autores têm-se debruçado sobre a importância das concepções dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos, das suas percepções sobre esse mesmo desenvolvimento, e da influência dos seus sentimentos, atitudes e expectativas, sobre o processo interactivo que entre ambos se vai estabelecendo. O que os pais "pensam" dos seus bebés, parece influenciar decisivamente não só o tipo de interacção que com eles estabelecem, como também as suas estratégias educativas, o que, por sua vez, vai influenciar o comportamento e desenvolvimento do bebé.

No que respeita às crianças deficientes, alguns estudos concluem que as mães destas crianças deficientes ou de crianças em risco diferem das mães de bebés normais na apreciação que fazem dos seus filhos, nas expectativas quanto aos marcos de desenvolvimento e nos seus sentimentos de eficácia e competência.

Tem sido assumido que as emoções e percepções são importantes e afectam as características do processo interactivo mãe-bebé. No entanto, como estas duas linhas de investigação têm quase sempre seguido o seu percurso de forma paralela, são muito recentes e em número muito reduzido os trabalhos que relacionam o estudo dos processos cognitivos e emocionais da mãe e o seu comportamento interactivo.

O trabalho de intervenção que, ao longo dos anos, temos desenvolvido com crianças em risco ou deficientes e suas famílias, tem-nos feito refletir sobre a necessidade de integrar estas duas perspectivas. De facto, alguns padrões do comportamento interactivo das mães parecem ser simultaneamente influenciados pela situação e desenvolvimento do bebé, e pelos factores cognitivos e/ou emocionais das mães, mas este aspecto nem sempre é tido em conta no nosso plano de intervenção.

Com este trabalho, que surge na continuação de uma prática profissional no campo da intervenção precoce, pretendemos assim dar uma contribuição para o estudo integrado do comportamento interactivo da díade e dos factores cognitivos e emocionais das mães, com o objectivo de aprofundar as diferenças e semelhanças, nestas duas dimensões, em díades com bebés normais, com bebés pré-termo e bebés com sídrome de Down, ao longo do primeiro ano de vida. Interessou-nos particularmente estudar a forma como os sentimentos e atitudes das mães, que certamente estariam influenciadas pela situação do seu bebé, se reflectia ou não na dinâmica interactiva. Pensamos assim poder contribuir para uma melhor compreensão do processo de adapatação mãe-bebé quer com bebés normais quer com bebés deficientes ou em risco.

Na primeira parte, que integra cinco capítulos, faz-se uma revisão da literatura. Embora o tema central do trabalho que agora se apresenta exceda o estudo da interacção mãe-bebé, o nosso enfoque foi sempre posto na díade, o que faz com que a revisão apresentada seja mais selectiva do que exaustiva, deixando porventura de lado outras contribuições teóricas importantes. Estamos, contudo, conscientes de que numa perspectiva ecológica do desenvolvimento deveríamos também ter dado algum realce ao que se passa fora da interacção mãe-bebé, nomeadamente às relações intrafamiliares e à inserção da família no seu sistema social.

No primeiro capítulo abordamos o processo de desenvolvimento psico-social do bebé, analisando a forma como este, no seio da interacção com a mãe e com a contribuição desta, consegue actualizar as suas potencialidades. Pareceu-nos que o estudo aprofundado deste aspecto, com a análise das contribuições da mãe e do bebé, se revestia de particular importância para o presente trabalho, dada a sua metodologia de estudo longitudinal, desde o nascimento até ao fim do 1.º ano de vida.

No segundo capítulo, adoptando um modelo de espiral transaccional que dá igual ênfase ao papel da mãe e do bebé, referimos as características do processo interactivo, salientando alguns estudos sobre interacção e analisando as diferentes formas de avaliação desse processo. Este capítulo é, de certa forma, complementar do primeiro. De facto, tal como acima referimos, o processo de desenvolvimento do bebé ocorre no seio da interacção com adultos significativos, em particular com a sua mãe, adquirindo no âmbito desse processo, o seu verdadeiro significado.
No terceiro capítulo analisamos as dimensões emocionais e cognitivas dos pais e a sua influência para o processo interactivo, bem como as diferentes formas de avaliação dessas dimensões.

No quarto capítulo abordamos a problemática dos bebés pré-termo e dos bebés com sídrome de Down, analisando as suas características, as consequências que delas advêm para o processo interactivo com as suas mães, bem como todo o processo adaptativo que estas têm de fazer para assegurar aos seus bebés o melhor desenvolvimento possível.

No quinto e último capítulo da primeira parte, analisamos as necessidades especiais dos bebés em risco ou deficientes bem como a evolução conceptual e modelos actuais de intervenção precoce.

Na segunda parte apresentamos a planificação do estudo, abordando a sua problemática geral bem como a metodologia seguida. Optámos por uma metodologia de estudo de caso, numa perspectiva longitudinal, que nos parece mais adequada em face do carácter exploratório do trabalho. Dado o reduzido número de casos estudados, pudemos analisar em profundidade o desenvolvimento dos bebés, a interacção mãe-bebé e a influência que nesse processo assumem os sentimentos e atitudes da mãe, a fim de melhor entender o processo de adaptação das mães face às características específicas dos seus filhos.

Na terceira parte faz-se a apresentação, análise e discussão dos casos e apresentam-se as conclusões gerais do trabalho. Consideramos com efeito que, num estudo de caso, na própria apresentação e análise longitudinal e sobretudo na análise comparativa, vão sendo extraídas algumas conclusões que não podem ser desligadas da própria situação que está a ser relatada, pelo que nos pareceu mais correcto integrar as conclusões nesta última parte do trabalho.

No primeiro capítulo desta terceira parte, apresentamos a análise longitudinal de cada díade, referindo os aspectos mais significativos do que foi o primeiro ano de vida, relativamente ao processo de adaptação mútua, salientando aspectos do desenvolvimento do bebé, da dinâmica do processo interactivo e da evolução dos sentimentos da mãe face ao seu filho.

No segundo capítulo fazemos uma análise comparativa dos casos, agrupados os bebés normais, os bebés pré-termo e os bebés com sídrome de Down, analisando os sentimentos dominantes das mães, as suas expectativas face ao desenvolvimento dos bebés bem como as características do processo interactivo, perspectivando também as eventuais necessidades de intervenção.

Finalmente, no terceiro capítulo enunciamos algumas conclusões gerais, fazemos uma reflexão crítica sobre o estudo apresentado e apontamos algumas linhas de reflexão para uma investigação futura.

PARTE I

REVISÃO DA LITERATURA

Capítulo 1

O desenvolvimento psico-social do bebé durante o primeiro ano de vida: Contribuições da mãe e do bebé

1 - Introdução

Ao longo destas últimas décadas, assistiu-se a uma enorme mudança na abordagem teórica e experimental no que se refere ao estudo dos processo interactivos que se desenvolvem entre a mãe e o bebé, durante o primeiro ano de vida, bem como à forma como o desenvolvimento deste é entendido. Em 1968, Bell, publica "A Reinterpretation of the Direction of Effects in Studies of Socialization", artigo que muitos autores consideram ter marcado uma viragem histórica na abordagem ao estudo do desenvolvimento do bebé. É o mesmo autor que, uma década mais tarde, referindo-se às investigações que entretanto decorreram nesse domínio, afirma: "Um bebé e uma criança activos foram enquadrados no seio de uns pais pensantes" (Bell, 1979, p. 821).

Citamos este autor por nos parecer que, com esta frase, ele chama a atenção para o contributo fundamental do bebé, detentor de competências que desde muito cedo utiliza para comunicar com os outros, não descurando o papel fundamental dos pais e do contexto por estes criado, em que os comportamentos do bebé assumem um significado particular.

Adoptando um modelo transaccional, pensamos que a interacção mãe-bebé envolve, de facto, dois parceiros activos e recíprocos, com uma vida psíquica própria, cuja interacção se desenrola no seio de um determinado clima afectivo. Neste modelo, a atenção é dada não só aos processos interactivos, como ao processo de desenvolvimento da criança, e ao processo de adaptação da sua mãe.

Iremos referir mais tarde as características do processo interactivo do bebé com os adultos significativos, nomeadamente a sua mãe, que consideramos o cenário do próprio desenvolvimento do bebé.

Neste primeiro capítulo, pretendemos analisar com maior detalhe o processo de desenvolvimento psico-social do bebé ao longo do primeiro ano de vida - não esquecendo nunca o cenário interactivo em que decorre - referindo diferentes perspectivas teóricas de autores cuja obra tem contribuído decisivamente para o avanço dos conhecimentos no domínio da psicologia do desenvolvimento, bem como alguns trabalhos empíricos decorrentes dessa teorização.

2 - Perspectivas do desenvolvimento psico-social

"O que há de mais maravilhoso num bebé é a sua promessa e não a sua realização - a promessa que se concretizará sob determinadas circunstâncias". Esta frase dita

em 1950 por Montagu, que Shaffer (1977 b) cita, resume bem o que pode ser a aventura apaixonante de descobrir as potencialidades e progressivas realizações de um bebé, ao longo do seu primeiro ano de vida, quando encontra - como acontece na maioria das situações - circunstâncias favoráveis ao seu desenvolvimento que o levarão de uma fase inicial de extrema dependência até uma autonomia que só mais tarde atingirá. Poderemos encontrar num artigo de Winnicott (1958/1969) dois pressupostos para este percurso. Um, intrínseco ao próprio bebé - a sua tendência inata para o desenvolvimento; outro proveniente do exterior - a existência de uma mãe suficientemente boa. Refere este autor: "... há qualquer coisa acerca da mãe de um bebé, qualquer coisa que a torna particularmente adaptada para o proteger neste estádio de vulnerabilidade, e que a faz capaz de contribuir positivamente para a satisfação das necessidades do bebé" (Winnicott, op. cit., p. 191). Esta mãe suficientemente boa é a "primeira circunstância" para que se actualizem as promessas de que Montagu falava.

Mas o contributo do bebé é de importância fundamental, parecendo-nos essencial referir a perspectiva teórica de Greenspan (1981, 1990), integradora das teorias do desenvolvimento cognitivo e emocional, que fundamenta em dois pressupostos:

- As capacidades organizativas do indivíduo aumentam e atingem níveis mais elevados em função da sua maturação, a qual permite a organização de dados cada vez mais latos da experiência (quer interna quer externa) em padrões estáveis;
- Para cada fase de desenvolvimento há certas tarefas características, que permitem a organização dos estímulos internos e externos, que o organismo tem de cumprir antes de avançar para a fase seguinte, durante a qual vai organizar-se numa nova estrutura.

O mesmo autor realça também o papel da mãe quando refere que "o indivíduo desenvolve as suas experiências e conteúdos organizativos únicos num processo interactivo em que os progressos maturativos e os interesses e inclinações específicas de determinada fase actuam e são influenciadas pelo ambiente" (Greenspan, 1981, p. 7).

Numa perspectiva semelhante, Emde (1990), na sua comunicação inaugural do IV Congresso Mundial da Psiquiatria Infantil e Ciências Afins, introduz o conceito de "Modos fundamentais de desenvolvimento" - actividade, auto-regulação, adaptação, monitorização afectiva e assimilação cognitiva - como os cinco mecanismos inatos dos quais resulta um processo adaptativo que, iniciado no momento do nascimento, continua ao longo de toda a vida. Considera no entanto que se os factores de organização, regulação e mudança, determinados biologicamente, são factores importantes da adaptação e desenvolvimento, estes só se actualizam no contexto

da interacção mãe-bebé e que a característica fundamental do desenvolvimento do bebé é o progressivo emparelhamento interpessoal dos dois sistemas de regulação.

Neste processo diádico e interpessoal de desenvolvimento, Emde atribui grande importância ao afecto, que considera ser organizador da experiência quer da mãe quer do bebé: "O afecto organiza a experiência... pode dizer-se que há um núcleo afectivo da experiência pessoal que dá um sentido de continuidade nos períodos de mudança desenvolvimental e um sentido de empatia com os outros... A experiência relacional do bebé é caracterizada não só por um bebé com características emocionais, mas também por alguém que dele cuida, que está emocionalmenmte disponível e que tem uma sensibilidade e responsividade emocional para as pistas do bebé" (Emde, 1989, pp. 44-45).

Se pudéssemos resumir as perspectivas até agora abordadas, com as quais nos identificamos, poderíamos encontrar uma linha de desenvolvimento em que o bebé, no seio de uma relação marcada pela disponibilidade, com trocas interactivas marcadas por emoções positivas, se torna seguro, sendo essa segurança manifestada pelo interesse, curiosidade e exploração do ambiente na presença da sua figura de vinculação. Progressivamente, os pais vão guiando as actividades dos seus filhos, de tal forma que o bebé não só sente o prazer de ter atingido os seus objectivos internos, como experimenta um afecto partilhado com a sua mãe, por ter também atingido os objectivos que ela lhe traçou.

Outros autores têm estudado os processos de desenvolvimento do bebé, nomeadamente as relações entre o desenvolvimento social e cognitivo, a partir do estudo do processo de conhecimento dos bebés relativamente ao mundo social e ao mundo dos objectos.

Em obras como "La naissance de l'intelligence" e "La construction du réel", Piaget considera que o desenvolvimento social e cognitivo ocorrem paralelamente. O bebé interage com o mundo físico e o mundo social desde o início, mas só aos oito meses começa a ter a noção de que há um mundo separado e que as pessoas são diferentes de todos os outros objectos, o que significa que até essa altura, pode haver diferenças quantitativas nas respostas do bebé às pessoas e aos objectos, mas não há diferença qualitativa no seu comportamento. O período dos oito meses, é marcado pela construção do objecto permanente, marca irrefutável de que o mundo continua a existir mesmo quando o bebé não está a agir sobre ele. Este período é também marcado por transformações do ponto de vista social, das quais a mais importante é, sem dúvida, o início do estabelecimento das relações de vinculação. O processo de comunicação transforma-se também nessa altura, começando a haver actos de comunicação intencional com o adulto, inicialmente

através de olhares e posteriormente através de gestos, vocalizações e finalmente palavras.

Nos trabalhos empíricos da equipa de Brazelton e também de Murray e Trevarthen, pelo contrário, são reportadas inúmeras diferenças na forma como o bebé, logo a partir dos dois meses, interage com os objectos e com as pessoas, mostrando que, na interacção com as pessoas, há desde o início uma intenção comunicativa, sendo visível o uso, pelo bebé, de gestos e movimentos pré-linguísticos. Trevarthen (1979), chama a esta capacidade, que considera inata, "Intersubjectividade Primária", definindo-a como a capacidade de exprimir e apreender directamente nos outros, intenções e afectos rudimentares: os bebés têm intenções e algum sentido de self e desde logo começam a partilhar as intenções dos outros a fim de estabelecer com estes uma troca interactiva.

Assim, para os autores que seguem esta linha de pensamento, a aprendizagem que o bebé faz do mundo físico, é quase uma consequência do desenvolvimento e interacção social, o que pressupõe que a qualidade desta primeira interacção é vital quer para o desenvolvimento social quer para o desenvolvimento cognitivo.

As investigações sobre interacção mãe-bebé demonstraram a existência de padrões perfeitos de tomada de vez, mesmo quando reconhecem a assimetria dos papéis da mãe e do bebé. Assim, parece de facto existir um ajuste perfeito entre as características do mundo às quais os bebés são sensíveis e que procuram e a natureza do contacto humano que o bebé habitualmente encontra, o que leva Murray (1991) a propôr a ideia de que experiências repetidas de intersubjectividade do bebé, realizadas na resposta que obtém da sua mãe, fornecem-lhe a capacidade de representação em que ele próprio e o outro acabam por ser percebidos como diferentes, desenvolvendo-se uma representação coerente de si próprio e do outro. Também Bion (1962), citado por este mesmo autor, considera que o desenvolvimento conceptual e o reconhecimento da distinção entre o sujeito e o objecto está relacionada com a experiência emocional de satisfação e, em particular, à ligação dos pré-conceitos e expectativas do bebé, com a sua realização no âmbito dos cuidados maternos.

Na perspectiva destes autores o papel da mãe é fundamental, não só porque deverá estar disponível para experienciar o próprio sentir do bebé, como porque deverá ter à sua disposição a resposta comportamental e afectiva para complementar o processo do bebé, mesmo quando este está numa situação de angústia ou agitação.

Esta complementaridade na interacção mãe-bebé fora já teorizada por Winnicot (1956/1969) com o conceito de "Preocupação Maternal Primária" a qual permite à mãe uma identificação à experiência do bebé e leva a subtis formas de ajustamento e antecipação das suas necessidades.

Um outro mecanismo importante no desenvolvimento social é referido por Lock (1978) citado por Frye (1989), quando afirma que os bebés se tornam seres sociais porque os adultos os tratam como tal, quer eles já o sejam ou não, e que é este tipo de idiossincrasia que promove o próprio desenvolvimento social dos bebés. E nesta perspectiva o mundo social é, de facto, radicalmente diferente do mundo físico, já que só os adultos podem ter expectativas sobre o que é que o bebé vai ser e podem ajustar o seu comportamento com a criança de acordo com essas mesmas expectativas.

Esta diferença dá ênfase ao papel muito especial que a interacção social tem no desenvolvimento da criança e que as perspectivas teóricas que até aqui abordámos enfatizam de forma particular.

Deixaremos para o segundo capítulo a abordagem de alguns conceitos chave do processo de interacção mãe-bebé, continuando agora com o percurso de desenvolvimento psico-social durante o primeiro ano de vida.

3 - Etapas de desenvolvimento no primeiro ano de vida

Abordaremos agora as diferentes etapas que têm sido encaradas por alguns dos autores que, no âmbito da psicologia do desenvolvimento, se têm debruçado sobre o comportamento e desenvolvimento social do bebé. Embora os períodos considerados não sejam totalmente coincidentes, pareceu-nos haver um paralelismo entre todos que merece, a nosso ver, ser evidenciado por este tipo de apresentação.

3.1 - O Período de Regulação Inicial

Há algumas décadas atrás, o recém-nascido era considerado como um ser incompetente, desorganizado, caótico e passivo, que alguns consideravam poder ser totalmente moldado pelo ambiente. Esta visão foi profundamente alterada pelos estudos sobre as suas competências precoces, de que os trabalhos de Tom Bower (1977/1983), e entre nós os de Gomes Pedro (1985), fornecem um resumo exaustivo. Acredita-se agora que "o recém-nascido é, de facto, uma criatura competente. Tem um sistema de percepção a funcionar, algumas capacidades

motoras e um repertório de comportamentos sociais verdadeiramente espantoso... Além disso, um recém-nascido pode aprender com muita eficácia. Imediatamente após o parto, todas estas capacidades são utilizadas..." (Bower, op. cit., p. 27).

As pesquisas da equipa formada por Brazelton e seus colaboradores têm tido como objectivo o estudo da estrutura comunicativa da díade nos primeiros meses de vida e alguns dos seus trabalhos merecem-nos referência especial. Estes investigadores utilizam quase sempre a comunicação face-a-face porque, confrontando esta situação com a de alimentação ou interacção livre com utilização de objectos, consideram "ser a situação face-a-face a que envolve maiores requisitos comunicativos, colocando as maiores exigências nas competências comunicativas dos dois intervenientes" (Brazelton, Tronick, Adamson, Als & Wise, 1975, p. 138).

Mais do que a análise de comportamentos isolados, estes autores têm-se preocupado em encontrar conjuntos de comportamentos que assumam um significado de comunicação. "Tornou-se importante atribuir um significado intencional a cada comportamento ou conjunto de comportamentos, baseado no contexto em que ocorrem e o resultado que obtiveram na sequência interactiva" (Brazelton, Koslowsky & Main, 1974, p. 69). Nesta mesma obra, apresentam um estudo do comportamento interactivo em que registam os períodos de fixação/desvio do olhar, encontrando os seguintes períodos: iniciação, orientação, estado de atenção, aceleração, pico de excitação, desaceleração e retirada.

Caracterizam a interacção mãe-bebé em termos de ciclos de atenção e afectividade, com o bebé participando no processo e alternando iniciação e retirada, e a mãe regulando o seu comportamento de modo a acompanhar os ciclos do seu bebé, podendo aparecer uma interacção sincronizada e mútua, ou, pelo contrário, a comunicação aparecer como desarmónica. Propõem a existência de cinco fases diádicas na comunicação do bebé com o seu parceiro interactivo em situação face-a-face: iniciação (com comportamentos motores ou vocálicos para atrair a atenção do outro elemento), orientação mútua (que acontece quando o outro parceiro responde à iniciação), saudação (com sorrisos e expressões faciais particulares), brincadeira e diálogo (com vocalizações continuas e por vezes simultâneas) e retirada (com desvio do olhar ou da cabeça) (Brazelton, Tronick, Adamson, Als & Wise, 1975).

Parece-nos também de extrema importância a ênfase posta por esta equipa de investigação no carácter diádico e global desta interacção que os leva a afirmar: "Chegámos à conclusão que comparar qualquer comportamento de um dos elementos da díade com outro do outro elemento, se torna demasiado estático para ter qualquer significado, porque cada comportamento é parte de um conjunto de

comportamentos que interage com o conjunto de comportamentos do outro elemento. Nenhum comportamento específico pode ser separado desse conjunto e isolado da sua sequência, sem perder o seu significado. Mais, só utilizando grupos desses comportamentos é que conseguiremos perceber o significado comunicativo" (Als, Tronick & Brazelton, 1979, p. 33).

A importância dos trabalhos que temos vindo a referir no estudo e avaliação das competência interactivas do recém-nascido, têm sido, entre nós, salientada por Gomes-Pedro (1985) quando afirma: "Brazelton conceptualizou e conseguiu reunir num constructo organizado as várias noções parcelares relativas às múltiplas capacidades estruturais do recém-nascido, tendo conseguido criar uma forma prática de as avaliar; neste sentido ele faz sobretudo sobressair a dinâmica do comportamento interactivo que é a condição básica para a integração social e afectiva do recém-nascido" (Gomes-Pedro, op. cit., p. 37).

O processo de adaptação e interacção mãe-bebé, nestes primeiros dois meses de vida é visto por Brazelton e Cramer (1989/1993) como uma progressiva aquisição, por parte de bebé, do "Controlo Homeostático", entendido como a aprendizagem do controlo dos seus sistemas de captação e produção de energia que implica o domínio da actividade motora, dos seis estados de consciência (sono profundo, sono activo, estado de sonolência, estado de alerta activo, estado de alerta irritado, choro) e das reacções autónomas e é indispensável para que uma criança possa dar atenção a um estímulo proveniente de um adulto. É este controlo, que consideram dar-se habitualmente nos primeiros dez dias de vida, que vai permitir ao bebé defender-se de uma informação exagerada proveniente do adulto ou do ambiente inanimado.

No decorrer do primeiro mês o bebé que já cumpriu as tarefas acima mencionadas vai desenvolver as suas capacidades de comunicação e interacção social, entrando num segundo estádio (que estes autores consideram iniciar-se logo após a primeira semana e atingir o seu auge no final do segundo mês), a que chamam "Prolonga-mento da Atenção e da Interacção" em que o bebé vai fazer a aprendizagem da utilização dos estímulos sociais para prolongar os seus estados de atenção, utilizando as suas capacidades - sorriso, vocalização, comportamento facial e motor - para manter um processo de comunicação e aprendendo também a adaptar-se às tomadas de vez de uma relação sincronizada.

O trabalho de Sander (1969) parece-nos de certa forma percursor neste aspecto. Já nesta data o autor considerava a existência de um primeiro período de "Regulação Inicial", durante o qual o bebé consegue habitualmente adquirir um ritmo estável nos estados de alerta e sono e nos processos biológicos de alimentação e eliminação, o

que permite que as mães adquiram confiança nas suas capacidades maternais relativamente ao conhecimento das necessidades do bebé e à forma de lhes responder adequada e atempadamente. Numa investigação relatada posteriormente, Sander (1989) conclui que nos primeiros dez dias de vida se estabelece um padrão de regulação apreciável entre um bebé específico e a pessoa particular que dele se ocupa, na base das diferenças individuais de ritmos do bebé e das diferenças nos cuidados que lhe são prestados. Do ponto de vista interactivo, nomeadamente com o aparecimento do sorriso, começa a ser possível diferenciar as formas preferenciais de interacção e responsividade da mãe e do bebé.

Vários outros autores encaram estes dois primeiros meses de vida como um período de regulação mãe-bebé, embora perspectivem de forma diferente a contribuição de cada um e o significado da própria regulação.

Assim, Greenspan e Lieberman (1989), encaram como uma das primeiras tarefas do bebé conseguir adaptar-se ao ambiente externo de forma a manter o equilíbrio interno. Chamam a estes primeiros tempos o "Período de Homeostase" que definem como a "capacidade de (o bebé), a partir de estímulos recebidos através das diferentes modalidades sensoriais, organizar as experiências internas de forma adequada do ponto de vista desenvolvimental, que lhe vai permitir a iniciação de relações interpessoais e o interesse pelo mundo" (p. 508).
O estabelecimento da previsibilidade dos processos biológicos básicos - padrões de sono e de alimentação - é considerado por Schaffer (1984), citado por Bremner (1988), a principal tarefa do bebé neste primeiro período. Do ponto de vista interactivo, este autor considera limitadas as contribuições do bebé afirmando: "... desde o nascimento que o comportamento do bebé está organizado no tempo e a periodicidade encontrada é, na sua maior parte, dependente de microritmos ou macroritmos regulados de forma centralizada... Inicialmente são regulados internamente, mas logo após o nascimento ligam-se a acontecimentos externos particularmente aos cuidados prestados pela mãe" (Schaffer, 1977 b, p. 9).

Posição um pouco diferente têm Murray (1988) e Trevarthen (1990), que descrevem o processo interactivo chamando a atenção para uma das características principais do recém-nascido: a sua sensibilidade e preferência precoce pelas pessoas: "As qualidades e competências do recém-nascido - atracção pelos humanos, pela expressão das suas qualidades pessoais, a rápida preferência por aqueles que tomam conta deles - indicam uma adaptação ao envolvimento humano desde o nascimento. Para além disso, a capacidade do recém-nascido para procurar activamente e depois regular o que lhe vem do ambiente, significa que para além da contribuição feita pela própria motivação da mãe, que a põe numa relação

interpessoal com o seu bebé, o próprio recém-nascido tem um papel activo no contacto e experiência que provoca com as outras pessoas" (Murray, 1988, p. 168).

Salientando a importância desta regulação inicial, Sroufe (1989, p. 75) afirma: "A regulação fisiológica pode ser considerada como o protótipo da posterior regulação psicológica que é caracterizada por sequências coordenadas de interacções comportamentais".

Em alguns dos seus trabalhos empíricos, Stern (1974) e Stern, Beebe, Jaffe e Bennet (1977) debruçaram-se sobre as características da interacção da mãe e do bebé no que respeita aos comportamentos faciais, vocais e de olhar. Num outro trabalho de Stern (1977/1980), os resultados destes estudos são englobados num sólido constructo teórico, falando-nos este autor dos repertórios interactivos da mãe e do bebé, e analisando a forma como ambos utilizam as expressões faciais, as vocalizações e o olhar fixo para desencadear a atenção do outro e assegurar a manutenção da interacção. Só mais recentemente (1989/1992) este autor se preocupou em propôr um esquema organizativo que desse conta da forma como o bebé evolui no seu desenvolvimento ao longo dos dois primeiros anos de vida. Fá-lo no entanto de forma muito diferente da dos autores anteriormente focados, já que faz da experiência subjectiva do bebé e desenvolvimento do self o objecto do seu estudo. No período que até aqui considerámos Stern (1989/1993) considera que, apesar da grande maioria do tempo que a mãe passa com o bebé ser para lhe estabilizar os ritmos biológicos, tudo isto é feito no seio de uma interacção social, pelo que o bebé está no domínio emergente da relação e que, nesse sentido, há um "Self Emergente" que procura integrar os afectos, percepções, acontecimentos sensório-motores, lembranças e outras cognições, provenientes das várias experiências interactivas do bebé.

Esta capacidade de regulação que envolve, como vimos, a capacidade de regular estados de alerta e exploração do mundo exterior, formar ciclos básicos de alimentação, sono e vigília, organizar as experiências internas e externas, criar habituação aos estímulos, organizar padrões de resposta - incluindo coordenações sensório-motoras - e integrar várias modalidades de respostas em padrões mais complexos de comportamento, funciona assim para todos estes autores como uma ferramenta adaptativa em duas dimensões: na regulação intra-individual e na regulação com o mundo humano que rodeia o bebé.

O estabelecimento de comportamentos previsíveis por parte do bebé e a resposta consistente a esses mesmos comportamentos por parte da mãe, parecem ser, para todos os autores citados, a principal tarefa da díade neste período. É a esta tarefa que Gomes-Pedro (1985, p. 57) se refere ao afirmar: "Cada bebé tem sensibilidades

bem individualizadas e responde, diferentemente a estímulos iguais... A primeira tarefa dos pais durante o período do recém-nascido é descobrir as sensibilidades específicas do seu bebé... A satisfação interior do bebé traduzida no seu comportamento facial, no seu sorriso, no seu estádio de alerta e sobretudo na forma como proporciona a interacção, faz com que as suas respostas sejam aceites como positivas, desencadeando sucessivamente novos tipos de estimulação".

3.2 - O Período de Envolvimento Interpessoal

Citamos novamente Stern (1989/1992) para introduzir uma nova etapa no desenvolvimento do bebé. É este autor que refere a idade dos dois meses como sendo "uma fronteira quase tão clara como o nascimento ... (os bebés) começam a focalizar o olhar... a sorrir mais frequentemente e também responsiva e contagiantemente... Começam a vocalizar... As estratégias para prestar atenção ao mundo mudam... os padrões motores amadurecem... Os electroencefalogramas revelam mudanças maiores... O meio hormonal diurno estabiliza-se, juntamente com os ciclos de sono e actividade..." (Stern, op. cit., p. 33).
É de facto à volta dessa idade - entre os dois e os três meses - que os vários autores que temos vindo a citar consideram iniciar-se um novo período na sequência de desenvolvimento do bebé. As primeiras mudanças dão-se no início do terceiro mês de vida quando o bebé permanece mais tempo acordado, sobretudo de dia, e que a qualidade do seu estado de alerta muda, sendo por isso utilizado para aumentar a actividade exploratória sobre as pessoas e os objectos. Emde (1989) refere que algumas mudanças afectivas como o contacto visual prolongado, o sorriso social e a vocalização social, precedem esta viragem, tornando-se nesta altura o bebé uma enorme fonte de prazer para os seus pais.

Fase do "Despertar da Sociabilidade (Emde, 1989), de "Troca Recíproca (Sander, 1969), de "Envolvimento Interpessoal" (Schaffer, 1984, citado por Bremner, 1988) ou de "Intersubjectividade Primária" (Trevarthen, 1979), há unanimidade que, nesta etapa e até cerca dos cinco meses, o bebé atravessa um período intensamente social, marcado por inúmeros jogos interactivos envolvendo actividades motoras, sorrisos e vocalizações mútuas. As sequências interactivas deste período culminam habitualmente com episódios de grande prazer, reforçando na mãe os sentimentos de competência nas suas capacidades de estar bem com um bebé que se sente bem com ela. Para o bebé, estes episódios de partilha e reciprocidade de afecto ficam também associados à reciprocidade na interacção com a sua mãe, criando uma reserva de sentimentos de afecto positivo que serão coordenados com a posterior representação da figura materna (Sander, 1969).

Alguns trabalhos empíricos, utilizando paradigmas experimentais que alteram os processos de comunicação mãe-bebé - interrupção, still-face ou comunicação fora do tempo - provam que o bebé a partir das seis semanas, tem, nestas situações, comportamentos muito diferentes dos que assume na interacção comunicativa normal, e também diferentes consoante as alterações ao processo comunicativo que forem experimentalmente introduzidas, concluindo que se o bebé não obtém do seu ambiente a resposta apropriada, tentará evitar a interacção e refugiar-se em experiências que ele próprio pode controlar sozinho. Murray (1991) relaciona os resultados destes trabalhos com o modelo da intersubjectividade desenvolvido por Braten (1987) e refere: "...Quando as respostas do ambiente se ajustam ou aproximam das expectativas do bebé... a representação que este faz de si próprio e do outro será principalmente regulada por acontecimentos objectivos... À medida que aumenta a distância entre as necessidades do bebé e as respostas do ambiente, a experiência do bebé relativamente ao outro será empobrecida e diminuída e a representação de si próprio relativamente ao ambiente será cada vez mais função da sua realidade interna" (Murray, op. cit., p. 225).
Posição idêntica assume Trevarthen (1990) que atribui ao bebé grandes competências no domínio interactivo, nomeadamente para iniciar e terminar a interacção, regulando o seu próprio estado de excitação e envolvimento interactivo. As interacções deste período são caracterizadas por uma "Intersubjectividade Primária" (Trevarthen, 1979) e a interacção assume uma característica comunicativa, em que os dois interlocutores parecem experimentar um estado de espírito comum.

Apesar dos trabalhos de muitos autores (Brazelton, Koslowsky & Main, 1974 e Stern, 1974) descreverem a coordenação das tomadas de vez e das interacções neste período, Sroufe (1989), baseando-se na investigação de Hayes (1984) considera que há grande assíncronia, já que é fundamentalmente a responsividade da mãe que cria uma ilusão de reciprocidade: a mãe tece um sistema organizado de sequências de comportamentos coordenados em que o bebé pode participar desde que ela mantenha a sequência habitualmente repetida: o bebé não pode, no entanto responder a mudanças no comportamento da mãe na medida em que a sequência interactiva não está ainda interiormente representada.

Na mesma linha, e baseando-se também em dados empíricos, Tronick, Als e Brazelton (1980), citados por Frye (1989) e de Cohn e Tronick (1987) contestam a precocidade que Murray e Trevarthen, no conjunto da sua obra, atribuem ao bebé, embora continuem a considerá-lo muito competente nas trocas interactivas. Atribuem à mãe um papel de grande relevo, na medida em que é ela que fornece o enquadramento à reacção do bebé, sendo as mudanças do seu estado afectivo as

principais responsáveis pelas mudanças no estado afectivo do bebé, durante o primeiro semestre de vida.

Nesta fase o bebé parece fazer uma aprendizagem da sintonização com o outro através da emissão e captação de sinais, levando ao máximo as suas capacidades de captar e reagir às informações externas, de se retirar da interacção e retomá-la, mantendo o seu controlo interno, sem portanto perder a homeostase, para, cerca dos quatro meses e meio se iniciar uma outra fase - "Aparecimento da Autonomia" - em que o bebé faz a aprendizagem das suas capacidades de liderança da interacção (que interrompe e reinicia), das suas competências e controlo do ambiente, nomeadamente controlo da presença/afastamento e atenção dos pais, através da emissão de apelos reconhecíveis (Brazelton & Cramer, 1989/1993).

Embora se coloque numa perspectiva cognitivista, Schaffer (1984) citado por Bremner (1988) considera também este como um período intensamente social. Do lado do bebé, assiste-se a um desenvolvimento dos mecanismos perceptivos que lhe permitem a focalização da atenção no mundo exterior, nomeadamente no que respeita às pessoas, com quem estabelecem frequentemente contacto visual prolongado, parecendo que neste período a sua preocupação fundamental é conhecer os adultos que o rodeiam. Os adultos consideram os períodos de contacto visual como episódios interactivos, assistindo-se a jogos vocálicos com tomada de vez, embora o papel de liderança pertença ainda ao adulto.

É neste período que Greenspan (1981) situa o início da "Vinculação" em que o bebé demonstra um "investimento único no mundo animado, em oposição ao mundo inanimado... bem como diferenças individuais nos padrões de comunicação e afecto experienciados nas suas relações específicas de vinculação" (Greenspan, op. cit., p. 8).

Numa outra perspectiva e enfatizando a organização interpessoal do bebé nesta etapa, Stern (1989/1992) fala-nos da formação do self nuclear e refere: "... os bebés de dois a três meses parecem abordar o relacionar-se interpessoal com uma perspectiva organizadora que faz sentir como se agora existisse um sentido integrado deles próprios como corpos distintos e coerentes, com controlo sobre as suas próprias acções, posse da sua própria afectividade, um sentido de continuidade e um sentido das outras pessoas como interlocutores distintos e separados" (Stern, op. cit., p. 61). Este é o período em que se forma o "Self Nuclear". As interacções deste período não são acontecimentos puramente cognitivos. Têm fundamentalmente o objectivo de manter um nível óptimo de atenção que tenha uma tonalidade afectiva positiva. O seu fim é o a regulação do afecto e da excitação interactiva.

3.3 - A Curiosidade pelo Mundo dos Objectos

De uma fase que todos os autores são unânimes em considerar como intensamente social, e sem que o início de novos interesse faça desaparecer o prazer da interacção com os adultos significativos, a partir do final do primeiro semestre de vida o bebé vai evoluir, na terminologia de Trevarthen (1990), para um período em que o seu interesse é para experimentar um ambiente mais vasto.

Na altura em que a sua acuidade visual se aproxima do padrão da dos adultos, que as suas capacidades de preensão se tornam mais eficazes, o bebé aparece cada vez mais atraído pelos objectos à sua volta, mantendo-se no entanto, enquanto não for autónomo do ponto de vista motor, dependente da mãe para realizar os seus desejos de novas experiências.

Com anteriormente focámos, Piaget refere que é nesta etapa de desenvolvimento, que o bebé adquire a permanência do objecto, o que lhe permite uma maior descentração e diferenciação do mundo.

Conh e Tronick (1987) falam, neste período, da mudança para uma brincadeira com a mãe e o objecto que substitui a anterior atenção social à mãe. As mães apercebem-se espontaneamente dessa mudança e introduzem brinquedos na sua interacção, ou, mesmo que não utilizem um objecto como foco de uma atenção partilhada, introduzem um referente comum, que é frequentemente uma parte do seu próprio corpo (mãos ou dedos, por ex.). Jogos "pessoa-a-pessoa" com o corpo da mãe, com o agarrar de cabelos e dedos, mordidelas no queixo e no nariz são, também, característicos desta fase, sendo progressivamente elaborados em rotinas, rimas e gracinhas convencionais que as mães ensinam aos seus bebés, fazendo uso das novas capacidades de imitação que o bebé demostra. As interacções são nesta altura mais animadas, mais variadas e num ritmo mais rápido, mantendo-se, com o "acordo" de ambos os intervenientes durante mais tempo (Murray, 1988).

Se inicialmente o interesse do bebé é mutuamente exclusivo - ou dá atenção aos objectos, manifestando condutas de exploração e manipulação ou procura interagir com a outra pessoa - progressivamente, vai integrar pessoas e objectos em actividades/jogos pessoa-pessoa-objecto em que o interesse é sobretudo o uso e animação que a mãe introduz no brinquedo, mantendo a sua sensibilidade relativamente às orientações e expressão emocional da criança (Trevarthen, 1990).

É este maior controlo na manipulação dos objectos, coincidente com uma viragem da atenção do bebé, que caracteriza o comportamento da criança no período dos cinco aos sete meses a que Schaffer (1984) citado por Bremner (1988), chama "Partilha de Tópicos". "Os bebés têm interesse quer nas pessoas quer nos objectos, mas são incapazes de coordenar estes interesses porque as suas capacidades nestas duas áreas se desenvolvem separadamente até atingirem um determinado nível de maturidade" (Bremner, op. cit., p. 196). Dada esta incapacidade que o bebé manifesta em alternar a sua atenção entre as pessoas e os objectos, as mães, baseiam, neste período, as suas interacções à volta de brinquedos, procurando partilhar o interesse manifestado pelo bebé, seguindo o seu olhar ou atraindo a sua atenção, apontando e colocando brinquedos ao seu alcance. No entanto, o bebé que quer um brinquedo que está fora do seu alcance, não é ainda capaz de olhar para a mãe para lhe dirigir a atenção para o que quer, gesticulando apenas em direcção ao objecto. As respostas do bebé aos objectos, não, estão nesta fase, integradas com as respostas relativas às pessoas (Brazelton, Koslowsky & Main, 1974).

Na sequência de desenvolvimento proposta por Sander (1969) este autor fala do aparecimento de um número significativo de iniciativas por parte do bebé quer dirigidas à mãe e elicitando respostas interactivas, quer afastando-se dela com actividades de exploração que mostram à mãe as preferências específicas e individuais do seu filho. Sander chama a este período "Iniciativa" e considera que abrange as idades dos seis aos nove meses.

O bebé é, neste terceiro trimestre de vida, capaz de iniciar actividades semelhantes às que, no período anterior, foram organizadas pela sua mãe, assumindo um papel mais activo e criativo, podendo falar-se agora de real reciprocidade, já que se assiste por parte do bebé a um aumento da intencionalidade e ao aparecimento de comportamentos dirigidos a um objectivo, marcando o aparecimento de uma organização interna da experiência (Sroufe, 1989).

Paralelamente a este despertar para o mundo exterior, inicia-se um processo psicológico semelhante à diferenciação meio-fim no domínio do desenvolvimento sensório-motor, a que Greenspan (1981) chama "Diferenciação Sómato Psicológica".

Progressivamente o bebé começa a ser capaz de:

Erro! Marcador não definido. diferenciar as várias pessoas com a correspondente ansiedade face ao estranho;

Erro! Marcador não definido. diferenciar diferentes estados sómato-psicológicos (fome, sono, necessidade de atenção e afecto, etc.);

Erro! Marcador não definido. diferenciar as várias modalidades de interacção e os vários estados afectivos das pessoas com quem interage.

A reciprocidade e contingência das respostas da mãe às iniciativas do bebé, serão garantes de harmonia, reforçando no bebé o sentimento de que leva a bom termo as actividades iniciadas, quer estas sejam no sentido de estabelecer com a mãe contacto e troca social, quer se destinem a actividades independentes visando a exploração.

Também no mundo interno dos bebés há mudanças significativas nesta idade em que surge o "Self Subjectivo": "Os bebés têm agora uma nova perspectiva subjectiva organizadora em relação à sua vida social... O eu e os outros agora incluem estados subjectivos ou internos da experiência, além dos comportamentos manifestos e sensações directas que marcavam o eu e o outro nuclear... A capacidade de se relacionar... é do domínio do relacionar-se intersubjectivo..." (Stern, 1989/1993, p. 112).

São todas estas modificações que levam Sroufe (1989) a considerar que, a organização interactiva do passado, se transforma, no terceiro trimestre de vida, numa autêntica relação.

3.4 - A Integração Plena do Mundo Social e do Mundo Inanimado

O último trimestre do primeiro ano de vida, marca novamente uma viragem no comportamento do bebé, dando-se aqui a verdadeira distinção entre o eu, os objectos do mundo físico e os elementos do mundo social, havendo a partir desta altura a interpenetração do mundo físico com o mundo social e sendo inclusivamente possível o emprego de objectos nas trocas interpessoais.

Parece de facto ser apenas a partir dessa idade que o bebé percebe o outro como independente dele, com sentimentos e emoções distintas, o que uma vez mais altera o tipo de interacção interpessoal que estabelece. Trevarthen (1990) caracteriza este tipo de relação pela intersubjectividade secundária que define como a partilha voluntária de experiências relativamente a acontecimentos e pessoas envolvendo assim uma interacção intencional entre a mãe e o bebé relativamente a um tópico fora da díade. Nesta fase, a que o autor chama "Partilha Intersubjectiva e Cooperativa do Mundo" o bebé consegue integrar pessoas e objectos numa mesma brincadeira, olhando e apontando para a mãe e para o objecto para dirigir a acção desta em relação a um objecto, sendo a entoação das suas vocalizações também regulada com o mesmo sentido instrumental (Hubley & Trevarthen, 1979 e Halliday,

1975, citados por Murray, 1988). Começa também a haver reciprocidade no jogo social (cucu, por ex.), bem como um maior interesse nas acções da mãe relativamente aos objectos, sendo mais fácil que o bebé aceda aos pedidos da mãe e demonstre uma nova capacidade de cooperação mais longa e bem sucedida.

Alguns trabalhos empíricos merecem-nos particular atenção pela importância das suas conclusões para o aprofundamento das características deste período e é nesse sentido que a eles faremos agora referência.

Com o objectivo de estudar quais as actividades da mãe que antecipam e respondem a mudanças do desenvolvimento da criança, Hodapp, Goldfield e Boyatzis (1984), observam a interacção diádica com bebés dos oito aos dezasseis meses em actividades de jogo estruturado envolvendo o bebé, a mãe e alguns objectos, provando que há nítidas mudanças na preparação da situação e forma de focalizar a atenção do bebé, ao longo do desenvolvimento deste. Comparando a idade em que os bebés adquirem comportamentos de jogo recíproco (bebé, mãe, objecto) em contexto socialmente significativo (brincadeira com a mãe) e em situação de interacção não contextualizada (provas da bateria de Ugziris & Hunt), concluem que na primeira situação há uma precocidade que chega a ser de dois meses.

O trabalho experimental de Frye, Rawling, Moore e Meyers (1983), citado por Frye (1989), veio clarificar as competências do bebé na distinção entre as pessoas e os objectos. Controlando a actividade/não actividade das pessoas e dos objectos, verificaram que aos três meses, os bebés só reagiam diferentemente à actividade ou passividade, quer das pessoas quer dos objectos e que só a partir dos dez meses é que os bebés tinham reacções diferentes com uns e com outros independentemente da sua passividade ou actividade.

Citamos em último lugar os trabalhos recentes de Mosier e Rogoff (1994), que estudaram o uso instrumental que o bebé faz da sua mãe para atingir um fim relativamente a um objecto, com bebés entre os seis e os treze meses. Embora tenham encontrado comportamentos de intenção instrumental e comunicação convencional logo aos seis meses, o aumento significativo deu-se a partir dos dez meses, embora com formas de comunicação sobretudo gestuais.

As reacções perante os estranhos, a aflição perante a ausência da mãe são outros tantos sinais de que o bebé se tornou mais consciente de si próprio como independente dos outros, mas que mantém a sua dependência emocional da mãe. É sobretudo neste sentido que Sander (1969), caracteriza este período a que chama "Focalização", pelo papel, assumido pela mãe como base segura a partir da qual o

bebé pode partir para a exploração de um mundo que o atrai e excita a sua curiosidade. De facto, as capacidades de locomoção habitualmente conseguidas pelo bebé neste período permitem-lhe tomar iniciativas cada vez mais amplas e simultaneamente aferir em que medida a mãe está disponível para atender aos seus desejos, nos vários contextos em que eles venham a ser expressos e que lhes dão significado específico.

Uma nova aquisição do bebé nesta altura, que demonstra bem a consciência que tem da sua relação com os outros, é a sua capacidade de interpretar e incorporar as atitudes e intenções do outro para definir a sua própria experiência. A este fenómeno Campos e Sternberg (1981) e Emde, Klingman, Reich e Wade (1978), citados por Murray (1988) chamaram referenciação social, que definem como a procura, por parte do bebé, de informação emocional de um elemento significativo, para resolver uma situação de insegurança e regular o seu próprio comportamento. Para este autor, o aparecimento destes comportamentos, logo no primeiro ano de vida, é uma prova de que o desenvolvimento ocorre num contexto social e de que a espécie humana tem uma interdependência social fundamental, já que desde muito cedo existe uma partilha de significados.

Outros autores, Shields (1972) e Vygotsky (1962), referidos por Stern (1989/1992) e Newson (1977), chamam a atenção para a nova atitude da mãe neste período: a interpretação sistemática com conteúdo socialmente significativo que esta faz dos actos do bebé. Bruner (1978), citado por Hoddap, Goldfield e Boyatzis (1984), introduz a noção de "Scaffolding", para significar a estrutura criada pelo adulto para promover a aquisição de competências relacionadas com a atenção e acção conjuntas. É esta atitude do adulto que permite que o bebé enriqueça a sua experiência e construa uma ponte entre o seu mundo pessoal e um mundo social mais vasto (Stern, 1989/1992 e Murray, 1988).

Estas mesmas noções são abordadas por Stern (op. cit.), ao caracterizar o período do "Self Subjectivo" através de comportamentos de:

Erro! Marcador não definido. partilha do foco de atenção, em que para além de apontar e seguir o olhar o bebé se assegura, voltando a olhar para a mãe, que esta está atenta ao mesmo objecto;

Erro! Marcador não definido. partilha da intenção comunicativa, através de formas gestuais e vocais usadas sobretudo para solicitar algo da mãe;

Erro! Marcador não definido. partilha de estados afectivos, em que o bebé procura conferir no rosto e expressão da mãe, congruência com o seu próprio estado afectivo.

A forma de relação a que este autor chama intersubjectiva, é confrontada com as interacções fantasmáticas dos psicanalistas da escola Francesa e Suíça (Mazet, 1993), e com a posição de Trevarthen (1979) para quem a intersubjectividade, na sua forma primária, mais referida a uma interintencionalidade do que a uma interafectividade, é uma capacidade presente desde os primeiros meses de vida.

À reorganização dos mecanismos de cognição social do bebé nesta fase, que relaciona com a capacidade de representação mental do objecto desaparecido e a nova capacidade de coordenar acontecimentos separados no espaço e no tempo é dada por Schaffer (1971), especial importância . No que se refere à relação social, este autor salienta a importância dos mecanismos anteriormente adquiridos, de reconhecimento da mãe na sua presença e da possibilidade que o bebé agora tem de a lembrar quando está ausente. Considera que é somente neste período, a partir dos oito meses, que se estabelece a "Simetria na Interacção" em que pela primeira vez o bebé tem um papel de igualdade na interacção social (Bremner, 1988). Os mecanismos de descentração permitem ao bebé ter em conta as acções dos outros, sendo assim possível que compreendam a interacção social como uma sequência coordenada em que cada parceiro tem um papel activo que pode inclusivamente ser trocado. Aumentam as suas capacidades de compreender a intencionalidade dos seus actos assim como dos actos dos outros, modificando as suas acções no sentido de obterem os efeitos desejados. Conseguem também associar objectos a situações sociais e assim manter "interacções acerca dos objectos".

A internalização dos processos de comportamento assume neste período importância fundamental e é esta internalização que caracteriza o que Greenspan e Lieberman (1989) chamam "Organização do Comportamento, Iniciativa e Originalidade". A partir dos nove meses há um aumento dos comportamentos de iniciativa, bem como o aparecimento de sistemas emocionais de afiliação, medo, prudência, curiosidade e exploração, conseguindo o bebé combinar vários esquemas em novos comportamentos que são orientados para um fim. O aumento das capacidades de imitação vai também facilitar comportamentos exploratórios a partir da figura de vinculação. Os comportamentos aparecem agora de forma original pela combinação de esquemas e padrões cada vez mais complexos.

Há uma interdependência entre as novas capacidades de iniciativa e de organização do comportamento e as suas capacidades de internalização: as primeiras são enriquecidas e simultaneamente favorecem a internalização. O bebé torna-se cada vez mais competente no processo de comunicação interpessoal, nomeadamente nos processos de comunicação à distância, precursores da representação mental organizada.

Neste momento do processo de desenvolvimento parece-nos indispensável referir a teoria da vinculação de Bowlby e, posteriormente, alguns trabalhos experimentais dela decorrentes.

Na sua obra de 1973, Bowlby faz a revisão da teoria de ansiedade e dos conceitos de mundo interno de Freud e propõe a ideia de que a interacção que o bebé estabelece com a sua mãe é a matriz a partir da qual vai construir, a partir dos oito- - nove meses de vida, por um processo de internalização destas transacções diádicas, modelos de funcionamento interno, complementares, de si próprio e dos outros, nomeadamente das figuras de vinculação. A função destes modelos é "interpretar e antecipar o comportamento do parceiro, assim como planificar ou guiar o seu próprio comportamento na relação" (Bretherton, 1990, p. 239), pelo que o tipo de modelo que o bebé vai construir tem grande importância nas suas relações interpessoais futuras. Explica a estabilidade dos modelos de funcionamento interno e a sua distorção, através de teorias de processamento da informação. A estabilidade é explicada pela inacessibilidade à consciência dos padrões de interacção que se tornaram habituais e pelas expectativas recíprocas dos parceiros interactivos. A distorção dos modelos, com a consequente inadequação, é explicada por mecanismos de exclusão defensiva da informação.

Sroufe (1989) considera que só nesta fase se assiste ao aparecimento do self. Considera que o modelo de funcionamento de que Bowlby fala, deve ser descrito em termos de modelo de relação e não de self, já que as expectativas do bebé relativamente às suas próprias acções continuam relacionadas com a resposta que a mãe lhes dá, e que, em situações de stress, o seu comportamento só se organiza com a ajuda desta.

Os trabalhos de Ainsworth - Infancy in Uganda e Baltimore Project - constituem os primeiros suportes empíricos da teoria da vinculação de Bowlby. Partindo do estudo exaustivo da sensibilidade com que as mães descreviam os comportamentos de aproximação e afastamento dos seus filhos, a partir de dados de uma entrevista, Ainsworth (1968) citada por Bretherton (1992) formula a hipótese que os padrões de interacção ou de comunicação da díade e os modelos de funcionamento interno do bebé são complementares. A qualidade de vinculação mãe-bebé foi definida empiricamente por Ainsworth e seus colaboradores, citados por Crockenberg (1981) em termos da capacidade do bebé usar a mãe como uma base segura a partir da qual pode explorar ou procurar conforto em situações de angústia.

Na sua sequência muitos autores, entre os quais Belsky, Rovine e Taylor (1984, Isabella, Belsky e Von Eye (1989), Isabella e Belsky (1991) e Murray (1991), relacionaram as qualidades de sensibilidade materna e os padrões de vinculação

avaliados através da situação laboratorial criada por este autor - The Strange Situation de Ainsworth e Wittig (1969) - encontrando evidência de que o comportamento do bebé nos episódios de separação e reunião está correlacionado com os padrões interactivos da díade nos primeiros meses de vida, nomeadamente com a sensibilidade e disponibilidade emocional da mãe para atender e responder aos sinais e pedidos do bebé. "As mães dos bebés considerados seguros nos seus padrões de vinculação, são mais responsivas ao choro dos bebés, pegam-lhes de forma mais terna e cuidadosa, ajustam o seu ritmo de forma mais contingente na interacção face-a-face e demonstram maior sensibilidade ao iniciar e terminar a alimentação. Os bebés parecem aprender o que esperar do mundo através das experiências que têm com a pessoa que deles trata. Quando estas experiências incluem sensibilidade e responsividade às suas pistas, os bebés desenvolvem expectativas que os adultos continuarão da mesma forma" (Crockenberg, 1981, p. 857).

Se uma grande parte dos trabalhos empíricos cuja fundamentação teórica assenta na teoria da vinculação, dá particular atenção às características do funcionamento interactivo das mães, parece-nos importante citar algumas investigações que enfatizam também o papel das características da criança.

O primeiro destes trabalhos, de Crockenberg (1981), pretende estudar a relação entre a irritabilidade do bebé (avaliada através da BNBAS no 5º e 10º dias de vida), a responsividade da mãe (avaliada por observação do seu comportamento aos três meses de vida numa situação de rotina), o suporte social da mãe (avaliado por entrevista aos três meses), e os padrões de vinculação (avaliados através da Strange Situation, aos doze meses). O autor conclui que é a adequação do suporte social que está consistentemente associada com o padrão de vinculação seguro e que a importância deste suporte é maior no caso de haver bebés com maior índice de irritabilidade; no entanto, os bebés com menor índice de irritabilidade desenvolvem menos padrões de vinculação inseguros, mesmo se as suas mães forem pouco responsivas.

O segundo, de Belsky, Rovine e Taylor (1984), relaciona os dados de observação da interacção em situação naturalista no primeiro, terceiro e nono mês, com a classificação do comportamento vinculativo na Strange Situation aos doze meses. Encontram correlações significativas entre o comportamento de sensibilidade da mãe e os padrões de vinculação, considerando que as mães com atitudes de hiperenvolvimento e hiperestimulação levam ao estabelecimento de padrões de vinculação ansiosos/evitantes, as que funcionam a um nível intermédio na interacção recíproca levam a padrões seguros e as que têm atitudes de hipoestimulação levam a padrões ansiosos/resistentes. Tentando distinguir os

efeitos do comportamento materno e do comportamento do bebé, verificam não haver qualquer relação entre o comportamento do bebé e a classificação da vinculação. Num trabalho anterior que citam, testaram a hipótese de que o temperamento do bebé, avaliado pelas mães através de um questionário de cinco dimensões comportamentais - actividade, leque de atenção, vigor, adaptabilidade e ritmo - está correlacionado com as classificações de vinculação, não encontrando diferenças significativas entre os três grupos no que respeita a essas dimensões. Encontram evidência de que o comportamento dos bebés considerados inseguros é mais difícil, e põem a hipótese de que sobretudo os bebés de risco elicitam comportamentos de hiper ou hipo-estimulação, podendo a sua influência na interacção ser maior, mas concluem que é o comportamento materno o principal responsável pelos padrões de vinculação.

Lewis e Feiring (1989) autores do terceiro trabalho que equaciona os factores da criança nos padrões de vinculação, definem a vinculação como o equilíbrio entre a procura de proximidade e necessidade de exploração. Analisando os resultados de anteriores investigações quanto à influência que algumas características das crianças - irritabilidade, sociabilidade e prazer no contacto próximo - podem ter na qualidade da interacção mãe-bebé, afectando portanto indirectamente a qualidade da vinculação, consideram que a sociabilidade das crianças (reflectindo uma predisposição para a procura da proximidade ou da orientação social) bem como o seu comportamento evitativo (reflectindo uma predisposição para a exploração), são duas características que vão afectar a qualidade da vinculação. No seu trabalho, estudam três características da criança (irritabilidade, sociabilidade e orientação para os objectos), a sua relação com o estilo interactivo materno (avaliado em função da iniciativa, responsividade e contacto próximo/distante) e ainda com a qualidade da vinculação e o comportamento evitativo das crianças aos 12 meses. Concluem que os bebés que aos três meses são menos sociáveis, por manifestarem maior orientação para os objectos, estavam menos focalizados nas suas mães e foram mais frequentemente classificados como evitantes, na situação de estranho. Não estando determinados os antecedentes da sociabilidade, verifica-se que algumas características diferenciais dos recém-nascidos podem relacionar-se com o comportamento social futuro (Brazelton, Robey & Collier, 1960, citados por Lewis & Feiring, 1989), mas também que o comportamento das mães, nomeadamente por utilização precoce de brinquedos, ou por hiperestimulação, pode produzir um bebé menos sociável, com consequências no padrão de vinculação futuro.

Num trabalho teórico em que faz uma análise crítica de alguns estudos empíricos, Sroufe (1985) confronta as duas perspectivas que avançam com explicações opostas para os resultados obtidos com a Strange Situation: o modelo que enfatiza

a influência do temperamento do bebé e o modelo que enfatiza a importância dos factores interactivos mãe-bebé. Considera que é este último modelo que mais se adequa aos constructos teóricos quer de Bowlby quer de Ainsworth e refere: "Os conceitos de vinculação e temperamento situam-se a níveis diferentes. Temperamento e vinculação, como foi definida por Bowlby e seus seguidores, são constructos fundamentalmente diferentes e a investigação guiada pela perspectiva da vinculação não pode ser assimilada ao constructo do temperamento. Os aspectos qualitativos das relações (organização diádica do comportamento), não podem ser simplesmente reduzidos a dimensões comportamentais individuais" (Sroufe, op. cit., p. 12).

É já no início do segundo ano de vida que se assiste ao aparecimento da fase a que Sander (1969) chama "Afirmação Pessoal". Nesta etapa assiste-se ao aumento da intencionalidade (a nível interno) e da mobilidade (a nível externo) e o bebé é cada vez mais capaz de alargar as suas iniciativas, determinando e seleccionando as suas actividades. Muitas delas irão contra as "regras" da mãe, alternando no entanto com momentos em que o objectivo do bebé é a troca e interacção com ela. A fim de manter o nível de reciprocidade e assegurar a formação de laços fortes de vinculação, a mãe deverá permitir e encorajar movimentos de separação e autonomização quer física quer psicológica por parte do bebé. Com efeito, tal como Sroufe (1989) salienta, "autonomia e vinculação não são opostos. A relação de vinculação fornece a base para a autonomia e o desenvolvimento da autonomia implica a transformação da relação de vinculação" (Sroufe, op. cit., p. 80).

Este período marca uma transição importante e a emergência do sentido de self como actor independente, capaz de prosseguir em direcção a um plano internamente estabelecido.

Chegámos ao final do primeiro ano de vida, e poderíamos retomar a citação de Montagu: "O que há de mais maravilhoso num bebé é a sua promessa e não a sua realização - a promessa que se concretizará sob determinadas circunstâncias". O bebé, no seio de uma interacção sensível e contingente actualizou muitas das competências com que nasceu, mas está ainda bem longe da afirmação de todas as suas potencialidades, para o que continuará a precisar de manter relações estáveis e gratificantes com as suas figuras de vinculação. "Tornou-se claro que a qualidade do relacionar-se - isto é a vinculação - vai além do vínculo inicial mãe-bebé e desenvolve-se por toda a infância, aplicando-se aos iguais assim como à mãe. De facto é uma questão para toda a vida" (Stern, 1989/1992, p. 168).
Do modelo transaccional que adoptámos desenvolvemos apenas, neste primeiro capítulo do trabalho, uma dimensão: o processo de desenvolvimento do bebé. Salientámos algumas das tarefas da mãe, mas muito ficou ainda por dizer

relativamente à interacção mãe-bebé que consideramos o cenário em que decorre todo o processo de desenvolvimento. Abordaremos no próximo capítulo as questões relacionadas com o processo interactivo, suas características, dimensões e formas de avaliação.

Capítulo 2

A interacção mãe-bebé: características e formas de avaliação

1. Introdução

Embora sempre enquadrado no seio da díade, até aqui focámos a nossa atenção no desenvolvimento do bebé. Mas ao longo deste primeiro ano de vida assistimos também a uma adaptação progressiva da sua mãe, indispensável para que o percurso do desenvolvimento decorra sem alterações significativas. A avaliação da díade implica sempre a análise da forma como o bebé está a cumprir os objectivos do desenvolvimento, mas também a forma como a mãe está a conseguir adaptar-se a um bebé que, em cada sucessiva idade, parece tão diferente mas que mantém uma continuidade pessoal e interactiva.

Se, durante a década de sessenta, assistimos a uma explosão de estudos sobre as competências precoces do bebé e sobre os comportamentos parentais espontâneos, encarados separadamente, foi a partir da década seguinte que a ênfase se deslocou para o estudo do processo interactivo da díade mãe-bebé.

Poderíamos de certa forma dizer que as potencialidades das novas tecnologias, nomeadamente com a filmagem e análise microanalítica de curtos episódios interactivos fascinou os investigadores desta matéria, de tal forma elevado é o número de trabalhos empíricos destes anos sobre interacção mãe-bebé. Arriscamo-nos até a questionar se, preocupados com o estudo exaustivo de dimensões muito parcelares do comportamento, alguns desses trabalhos não terão quase esquecido o seu significado em termos globais de interacção e adaptação mãe-bebé, subvalorizando por vezes a complexidade e intersubjectividade que caracteriza a própria dinâmica relacional.

Ao longo deste capítulo abordaremos os conceitos e dimensões interactivas que, no decorrer das últimas décadas mais frequentemente têm sido utilizadas pelos autores que anteriormente referimos, faremos uma breve análise histórica relativamente aos estudos sobre a interacção mãe-bebé, levantando algumas questões metodológicas sobre o assunto. No final, analisaremos em maior detalhe algumas das mais recentes escalas de avaliação da interacção mãe-bebé.

2. As dimensões do comportamento interactivo

Na revisão da literatura que fizemos sobre interacção mãe-bebé, tornou-se imediatamente evidente que os autores estudados, embora utilizando um vocabulário por vezes diferente para definir as características essenciais do processo interactivo, têm, sobre esse processo, modelos conceptuais semelhantes.

Assim, pareceu-nos interessante, nesta parte do trabalho, analisar detalhadamente alguns conceitos tal como foram originalmente apresentados pelos diversos autores em duas obras fundamentais, actualmente consideradas marcos históricos no estudo dos processos interactivos: "The Effect of the Infant on its Caregiver" editado em 1974 por Lewis e Rosenblum e "Studies on Mother-Infant Interaction", editado em 1977 por Schaffer. De facto, são estes mesmos conceitos que continuam subjacentes aos trabalhos teóricos e empíricos mais recentes a que faremos também uma breve referência e, quando operacionalmente definidos, como mais tarde veremos, é através deles que a maior parte dos autores avalia a qualidade da interacção mãe-bebé.

2.1 - Alguns conceitos chave do processo de interacção mãe-bebé

Spitz (1964), citado por Kaye (1977) e Barnard e Kelly (1990) fala de interacção como um *diálogo primário* composto por ciclos de acção - trocas mútuas entre a mãe e o bebé, que tomam a forma de um vai e vem de acções e reacções entre os dois parceiros, que requer de ambos respostas activas e passivas.

Também Schaffer (1977 b), encara a interacção como uma forma de *diálogo* "... as sequências interactivas são normalmente iniciadas pelo comportamento espontâneo do bebé, depois a mãe entra e apoia, repete, comenta e elabora a sua resposta, está pronta para que o bebé retome logo que deseje, permitindo assim que se inicie uma interacção em forma de diálogo" (Schaffer, op. cit., p. 12). A interacção mãe-bebé, é vista por Schaffer e Crook (1978) como um sistema diádico em que ambos os parceiros têm um papel activo no sentido de atingir uma sincronia mútua.

No prefácio da obra que editam, Lewis e Rosenblum (1974) falam da interacção como um *processo bidireccional*, em que ambos os parceiros são agentes activos, com contribuição específica aceite e respeitada pelo outro, num equilíbrio, balanceamento e regulação continuamente negociados na própria interacção, em que os pais inicialmente actuam como "envelopes" facilitando a organização do comportamento e estado da criança.

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

O processo interactivo é também visto por Kaye (1977) como um sistema em que o comportamento de cada um dos elementos introduz modificações no comportamento do outro interveniente, num progresso constante até um estádio de *reciprocidade* partilhada, quando a criança atinge uma maior competência social, o que lhe permite assumir maior responsabilidade no processo interactivo.

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

Gomes-Pedro (1985, p. 108), refere a definição de Bromwick (1976) e define interacção como "um *processo recíproco*, sendo influente nas respostas de cada um, o comportamento do outro", salientando ainda que o primeiro requisito para um desenvolvimento óptimo do bebé é a relação mutuamente satisfatória entre ele e a sua mãe.

Analisando o carácter cíclico e ritmado da interacção, Brazelton, Koslowsky e Main (1974) afirmam que esta é, desde sempre, um sistema com características de *mutualidade e reciprocidade*, na medida em que desde o início, ambos os parceiros intervêm activamente, observando com sensibilidade e ajustando o seu comportamento ao do outro parceiro.

Tronick, Cohn e Shea (1986), citados por Figueiredo (1992), consideram interacção como um sistema diádico de trocas no qual se partilham mensagens emocionais, mútua e reciprocamente reguladas, na medida em que cada um coordena os seus objectivos com os do outro.

Nas definições destes autores, estão já presentes alguns conceitos que se torna agora importante definir.

Assim, Spitz (1964), citado por Barnard e Kelly (1990), enfatiza o conceito de *empatia*, indispensável para que a interacção seja significativa, sendo o papel da mãe entender o comportamento do seu filho, iniciando acções que correspondam às necessidades do recém-nascido, já que este não tem capacidades para ser ele a empatizar com o processo interno da mãe.

Segundo Barnard e Kelly (op. cit.), empatia é também o conceito subjacente ao que Stern (1977/1980) chamou *sintonia afectiva* e que definiu como a capacidade de cada elemento da díade conhecer o que o outro membro está a experienciar

subjectivamente, que é manifestado e percebido através do comportamento. No entanto Stern (1989/1992), distingue estes dois conceitos. Dá à noção de empatia uma dimensão cognitiva, na medida em que considera que esta implica, para além da ressonância do estado afectivo - em que se assemelha à sintonia afectiva - abstracção e integração do conhecimento empático e identificação transitória do papel. Estes processos cognitivos estão ausentes do comportamento de sintonia afectiva, em que a mãe automaticamente remodela o comportamento afectivo do bebé, num processo que muda o foco de atenção do bebé do comportamento manifesto para a qualidade do sentimento que está a ser compartilhado, através de comportamentos que, sendo idênticos aos do bebé em intensidade, regulação do tempo e forma, o expandem, ultrapassando a simples imitação.

A definição de Schaffer (1977b) envolve as noções de reciprocidade, intencionalidade e mutualidade: a r*eciprocidade* refere-se ao papel que o bebé tem numa sequência interactiva; a *Intencionalidade* desenvolve-se quando o bebé toma consciência que o seu comportamento tem um valor comunicativo e pode ser usado propositadamente, afectando o comportamento de outros e obtendo os resultados pretendidos. Os bebés mais velhos actuam plenamente conscientes dos resultados que já anteciparam: "O bebé aprende que os seus sorrisos, vocalizações, gestos e movimentos são esperados pelos outros e produzem determinados efeitos. A seu tempo usá-los-ão propositadamente antecipando que os outros responderão de forma específica" (Schaffer, op. cit., p. 10). *Mutualidade* implica a noção de que o que cada um faz é afectado pelo comportamento do outro: "A socialização emerge assim como um processo baseado na mutualidade. Não é uma imposição arbitrária de um ser poderoso sobre um outro ser passivo... É uma relação biunívoca e qualquer modelo teórico que negue esta característica básica, falhará na explicação da própria essência do processo" (Schaffer & Crook, 1978, p. 77).

Stern (1974) fala de s*incronia* como a capacidade da mãe em interpretar correctamente os estados de alerta, estados emocionais, interesses e tempos de concentração do bebé e responder-lhes num timing adequado.

O conceito de *sensibilidade e responsividade materna* está evidentemente subjacente a todos os que já definimos.

Brazelton, Koslowsky e Main (1974), focam alguns aspectos fundamentais das tarefas da mãe para manter a interacção, ao longo dos primeiros meses de vida, e englobam-nos no conceito de *sensibilidade* afirmando que o comportamento da mãe deve não só reforçar e ser contingente com o comportamento da criança, como ir ao encontro das suas necessidades básicas e ter conhecimento das suas competências para receber e utilizar estímulos.

Schaffer e Crook (1978) consideram que *sensibilidade* "envolve uma monitorização das acções do bebé, a capacidade de responder apropriadamente e monitorizar os efeitos que a sua resposta tem no comportamento do bebé e a vontade de mudar os seus comportamentos em função desses efeitos" (op. cit., p. 66).

Ainsworth (1967), citada por Skinner (1985) considera que *sensibilidade* implica que os sinais são percebidos e correctamente interpretados e que a resposta é pronta e adequada. As mesmas noções estão subjacentes à definição que Isabella, Belsky e Von Eye (1989, p. 12) dão de *sensibilidade*: "percepção consistente, interpretação apurada e resposta contingente e apropriada aos sinais do bebé".

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

As relações entre *contingência e sensibilidade* são também estudadas por Skinner (1985). Este autor considera que os dois conceitos não podem ser estudados separadamente, já que a contingência se refere a parâmetros da resposta - tempo de latência curto, consistência e discriminação - e que a sensibilidade se refere ao seu conteúdo e adequação.

Isabella, Belsky e Von Eye (1989), adoptam a noção de *sincronia interactiva* que consideram caracterizar uma interacção recíproca e mutuamente agradável.

Barnard e Kelly (1990), numa síntese de todos estes conceitos, falam de interacção como uma *dança adaptativa* que pressupõe:

Erro! Marcador não definido. a existência de competências comunicativas da mãe - capacidade e disponibilidade para interpretar as pistas do bebé e um repertório de comportamentos para o estimular e envolver na interacção;

Erro! Marcador não definido. a existência de competências comunicativas do bebé - competências sensoriais, de atenção e resposta à mãe, sorriso, adaptação corporal quando é pegado ao colo ou embalado, capacidade de ser consolado, regularidade e previsibilidade nas respostas;

Erro! Marcador não definido. a contingência das respostas de ambos;

Erro! Marcador não definido. a riqueza do conteúdo interactivo, avaliada pela quantidade de tempo despendido pela mãe na interacção com o bebé, bem como o leque de actividades e brinquedos em que se empenham;

Erro! Marcador não definido. a mudança dos padrões adaptativos da mãe paralelamente ao desenvolvimento do bebé.

"A investigação mostrou que os bebés estão prontos para a interacção com um conjunto único e individualizado de características. Para que se desenvolva uma relação sincronizada, estas características individuais devem evocar comportamentos maternos também específicos... A reciprocidade que se desenvolve à medida que cada parceiro da interacção responde e se adapta ao outro, é a base para uma relação mutuamente satisfatória entre a mãe e o bebé" (Barnard & Kelly, 1990, p. 283).

É porventura a preocupação maternal primária, de que Winnicott (1956/1969) falava, que permite à mãe estar particularmente sensível às necessidades do seu bebé e utilizar, ao longo de todo o processo de desenvolvimento, técnicas de interacção que o assegurem. Schaffer (1977/1979), considerando que a interacção harmoniosa é uma questão da criança conduzir e a mãe seguir, propõe a análise do comportamento da mãe a partir das estratégias por esta utilizadas, nomeadamente através de técnicas de *ajustamento de fase* (pelas quais a mãe sincroniza o seu comportamento com o do bebé), *adaptativas* (que permitem que o bebé possa assimilar a estimulação que lhe é oferecida, assumindo que o repertório da mãe tem características diferentes quando fala ou interage com ele), *facilitadoras* (cujo papel é estruturar a rotina da interacção de forma a encorajar a actividade espontânea do bebé), *de elaboração* (expandindo os focos de interesse do bebé), *de iniciação* (focalizando a atenção do bebé em si própria ou no ambiente) e *de controlo* (com iniciativas ajustadas ao estado de atenção e nível de desenvolvimento do bebé).

Ao longo do processo de desenvolvimento do bebé, as características da interacção vão evidentemente sendo alteradas e serão visíveis as consequências do processo interactivo que foi precocemente estabelecido. Assim, Lamb (1979) citado por Skinner (1985, p. 55) afirma: "... Assegurando respostas às acções das crianças, a sensibilidade parental permite ao bebé desenvolver noções da sua própria eficácia assim como expectativas relativamente ao modo e previsibilidade do comportamento dos outros".

Poderíamos assim dizer que mãe e bebé, num processo de adaptação mútua transformam-se um ao outro, transformando-se também a própria interacção ao longo do tempo. No entanto a continuidade do desenvolvimento interpessoal será

provavelmente visível numa observação longitudinal de episódios interactivos, como se um estilo interactivo específico tivesse sido construído conjuntamente.

3. A avaliação da interacção mãe-bebé

3.1 - Análise histórica

Ainda no final da década de 70, analisando a evolução nos estudos de avaliação da interacção precoce a que as investigações sobre as competências do bebé e sobre a natureza da vinculação obrigaram, Schaffer (1977 a), assinala algumas mudanças significativas na abordagem deste paradigma, referindo nomeadamente:

Erro! Marcador não definido. a abordagem do comportamento social em termos diádicos;

Erro! Marcador não definido. a necessidade de postular uma certa forma de pré-adaptação social no bebé;

Erro! Marcador não definido. a ênfase nas dimensões temporais das situações interactivas;

Erro! Marcador não definido. o uso de técnicas microanalíticas;

Erro! Marcador não definido. o interesse nos processos e não apenas nos produtos.

Mais recentemente, Brazelton e Cramer (1989/1993) fazem uma análise do que foram os estudos da interacção até à década de 60, dando especial relevo às contribuições da psicanálise e da etologia.

Os estudos de orientação psicanalítica foram inicialmente marcados por aquilo a que os autores chamam um modelo de privação, já que quer os trabalhos de Spitz quer os de Anna Freud estudaram fundamentalmente crianças separadas da sua mãe. "Deste modo, as primeiras incursões na natureza da dependência da criança dos adultos que são importantes para ela, advieram de estudos em que as mães estiveram ausentes" (Brazelton & Cramer, 1989/1993, p. 103). Posteriormente outros autores, nomeadamente Bowlby e Winnicott vieram a contribuir, de forma decisiva, para o estudo do desenvolvimento do bebé em estreita ligação com a sua mãe. Foi aliás Bowlby (1958) citado por Brazelton e Cramer (1989/1993) que na sua famosa comunicação "A Natureza do Vínculo da Criança à Mãe" utilizou pela primeira vez o termo interacção. Para Winnicott, mãe e filho constituem uma unidade independente, chegando a afirmar: "Não me agradaria a tarefa de descrever aquilo que é conhecido por solo do recém-nascido... Gosto de assumir que, quando vemos um bebé, estamos também a ver o meio preparado para o

receber e, atrás deste, a mãe" (Winnicott, 1986, citado por Brazelton & Cramer, op. cit., p. 105).

Da etologia veio a contribuição fundamental da observação naturalista realizada com rigor experimental, bem como a noção da criança competente e que influencia o comportamento materno. A influência desta disciplina levou a estudos sobre a interacção que se limitam a descrições de comportamentos, sem a complementar vertente da exploração do seu significado e motivação.

O entrusamento destas duas vertentes teóricas está provavelmente subjacente aos trabalhos mais recentes sobre interacção mãe-bebé.

Para melhor compreendermos a evolução dos estudos neste domínio, parece-nos essencial referir um trabalho de análise histórica e crítica em que Parke (1989) analisa detalhadamente as mudanças de âmbito metodológico das últimas três décadas no que respeita aos estudos sobre o desenvolvimento social. Segundo este autor, assistiu-se na década de 80 a uma viragem fundamental:

Erro! Marcador não definido. influenciados pelos modelos ecológicos do desenvolvimento passou-se do laboratório à vida real, havendo actualmente uma preocupação na utilização de metodologias não experimentais e estudos de campo, frequentemente feitos numa perspectiva longitudinal que permitam avaliar a estabilidade e mudança nos processos do desenvolvimento social;

Erro! Marcador não definido. assistiu-se também a um retomar das metodologias baseadas nos relatos parentais concomitantemente com o uso de estratégias de observação - naturalista, semi-estruturada ou estruturada - ainda que com algumas diferenças significativas sobretudo no primeiro tipo de instrumentos: a informação recolhida através dos pais é uma informação actual e não retrospectiva, baseada na recolha de dados de comportamento objectivos e não em atribuições qualitativas sobre o comportamento;

Erro! Marcador não definido. as estratégias de codificação dos dados mudou também, havendo um decréscimo das investigações utilizando contagem de frequências de comportamentos dos pais e/ou bebés, por se ter verificado que os comportamentos analisados dessa maneira não eram verdadeiramente interactivos: "... não permitem nenhumas conclusões sobre o modo como as actividades dos pais e das crianças estão coordenadas. Sabe-se simplesmente que os pais e crianças se comportam de determinada maneira quando estão na presença um do outro" (Parke, op. cit., p. 32). Assiste-se actualmente a abordagens que permitem captar os aspectos dinâmicos e recíprocos dos fenómenos interactivos com metodologias estatísticas como a análise sequencial e a análise de séries temporais;

Erro! Marcador não definido. a análise do processo interactivo, anteriormente feita quase exclusivamente a nível microanalítico, é agora feita a nível macroanalítico, já que alguns estudos vieram provar que a avaliação do comportamento dos pais permite uma melhor predição do desenvolvimento social futuro do que as medidas microanalíticas mais dispendiosas em tempo;

Erro! Marcador não definido. em voga nos anos 60, os comportamentos moleculares, embora ainda utilizados em determinado tipo de investigações, passam a ser, frequentemente, preteridos em favor das dimensões molares do comportamento.

De certa forma poderíamos dizer que, durante algum tempo, a procura de rigor relativamente aos instrumentos de análise e a necessidade de objectivação dos comportamentos a observar, quase fizeram esquecer qual o objectivo da utilização dos próprios instrumentos. Assim, esta viragem no estudo da interacção vem reflectir uma maior preocupação com o "sujeito/objecto" da avaliação - neste caso a própria dinâmica interactiva da díade.

Parece-nos importante analisar, em maior detalhe, o significado de alguns dos conceitos a que já nos referimos bem como determinados aspectos metodológicos de particular importância no estudo da interacção mãe-bebé.

3.2 - Algumas questões metodológicas

É actualmente consensual a divisão dos métodos de avaliação da interacção em duas grandes categorias (Barnard & Kelly, 1990, Bailey & Simeonsson, 1988 e Mazet, 1993):

Erro! Marcador não definido. Os relatos dos pais - sob a forma de relatórios narrativos, diários, entrevistas, questionários de atitudes e crenças parentais ou escalas de avaliação e auto- -avaliação.

Erro! Marcador não definido. Os métodos de observação - no formato de técnicas de observação sistemática ou escalas de avaliação qualitativa.

Aos primeiros apontam-se as vantagens de fornecer informação sobre situações que podem ocorrer em contextos variados, alguns dos quais pouco acessíveis a outras formas de avaliação e de serem pouco dispendiosos em termos de tempo, não deixando no entanto de referir inconvenientes significativos: enviezamento dos dados assim recolhidos, quer pela memória selectiva dos acontecimentos passados quer pela necessidade sentida pelos pais em se conformarem com o que consideram socialmente desejável. A estes métodos nos referiremos em maior detalhe no capítulo seguinte

Aos métodos de observação apontam-se as vantagens da objectividade, já que "oferecem uma oportunidade única para um observador descrever objectivamente a quantidade e qualidade da dinâmica interpessoal entre elementos de uma família ... são medidas mais directas dos comportamentos envolvidos no processo de interacção ..." (Bailey & Simeonsson, op. cit., p. 66).

De facto, qualquer que seja a perspectiva teórica em que nos coloquemos, no cerne do estudo da interacção precoce parece estar sempre uma metodologia de observação, quer seja a observação directa das interacções mãe-bebé em situação naturalista, quer seja a observação experimental, quer seja a observação clínica.

Os estudos mais recentes estão longe da dicotomia entre estes dois métodos e é nesse sentido que vários autores, nomeadamente Bakeman e Gottman (1986) chamam a atenção para a complementaridade desejável entre estes vários métodos no estudo da interacção. Consideram no entanto que os métodos de observação têm vantagens de rigor e replicabilidade que falta às outras técnicas a que chamam de humanísticas por oposição à cientificidade das últimas. Estes autores definem observação sistemática como uma técnica de observação em que categorias pré-definidas de comportamentos são avaliadas em termos da forma e/ou intensidade e/ou frequência e/ou duração com que ocorrem, por observadores fidedignos. A observação sistemática pode ser feita de forma contínua por um período determinado de tempo - registo contínuo - ou em períodos de tempo pré--determinados - registo de intervalos. Propõem ainda a distinção entre técnicas de observação sequencial - que permitem compreender a sequência dos comportamentos e o seu funcionamento numa interacção continuada - e observação não sequencial - que permite registar as mudanças de comportamentos ao longo do tempo.

Booth e Mitchell (1988), citados por Barnard e Kelly (1990), distinguem ainda registo de eventos/ocorrências, que definem como uma técnica de observação sistemática em que se registam os comportamentos quando algo de interesse ocorre ou quando se verifica uma mudança de comportamentos. Neste tipo de observação pode analisar-se apenas a frequência com que um comportamento ocorre, a frequência e a duração do comportamento em simultâneo, ou ainda uma sequência específica de ocorrências de comportamentos.

A evolução que se verificou no domínio dos métodos de análise de dados, leva Brazelton e Cramer (1989/1993, p. 111) a comentarem: "A quantificação dotou o estudo da interacção de dimensões essenciais. A quantificação do comportamento revela tendências e estabelece a base para a qualificação do comportamento

(intrusivo, esquivo, hiperactivo, recíproco, etc.). A concretização do comportamento interactivo sequencial favorece a análise da relação causa-efeito entre os parceiros e entre as diferentes componentes do comportamento. A distribuição do tempo permite revelar os ciclos e os ritmos. Por fim a quantificação pode ajudar a interpretar intenções ou significados".

O êxito dos trabalhos das passadas décadas com a utilização destas técnicas de observação, levou alguns autores a ignorar a importância de outras variáveis subjectivas nomeadamente percepções, sentimentos e atitudes que não poderão nunca ser captadas por estes métodos. É neste sentido que Cramer (1986), citado por Figueiredo (1992) adverte para a necessidade de se utilizar mais do que uma técnica para o estudo da interacção, única forma de ultrapassar as limitações de cada uma. Borg e Gall (1983), citados por Baird, Haas, McCormick, Carruth e Turner (1992) vão ainda mais longe, afirmando que todas as técnicas de observação para análise da interacção mãe-bebé têm riscos semelhantes, podendo encorajar um falso sentido de objectividade. Consideram estes autores que são instrumentos em certa medida subjectivos, que possibilitam enviezamentos interpretativos e culturais, quer no plano da avaliação quer no plano da intervenção precoces.

Estudos empíricos levados a cabo por Power e Parke (1982), Lamb e Elster (1985), Stoneman, Brody e Abbot (1983), citados por Bailey e Simeonsson (1988), que comparam a interacção em actividades variadas, contextos diversos e com diferentes participantes, indicam que o contexto situacional tem uma enorme influência nos padrões de interacção. É nesse sentido que estes autores tecem algumas considerações sobre o contexto em que deverá decorrer a interacção que, em última análise, depende dos objectivos da própria observação - clínica, investigação, intervenção precoce, avaliação de programas de intervenção, etc. Consideram cinco parâmetros - tipo de actividades a observar, contexto em que decorre a observação, estrutura da sessão de observação, participantes na sessão de observação e formato da avaliação - sobre os quais tecem algumas considerações que nos parecem pertinentes.

A interacção social entre o bebé e a sua família, nomeadamente a mãe, ocorre durante situações tão diversas como os cuidados diários de higiene e alimentação, bem como em situações de brincadeira livre, o que evidentemente vai implicar alterações no comportamento individual da mãe e do bebé, e também no da díade. A situação de brincadeira livre é relativamente pouco estruturada, promovendo uma interacção em situação naturalista. As situações de alimentação são também relativamente pouco estruturadas o que já não acontece nas situações de ensino ou de resolução de problemas concretos, nas quais os pais têm tarefas definidas e, por vezes, até instruções específicas relativamente ao procedimento e ajudas a prestar.

A observação em situação de brincadeira livre inclui frequentemente episódios de ensino e de resolução de problemas e os comportamentos observados são facilmente generalizáveis para outras situações, pelo que é a situação de observação mais frequentemente utilizada quer na clínica quer na investigação. Também os materiais (a utilizar ou não), influenciam a interacção da díade.

Relativamente ao tempo de observação, a maioria dos autores consideram que dez a vinte minutos de observação é o tempo suficiente para se recolher uma amostra significativa do comportamento da díade. No entanto quando se usam sistemas de codificação molecular com contagem de frequências de comportamentos, raramente o tempo analisado é superior a cinco minutos.

A escolha do contexto (casa, centro, clínica, etc.), não estando condicionada por factores de ordem prática, deverá ser feita tendo em conta os comportamentos que mais interesse observar, devendo portanto incidir no local em que seja mais provável obter uma amostra significativa desse tipo de comportamento.

A maioria dos estudos investigação sobre interacção avaliam a interacção da díade mãe-bebé, no entanto a interacção com outros elementos da família pode também ser avaliada. Numa situação de avaliação com objectivos fundamentalmente clínicos, há grandes benefícios em que esta seja feita com o grupo familiar no seu conjunto, mesmo que todo o sistema de avaliação se torne, obviamente, mais complexo.

A decisão sobre a avaliação feita "ao vivo" ou a sua gravação e posterior análise depende também, fundamentalmente, de questões de ordem prática, já que ambos os métodos têm vantagens e inconvenientes. Em investigação é quase sempre feita a gravação da sessão, que deve ser realizada de molde a captar a imagem das expressões faciais, vocalizações e posicionamento do corpo de ambos os intervenientes. Embora não tenhamos encontrado qualquer referência a estudos comparativos entre a análise da interacção feita "ao vivo" e "com gravação" nos mesmos sujeitos, a questão da influência da câmara de filmar no comportamento das mães colocou-se-nos de forma muito pertinente no decurso do trabalho de investigação que realizámos.

A última questão metodológica que nos parece essencial levantar é a determinação do nível de especificidade dos comportamentos a analisar, sendo novamente a decisão influenciada pelo objectivo da observação. Podem analisar-se comportamentos moleculares - que exigem a gravação do episódio interactivo, habitualmente de curta duração, para posterior análise - e dimensões molares - que são analisadas em sessões mais longas que podem ou não ser gravadas.

Comportamentos moleculares são "os comportamentos detalhados da criança e da mãe que definem a troca interactiva" (Bailey & Simeonsson, 1988, p. 74). Os comportamentos analisados são definidos operacionalmente como variáveis descritivas, que requerem do observador pouca ou nenhuma inferência, pelo que os dados da observação são de confiança (Baird, Haas, McCormick, Carruth & Turner, 1990). Uma análise molecular é fundamentalmente usada quando, clinicamente, se tem como objectivo a mudança de comportamentos específicos. Escalas que utilizam sistemas de contagem de frequências de comportamentos são as usadas para este tipo de análise molecular ou microanalítica, sendo a contagem feita em intervalos de segundos de dimensão variável. Com este tipo de escalas obtém-se uma análise quantitativa da interacção. Como já vimos, foram estas as escalas mais em voga nos primeiros trabalhos empíricos de avaliação da interacção. Como uma variante destas escalas temos as check-lists binárias através das quais se pode registar, em termos quantitativos, a ocorrência de tipos de comportamentos definidos de uma forma mais abrangente do que os comportamentos moleculares.

Dimensões molares representam "unidades mais vastas de comportamentos que são clusters de comportamentos moleculares ou propriedades mais abstractas da troca recíproca mãe-bebé" (Bailey & Simeonsson, 1988, p. 74), que definem o estilo interactivo da díade. Para a avaliação destas dimensões molares são utilizadas escalas de avaliação global, definidas a partir de "comportamentos de ancoragem", a partir das quais é possível fazer uma análise qualitativa da interacção mãe-bebé. Este tipo de escalas incorpora os conhecimentos trazidos pelos estudos que utilizam observação sistemática não tendo uma codificação e análise tão complicadas, sendo portanto muito usadas em situações clínicas (Barnard & Kelly, 1990). No entanto, estas dimensões não estão operacionalmente definidas, pelo que exigem que o observador faça raciocínios inferenciais, bem como juízos acerca da qualidade do traço avaliado, o que torna problemática a fidedignidade dos resultados obtidos através deste tipo de instrumentos (Baird, Haas, McCormick, Carruth & Turner, 1990). Apesar destes riscos, a maior parte das actuais escalas de avaliação da interacção são desta natureza.

De facto, tal como anteriormente referimos, se na década de 60 o grande desafio foi a criação de instrumentos que permitissem o estudo científico da interacção mãe--bebé (e, nesse sentido, quase poderíamos dizer que as escalas de avaliação eram um fim em si mesmas), a actual preocupação é realçar o significado dos comportamentos interactivos avaliados, procurando-se assim que a procura de rigor dos instrumentos não relegue para segundo plano o próprio significado da avaliação do processo interactivo.

3.3 - Análise de algumas escalas de avaliação da interacção

Seria difícil fazer uma revisão de todas as escalas de avaliação da interacção que encontramos referidas ao longo da revisão bibliográfica sobre a matéria. Aliás, outros autores já a fizeram:

Erro! Marcador não definido. Towle, Farran e Confort (1988) fazem uma revisão exaustiva de vinte e nove escalas de avaliação da interacção usadas fundamentalmente com crianças com deficiência desde 1972 até 1986, comparando-as segundo as características dos sujeitos, o contexto global da situação de observação, fiabilidade e variáveis estudadas por cada escala;

Erro! Marcador não definido. Mazet, Cukier-Hemeury, Latoch, Rosenblum e Sitbon (1989) e Figueiredo (1992) analisam também, com critérios semelhantes, várias grelhas de avaliação da interacção utilizadas fundamentalmente em situações clínicas, mas também em estudos empíricos;

Erro! Marcador não definido. Mahoney, Finger e Powell (1986), analisam numa perspectiva diferente doze escalas de avaliação, agrupando as dimensões do comportamento materno em cinco factores - afecto positivo/caloroso, sensibilidade/responsividade, facilitação/ /ensino, estimulação social/controlo.

Assim, optámos por analisar com maior detalhe algumas escalas mais recentes. Seleccionámo-las fundamentalmente por se inspirarem nas perspectivas teóricas anteriormente apresentadas, não terem sido analisadas nos trabalhos acima referidos e terem sido utilizadas em diversos trabalhos empíricos não só nas díades normais com díades em situação de risco - por deficiência do bebé ou por problemática da mãe.

Estas escalas, quer pela situação de avaliação proposta, quer pelas dimensões de comportamento analisadas, quer ainda pela definição operacional dessas mesmas dimensões, estiveram na base da construção daquela que viemos a utilizar no nosso trabalho experimental.

3.3.1 - **Mother-Child Rating Scales** Crawley e Spiker (1983) - Revisão de Goldman e Martin (1986)

Esta escala foi inicialmente concebida para estudar a interacção mãe-bebé num grupo de díades com bebés de dois anos com síndrome de Down, permitindo a codificação dessa interacção, de forma molar.

Os comportamentos analisados, da mãe e do bebé, foram operacionalmente definidos. No que respeita aos comportamentos da mãe, foi dada especial ênfase às dimensões de directividade e sensibilidade, já que várias investigações tinham vindo a provar a existência de diferenças significativas entre as mães de bebés normais e as mães de bebés com deficiência na base destas características (Goldman e Martin, 1986). Pelo detalhe em que foram analisadas, foi possível diferenciar algumas componentes destes comportamentos: intrusividade, adequação ao nível de desenvolvimento da criança, ritmo e elaboração. Quanto aos comportamentos do bebé, o enfoque é posto no nível de maturidade social e cognitiva, na expressividade a nível dos afectos e no interesse face aos objectos e brinquedos utilizados. Foi ainda analisada uma dimensão interactiva - Mutualidade/Harmonia - que, como acima vimos, muitos autores consideram fundamental na avaliação da interacção mãe-bebé, e quatro qualidades maternas, consideradas subcomponentes da sensibilidade.

Na revisão que fizeram da escala de Crawley e Spieker, Goldman e Martin (1986) tiveram como principal objectivo alargar o âmbito de utilização nomeadamente com bebés com idades de desenvolvimento inferiores aos inicialmente estudados.

A maior parte das dimensões são avaliadas numa escala de Lickert de 5 pontos, excepto as "Qualidades Maternas" que são avaliadas de forma dicotómica ou numa escala de 3 pontos.

Vejamos de forma resumida as dimensões analisadas nesta escala:

Comportamentos da Criança (cotados de 1 a 5)	**Comportamentos da Mãe (cotados de 1 a 5, excepto o 5º)**	**Qualidades Maternas (cotados dicotomica-mente excepto a 1ª)**	**Comportamentos da Díade (cotados de 1 a 5)**

1. Nível de Maturidade no Jogo 2. Iniciativa Social-Frequência 3. Iniciativa Social-Intensidade, Variedade, Clareza 4. Resposta às iniciativas da Mãe 5. Grau de interesse nos brinquedos e brincadeira livre 6. Iniciativa de actividades com objectos 7. Expressão positiva de afecto 8. Expressão negativa de afecto 9. Locomoção 10. Animação 11. Atractividade da criança	1. Directividade/Controlo 2. Elaboração 3. Sensibilidade 4. Qualidades de estimulação 5. Afecto e Humor (7 pts) 6. Atractividade da Mãe	1. Ritmo (3 pts) 2. Brincadeira apropriada ao nível de desenvolvimento da criança 3. Clareza de comportamento manifesto 4. Intrusividade	1. Mutualidade

3.3.2 - **Parent/Caregiver Involvement Scale** de Farran, Kasari, Comfort e Jay (1986)

A escala foi construída com o objectivo de avaliar, de forma global, a quantidade e qualidade do envolvimento entre a criança e o adulto que dela cuida. O seu enfoque está posto em padrões interactivos que anteriores investigações provaram proporcionar e estimular níveis óptimos de desenvolvimento na criança (Farran, Kasari, Comfort & Jay, 1986). Os seus autores pretendiam encontrar uma metodologia mais simples do que a uma escala de avaliação de comportamentos moleculares, que anteriormente tinham utilizado (Jay & Farran, 1979, citados por Farran *et al*. op. cit.).
Esta escala está particularmente indicada para a avaliação da interacção com crianças com idade compreendida entre os três e os cinco anos, embora possa ser utilizada com crianças mais novas.

Consta de 11 comportamentos - envolvimento físico, envolvimento verbal, responsividade do adulto, interacção em situação de jogo, ensino, controlo sobre as actividades de criança, directividade, relação entre as actividades, comentários positivos, comentários negativos/atitudes disciplinadoras, formulação de objectivos e expectativas - destinados a avaliar exclusivamente o envolvimento dos adultos que cuidam da criança, numa situação de interacção livre, em casa ou em laboratório, durante 20-30 minutos.

A sua originalidade está na análise a três níveis que é feita de cada tipo de comportamento :

Erro! Marcador não definido. Quantidade - avalia o nível quantitativo de envolvimento;

Erro! Marcador não definido. Qualidade - avalia o grau de intensidade afectiva e aceitação do comportamento da criança;

Erro! Marcador não definido. Adequação - avalia a adequação do comportamento do adulto face ao grau de desenvolvimento, nível de interesse e capacidades motoras da criança.

A última parte da escala destina-se a uma avaliação global do envolvimento do adulto com a criança e assenta em cinco parâmetros: disponibilidade, aceitação e aprovação global, atmosfera geral, prazer e ambiente de ensino proporcionado.

A nota máxima é sempre 5, representando portanto a maior quantidade, melhor qualidade e adequação de envolvimento do adulto face à criança.

3.3.3 - **The Global Maternal Rating Scale** de Mahoney, Powell, Finger
The Global Child Rating Scale de Mahoney, Powell, Finger (1986)

Estas são escalas molares de avaliação de comportamentos, concebidas para avaliar a interacção mãe-bebé em díades com bebés com deficiência a partir dos 12 meses. Os seus autores, com experiência e investigação não só no domínio da avaliação como no da intervenção, tiveram como objectivo criar um instrumento que permitisse avaliar os efeitos dos programas de intervenção precoce com enfoque nos padrões de interacção mãe-bebé.

A partir da análise de várias escalas de avaliação de comportamento publicadas, seleccionaram para a Global Maternal Rating Scale "itens que noutras investigações tinham sido correlacionados com as diferenças a nível do desenvolvimento cognitivo, de linguagem ou social... excluindo itens que avaliavam dimensões do comportamento materno não correlacionadas com o desenvolvimento da criança" (Mahoney, Powell & Finger, 1986, p. 45). As escalas analisam e avaliam separadamente os comportamentos da mãe e os comportamentos do bebé.

Vejamos de forma resumida as dimensões avaliadas nesta escala:

Global Maternal Rating Scale **Comportamentos da Mãe** **(cotados numa escala de 1 a 5)**	**Global Child Rating Scale** **Comportamentos da Criança** **(cotados numa escala de 1 a 5)**

1. Expressividade Emocional 2. Prazer que a mãe tem com a criança 3. "Calor" da mãe 4. Sensibilidade/Insensibilidade aos interesses da criança 5. Compreensão da criança 6. Responsividade Global 7. Encorajamento para o sucesso 8. Adequação do encorajamento para o sucesso 9. Criatividade/repertório de Comportamentos 10. Estimulação Física 11. Estimulação social global 12. Adequação da interacção no jogo/brincadeira 13. Conforto 14. Capacidade de obter a participação / colaboração da criança 15. Aprovação 16. Permissividade/controlo 17. Paciência/tolerância 18. Quantidade de directivas	1. Nível de actividade 2. Leque de atenção 3. Prazer na interacção 4. Expressividade

Posteriormente, e considerando que muitos dos itens eram conceptualmente muito semelhantes, foi feita uma análise factorial para reduzir as variáveis maternas, tendo os autores encontrado três factores:

Erro! Marcador não definido. Comportamentos orientados para a criança/Prazer da mãe

Erro! Marcador não definido. Quantidade de estimulação

Erro! Marcador não definido. Controlo

Na sequência dessa análise factorial foi elaborada uma versão reduzida da escala inicial - Maternal Behaviour Rating Scale - em que se mantêm apenas sete variáveis da mãe: prazer, sensibilidade ao estado da criança, responsividade, adequação da estimulação, estimulação física, directividade, sensibilidade aos interesses da criança.

Não é referida qualquer alteração relativamente à Global Child Rating Scale.

3.3.4 - **Mother-Infant Communication Screening** de Raack, 1989

O Mother-Infant Communication Screening, foi concebido como instrumento de despiste para ser utilizado complementarmente a uma entrevista de recolha de informação, a fim de sinalizar as díades que apresentassem problemas de comunicação e de as orientar para serviços especializados onde fosse feita uma avaliação mais completa e detalhada. Foi estudado com díades em que os bebés tinham menos de 12 meses de idade, numa perspectiva de avaliar fundamentalmente os comportamentos interactivos e não, separadamente, os comportamentos das mães e os dos bebés. Analisa as seguintes dimensões:

Linguagem e Sincronia	Reacção da mãe aos sinais de desconforto	Alimentação	Jogo/Interacção livre	Descanso
1. Sensibilidade da Mãe ao estado da criança 2. Descrição das características ou comportamentos da criança, e animação ou excitação com que a mãe fala dela 3. Comentários dirigidos à própria criança sobre o seu grau de conforto ou excitação 4. Elogios à criança Comentários/ /conversa feitos à criança sobre o ambiente (incluindo brinquedos) 5. Entoação usada na interacção com o bebé 6. Expressão facial usada na interacção com o bebé 7. Conhecimento das preferências, horários, quantidades e ritmos alimentares da criança	1. Mudança de posicionamento da criança 2. Atitude positiva ou negativa da mãe às manifestações de infelicidade/desconforto da criança 3. Introdução de elementos que distraiam a criança do seu mal- -estar (pela interacção ou utilizando brinquedos)	1. Forma de atrair a atenção da criança para a situação de alimentação 2. Posicionamento da criança durante a alimentação, permitindo ou não uma interacção e contacto visual 3. Apoio adequado durante a alimentação: contacto corporal na amamentação ou biberão ou posição erguida na alimentação sólida 4. Movimentos durante a alimentação 5. Reacção à manipulação de objectos durante a alimentação	1. Movimento ou mudança de posição 2. Contacto visual, e/ou sorrisos e/ou expressões exageradas, e/ou, acenos de cabeça, e/ou, imitação mútuas 3. Interacção e imitação verbal durante a brincadeira 4. Comportamentos tácteis durante a interacção	1. Movimentos de carinho durante o sono do bebé 2. Posicionamento do bebé ao colo da mãe em posição que permita o contacto visual mútuo 3. Adequação da posição, agasalho e claridade assegurando ao bebé segurança, e conforto 4. Movimentos de embalar durante o sono

A cotação é feita numa escala de 1 a 5, em que cada um dos pontos é objectivamente definido quer relativamente ao comportamento da mãe quer ao da criança, representando sempre o ponto 1 o padrão de interacção menos adequado e o ponto 5 o mais adequado.

3.3.5 - **The Infant-Parent Social Interaction Code - IPSIC -** de Baird, Haas, McCormick, Carruth e Turner (1992)

Trata-se de um instrumento de análise destinado a avaliar a interacção pais-criança, que engloba os resultados das recentes investigações sobre a interacção mãe--bebé, tendo sido concebido como parte de um processo de análise multifacetada que permite estabelecer um elo entre a avaliação da interacção mãe-bebé e um plano de intervenção baseado nas características únicas de cada díade.

Todos as categorias de comportamentos que são analisadas são operacionalmente definidas pelos autores da IPSIC. Tem por base o conceito de *interacção social*, que é definido operacionalmente como uma troca activa mútua/reciproca, envolvendo

obrigatoriamente um comportamento manifesto de cada um dos parceiros da díade dirigido ao outro parceiro.

As dimensões usadas para a avaliação são semelhantes às utilizadas nas escalas de avaliação qualitativa. No entanto, a proposta dos autores - e aí reside a inovação desta escala - é o registo, em unidades de quinze segundos, da presença/ausência desses comportamentos que estão operacionalmente definidos.

Vejamos as dimensões analisadas nesta escala:

Comportamentos dos pais	Comportamentos da criança	Comportamento da Díade
1. Resposta contingente 2. Directividade 3. Intrusividade 4. Facilitação	1. Iniciação 2. Participação 3. Clareza de sinais 4. Actos de comunicação intencionais	1. Continuidade Temática

3.3.6 - **Multi-Pass** de Marfo (1992)

O autor desta escala considera que a análise da interacção deve ser feita combinando os dois sistemas de análise mais frequentemente utilizados:

Erro! Marcador não definido. Contagem de frequências de comportamentos - em que se analisam de forma molecular comportamentos facilmente quantificáveis;

Erro! Marcador não definido. Avaliação qualitativa de comportamentos - em que se analisam de forma molar e qualitativa, qualidades da interacção não quantificáveis a não ser que sejam subdivididas em comportamentos que deixam de ter significado.

Este sistema de avaliação da interacção - que utiliza um sistema de software concebido para o efeito - foi inicialmente criado para analisar a noção de directividade parental de uma forma mais focalizada, bem como outros aspectos da interacção com crianças com deficiência, de forma a compreender o significado relativo das diferentes formas de comportamento directivo e as suas relações com os outros comportamentos interactivos.

Vejamos as dimensões e comportamentos analisados:

Tópicos molares de interacção	Comportamentos de controlo/mediativos dos pais e respostas dadas pela criança	Avaliação qualitativa dos comportamentos da criança (cotados de 1 a 5)	Avaliação qualitativa dos comportamentos parentais (cotados de 1 a 5)

1. Tópico/actividade iniciada pela criança 2. Tópico/actividade iniciada pela mãe 3. Tópico/actividade iniciada em simultâneo pela mãe e pela criança 4. Tópico/actividade paralela e independente	1. Mãe segue tópico iniciado pela criança 2. Criança segue tópico iniciado pela mãe 3. Mãe solicita a atenção da criança 4. Mãe solicita a acção da criança 5. Criança responde às solicitações de acção 6. Mãe interroga/testa o conhecimento da criança 7. Criança responde às interrogações/teste da mãe 8. Mãe inibe o comportamento da criança 9. Comportamento intrusivo da mãe 10. Modelação ou ajuda física da mãe à criança 11. Atribuições de competência Comportamentos de motivação/encorajamento/ /focalização/clarificação	1. Locomoção 2. Nível de maturidade de jogo 3. Grau de interesse nos brinquedos 4. Iniciativa social 5. Resposta às iniciativas de interacção social e de jogo dos pais	1. Calor/Afecto 2. Sensibilidade 3. Responsividade 4. Encorajamento da iniciativa da própria criança 5. Qualidades de estimulação 6. Elaboração

Como se pode verificar, todos os comportamentos são codificados em termos interactivos, ou seja os comportamentos da mãe e da criança não são cotados de forma independente, mas sim em termos de iniciação e resposta. Cada tópico ou episódio de interacção - definido como uma actividade relacionada com brinquedos ou uma interacção puramente verbal ou gestual - é cotada, na sua totalidade, em 4 unidades independentes: as duas primeiras unidades são cotadas em termos de contagens de comportamentos, as duas últimas unidades são cotadas em termos de avaliação qualitativa.

3.3.7 - **Grelha de avaliação da interacção** de Figueiredo (1992)

Figueiredo (1992) propõe uma escala extraordinariamente detalhada para analisar, numa perspectiva microanalítica, uma situação de interacção livre. Os comportamentos que analisa são dimensões molares definidas operacionalmente e têm em conta, o tipo de conduta interactiva, o objectivo da conduta interactiva e os comportamentos interactivos da mãe, do bebé e da mãe e do bebé.

Tipo de conduta interactiva	**Objectivo da conduta interactiva**	**Comportamentos interactivos da mãe, do bebé e da mãe e bebé**

1. Iniciativa Interactiva 2. Iniciativa não-interactiva 3. Ausência de resposta 4. Resposta interactiva positiva 5. Imitação 6. Conduta simultânea 7. Troca ou sequência de trocas interactivas 8. Resposta interactiva negativa **Outros comportamentos:** 1. Manejo abrupto 2. Sobre-estimulação	1. Cuidar, consolar ou acalmar 2. Jogar ou brincar 3. Promover o desenvolvimento 4. Controlo	**Comportamentos da mãe**: 1. Comportamentos tácteis - 5 2. Comportamentos visuais - 4 3. Expressões faciais exprimindo afectos - 7 4. Comportamentos vocálicos - 10 **Comportamentos do bebé** 1. Comportamentos motores - 8 2. Comportamentos visuais - 5 3. Expressões faciais exprimindo afectos - 7 4. Comportamentos vocálicos - 7 **Comportamentos da mãe e do bebé:** 1. Contacto ocular mútuo 2. Atenção mútua sobre o mundo físico ou social 3. Vocalização mútua

No âmbito das Provas de Aptidão Científica e Capacidade Pedagógica, Figueiredo (1992), experimentou a grelha com 16 díades e a mesma grelha está neste momento a ser utilizada para a análise da interacção com mães que tiveram depressão post-parto, com bebés de 3, 6 e 12 meses.

3.3.8 - **Nursing Child Assessment Teaching and Feeding Scales** de Barnard (1978), citada por Barnard e Kelly (1990)

Estas são escalas de avaliação global da interacção que avaliam, numa série de itens "a quantidade de comportamento responsivo exibido pela mãe e pela criança, ou seja, o comportamento que ocorre como resposta a uma acção do outro elemento da díade" (Barnard & Kelly, 1990, p. 291).

O seu interesse reside em avaliar a interacção mãe-bebé em dois tipos de situação distintos:

Erro! Marcador não definido. Uma situação de alimentação, que nos primeiros meses de vida proporciona a mais longa possibilidade de interacção entre a mãe e o bebé;

Erro! Marcador não definido. Uma situação de ensino, em que é pedido aos pais que, conscientemente, ensinem ao seu filho uma tarefa adequada ao seu nível de desenvolvimento e outra considerada difícil.

Na escala de alimentação podem codificar-se, dicotomicamente, 73 itens, e na escala de ensino, 76 itens.

Os itens estão englobados em várias categorias:

Categorias dos comportamentos dos Pais	Categorias dos comportamentos das crianças
1. Sensibilidade às pistas/sinais da criança 2. Resposta ao desconforto 3. Apoio ao desenvolvimento sócio-emocional 4. Apoio ao desenvolvimento cognitivo	1. Clareza de sinais 2. Responsividade aos pais

Os seus autores referem que "a avaliação da natureza contingente e recíproca da interacção é um dos pontos fortes desta escala, em que são detalhadamente examinadas características da mãe e do bebé" (Barnard & Kelly, 1990).

Como se pode verificar, analisámos escalas de vários tipos, quase todas construídas na última década. Se as compararmos entre si veremos algumas semelhanças mas também muitas diferenças:

Erro! Marcador não definido. As quatro primeiras são escalas globais de avaliação da interacção e os comportamentos da mãe, e/ou do bebé são analisados separadamente, embora sejam cotados em função do comportamento do outro elemento da díade;

Erro! Marcador não definido. A escala de Baird, Haas, McCormick, Carruth e Turner - Infant-Parent Social Interaction Code - é uma escala binária que avalia microanaliticamente comportamentos operacionalmente definidos, semelhantes aos analisados nas escalas de avaliação global;

Erro! Marcador não definido. A escala de Marfo combina as duas abordagens sendo, nas dimensões molares, muito semelhante à primeira que analisámos;

Erro! Marcador não definido. A escala de Figueiredo é a única que analisa os comportamentos da mãe e do bebé de forma exclusivamente microanalítica;

Erro! Marcador não definido. As mais antigas - Nursing Child Assessment Teaching and Feeding Scales - avaliam a interacção em situações definidas, e não em situação de interacção livre.

Concluída esta revisão bibliográfica sobre as características da interacção mãe--bebé e formas de avaliação do comportamento interactivo através da observação, abordaremos no próximo capítulo dimensões mais subjectivas, não observáveis directamente, que influenciam em maior ou menor grau o comportamento materno.

Capítulo 3

Atitudes, sentimentos e percepções maternas: Consequências para a interacção e formas de avaliação

1. Introdução

"O que uma pessoa pensa de uma relação pode ser mais importante do que a própria relação" (Hinde, 1976, citado por Brazelton & Cramer, 1989/1993).

Citamos esta afirmação para introduzir o tema que nos propomos abordar nesta parte do nosso trabalho e que vem complementar o estudo das principais

características do comportamento interactivo durante o primeiro ano de vida: a influência que os factores internos da mãe/pai, cognitivos (representações, percepções e atitudes) e emocionais (expectativas e sentimentos) têm no seu comportamento interactivo com os bebés, e no próprio desenvolvimento destes.

A possibilidade de analisar objectivamente o comportamento da criança, da mãe e a qualidade da interacção, levou a que estas dimensões fossem, durante alguns anos, muito valorizadas na prática da investigação no âmbito do desenvolvimento infantil, o que está aliás na base da criação e validação de inúmeras escalas de observação a que nos referimos anteriormente.

Os últimos dez anos marcam, também neste aspecto, uma viragem importante e, mantendo-se embora o interesse pela observação e análise do comportamento da díade, assiste-se a um ressurgir do interesse e importância atribuída às dimensões emocionais ou cognitivas dos pais. Assim, em algumas das investigações mais recentes, a avaliação da interacção é feita numa dupla perspectiva, tendo por base técnicas de observação do comportamento interactivo e relatos dos pais referentes quer a esse comportamento quer ao significado ou justificação que lhe atribuem.

Foi nesta dupla perspectiva de análise que nos colocámos, pelo que nos parece importante fazer uma breve revisão dos estudos que analisam as consequências das atitudes sentimentos e expectativas maternas, bem como as formas de avaliar estas dimensões.

2. Concepções parentais sobre o desenvolvimento

Uma nova abordagem dos estudos do processo de socialização tomou corpo ao longo da última década. "A investigação do desenvolvimento mudou de uma ênfase no sistema de socialização para uma ênfase no temperamento da criança e actualmente para a forma como os pais conseguem coordenar ambas as coisas. Os primeiros estudos sobre os pais como agentes de socialização preocuparam-se fundamentalmente com as atitudes e comportamentos. Estudos mais recentes sobre os pais dão ênfase aos seus conceitos de desenvolvimento, como é que os pais relacionam as suas atitudes e comportamentos com as características da criança" (Sameroff & Feil, 1985, p. 84).

Muitos têm sido os trabalhos relacionados com o estudo das concepções dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos, suas práticas educativas e relação destas com o processo de desenvolvimento das crianças, partindo dos conceitos de "Crenças Parentais" (Miller, 1988 e Sigel, 1985), ou "Teorias Implícitas de

Desenvolvimento e Educação" (Emiliani & Molinari, 1987 e Vanderplas-Holper, 1987), ou simplesmente "Ideias dos Pais" (Goodnow & Collins, 1990), utilizando diversas metodologias, contrastando amostras - em termos sócio-económicos--culturais ou em função dos papéis desempenhados (pais/mães, pais/professores, etc.) - e com instrumentos diversificados.

Alguns dos trabalhos dos autores que temos vindo a citar deram origem a instrumentos que complementam aquele que é considerado como o primeiro questionário para avaliar as atitudes dos pais relativamente ao desenvolvimento dos filhos - Parental Attitude Research Instrument - PARI - de Schaefer e Bell (1958), citado por Schaffer (1971) e Sameroff e Feil (1985).

Não nos debruçaremos detalhadamente sobre estes trabalhos teóricos nem sobre os instrumentos a que deram origem, já que, embora preocupados com o estudo das ideias e atitudes dos pais e sua relação com a interacção pais-filhos e desenvolvimento destes, abordam problemáticas diferentes das que nos preocupam nesta investigação. Não podemos no entanto deixar de referir alguns conceitos abordados por este conjunto de autores, procurando integrá-los na problemática que queremos estudar.

Num trabalho de síntese sobre a natureza, fontes e consequências das ideias dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos, Goodnow e Collins (1990), realçam o papel do afecto quer como consequência das ideias dos pais, quer na construção das suas cognições, referindo no entanto o número diminuto de investigações que têm em conta esta dimensão, mesmo numa área, como é a da função parental, em que o afecto é dominante. Utilizam o termo afecto no sentido que lhe foi dado por Bradbury e Fincham (1987), que citam, e que envolve não só as emoções mas também as preferências, desejos e estados de humor.

Segundo estes autores, o afecto é causa de ideias/cognições ou acções na medida em que pode alterar a percepção que se tem dos acontecimentos, levando também à procura de nova informação ou significado desse acontecimento. No caso particular da função parental, estudos contrastando mães deprimidas e mães não deprimidas, permitem concluir que: "O afecto emerge como uma condição que influencia a percepção das crianças e uma consequência de expectativas específicas... parece razoável que as mães deprimidas estejam menos satisfeitas com o desenvolvimento dos seus filhos. É mais intrigante a conclusão que as mães deprimidas criam o cenário próprio para o seu desapontamento ao considerarem que a função parental é o factor que mais influencia o desenvolvimento. As mães não deprimidas dão um peso igual aos factores biológicos e atribuem também

alguma importância a outras pessoas que não exclusivamente aos pais" (Goodnow & Collins, 1990, p. 106).

Considera também que o afecto é consequência das cognições, gerado pela percepção de desvios relativamente à norma ou por expectativas que não são realizadas e, citando os trabalhos de Schutze (1987) relativamente aos padrões esperados da "boa mãe" referem: "Os padrões indicados pelos especialistas tornam o sucesso (como boa mãe) cada vez mais difícil de atingir... e tornam-se inantingíveis se à necessidade de uma atitude adequada durante a gravidez ou durante a primeira hora se acrescenta uma dádiva ilimitada de si própria e um sentido de enriquecimento pessoal... uma mãe pode cumprir os seus deveres até cair exausta e no entanto sente-se culpada se não tiver um sentimento de enriquecimento pessoal ou se tiver alguns sentimentos negativos, ainda que inconscientes" (Goodnow & Collins, 1990, p. 108).

Se estes padrões são difíceis de atingir quando se é mãe/pai de um bebé sem dificuldades, parecem tornar-se, de facto, inatingíveis no casos de pais de crianças com deficiência ou em risco. A insatisfação com o papel maternal parece de facto aumentar quando se considera que as crianças são, por princípio influenciadas pelos adultos, se verifica que, na prática, são influenciadas por outros, mas, por uma razão ou por outra, não estão a ser influenciadas pelos nossos próprios esforços como pais.

Goodnow e Collins (op. cit.) citam ainda o trabalho de Ruddick (1982) e a análise que este autor faz dos sentimentos e pensamentos maternos, que, na sua perspectiva são função das responsabilidades inerentes à tarefa de ser mãe (responsabilidade na preservação da saúde e vida do bebé, no seu desenvolvimento e aceitação pelos outros) e de três condições: características da criança (vulnerável, imprevisível e com necessidades frequentemente contraditórias, protecção/autonomia, por ex.), características do trabalho de mãe (que requer grande atenção, empatia e disponibilidade) e, finalmente características violentas e competitivas do meio envolvente contraditórias com as próprias necessidades de protecção da criança.

Roth (1963), também citado por Goodnow e Collins (1990) apresenta ainda uma outra característica do trabalho maternal: o seu carácter interminável, sem etapas ou marcos pré-estabelecidos. Se com crianças normais os pais recorrem à observação dos outros para estabelecerem esses marcos, com crianças em risco de desenvolvimento ou deficientes, a avaliação do progresso torna-se mais difícil, originando maior sobrecarga emocional numa tarefa já de si esgotante.

As acções dos pais não são, no entanto, exclusivamente, função do afecto, havendo uma relação estreita entre as suas cognições e as interacções que mantêm com os seus filhos, sendo as primeiras consideradas mediadoras entre os estímulos fornecidos pelas crianças e as acções que os pais têm como resposta a esses estímulos. Sameroff e Feil (1985), analisando o papel que tem vindo a ser atribuído à criança no seu próprio processo de desenvolvimento, consideram haver uma tendência para que a contribuição desta para a interacção não seja vista como uma influência directa de alguém que tem um conjunto de competências inatas, mas sim como uma influência indirecta de alguém que possui um estilo de comportamento que elicita respostas, positivas ou negativas, dos adultos que dela cuidam. Este aspecto parece-nos de grande importância para compreender as diferenças interactivas no caso de bebés com dificuldades, já que ao risco originado pela situação da criança se vem acrescentar um outro: o de os pais reagirem negativamente, quer em termos de atitudes quer em termos de comportamento, não conseguindo estimular a criança ou estabelecer com ela a interacção adequada para que o seu desenvolvimento seja o mais adequado possível.

Pareceria relativamente simples encontrar uma relação directa e causal entre atitudes dos pais, os seus comportamentos na relação com os filhos e o desenvolvimentos destes. No entanto, vários estudos, citados por Sameroff e Feil (1985) e Goodnow e Collins (1990), têm provado que tal não é fácil, parecendo ser a multidimensionalidade do conceito de atitude - envolvendo as componentes afectiva, cognitiva e comportamental - a principal responsável pela dificuldade em encontrar essa relação directa, entre as atitudes, o comportamento e o desenvolvimento, nos vários domínios em que tem sido procurada, nomeadamente no âmbito dos processos de socialização e na psicologia social: "Deve pôr-se a hipótese de que a relação limitada entre os valores dos pais e o desenvolvimento posterior dos filhos advém do facto de que as atitudes são apenas uma ponta do iceberg das cognições dos pais... Estas ideias relativas às práticas educativas emanam dos conceitos do próprio processo de desenvolvimento. É portanto necessário conhecer as teorias que os pais têm relativamente ao desenvolvimento" (Sameroff & Feil, op. cit., p. 85).

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

Erro! Marcador não definido. Nível simbiótico - É o nível de funcionamento em que os pais têm uma resposta emocional directamente dependente do seu sucesso na relação com os seus filhos, na medida em que, não se considerando completamente separado destes, encaram o comportamento dos

filhos na dependência directa da sua própria acção, o que lhes torna impossível a reflexão sobre o próprio processo de desenvolvimento.

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

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

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

Estes vários níveis de funcionamento permitem uma interacção adequada sempre que não há problemas com os bebés: "Um bebé saudável e feliz, pode ser criado de forma relativamente fácil... fará a mãe simbiótica sentir-se mais eficaz, será qualificado de forma positiva por uma mãe de nível categorial e enquadrar-se-á no esquema da mãe que funcione a um nível compensatório" (Sameroff & Feil, op. cit., p. 101). Suponhamos agora o caso de díades ou famílias em que os bebés estão em situação de risco, têm atraso de desenvolvimento ou são deficientes. Quanto mais primitivo for o nível de cognição dos seus pais no que respeita às concepções de desenvolvimento, mais difícil se torna que o funcionamento dos seus filhos não perturbe a sua interacção com eles. Assim, pais que funcionam a um nível simbiótico, ficarão extremamente perturbados se as respostas adaptativas do bebé - em termos de alimentação, sono, choro e sorriso - não corresponderem às esperadas; pais que funcionem a um nível categorial terão dificuldade em alterar a sua percepção e imagem de um filho que foi considerado difícil; pais de um nível compensatório terão dificuldade em relacionar os comportamentos difíceis dos seus filhos com a forma como estes foram educados. Apenas os pais do último nível poderão compreender os problemas de uma criança como resultantes simultaneamente das suas características individuais e da sua experiência concreta num contexto específico de desenvolvimento.

Em trabalhos posteriores, Sameroff e Emde (1989) e Sameroff e Fiese (1992) procuram enquadrar esta categorizarão num nível ainda mais global de funcionamento familiar, propondo uma teoria de sistemas reguladores do desenvolvimento em que consideram que "a experiência da criança em desenvolvimento é parcialmente determinada pelas crenças, valores e personalidade dos pais, pelos padrões de interacção familiares, pela história transgeracional e também pelas crenças relativamente ao processo de socialização, controlo e suporte cultural... o comportamento da criança, num determinado momento, é o produto das transações entre o fenotipo (i. e., a criança), o "environtype" (i. e., a fonte da experiência externa) e o genotipo (i.e. a fonte da organização biológica)" (Sameroff & Fiese, op. cit., p. 353).

Todos estes trabalhos assentam na convicção de que a forma como os pais compreendem o desenvolvimento é importante porque influencia a forma como as crianças são educadas e, consequentemente, o seu futuro, mas as correlações encontradas nos vários estudos não foram nunca muito elevadas. "A complexidade do pensamento parental só tem significado quando posta em equação com os conteúdos específicos desse pensamento e com as características das crianças" (Sameroff & Chandler, 1975 e Sameroff & Seifer, 1983, citados por Sameroff & Feil, 1985, p. 101). Assim se compreendem os resultados do Rochester Longitudinal Study citado por Sameroff e Feil (op. cit.) e Sameroff e Fiese (1992), que acompanhou desde o nascimento até à adolescência crianças provenientes de famílias com diferentes níveis sócio-económicos e diferentes situações de saúde mental, procurando relacionar o desenvolvimento dessas crianças com as variáveis acima mencionadas e com os conceitos de desenvolvimento das suas mães. Com efeito, verificou-se que os conceitos de desenvolvimento tinham uma contribuição independente e significativa nos níveis de desenvolvimento cognitivo, mas não nos níveis de competência social; estes estavam sobretudo correlacionados com o estado de saúde mental das mães, que, por sua vez, não contribuía de forma significativa para os resultados da área cognitiva.

"A forma como os pais pensam acerca das crianças tem forçosamente um impacto naquilo que fazem com elas... A própria interpretação do comportamento das crianças está dependente do nível de compreensão que se tem do processo de desenvolvimento. O enfoque nas características da criança não é preditivo do seu desenvolvimento a não ser que as características do meio educativo envolvente estejam também equacionadas" (Sameroff & Feil, 1985, p. 102).

As perspectivas até agora analisadas mostram claramente a necessidade de estudar as ideias dos pais sobre o desenvolvimento das crianças, a percepção das suas competências e necessidades, e salientam a importância de factores dos pais

e do contexto familiar e social para uma completa compreensão do processo de desenvolvimento e socialização da criança.

3. Atitudes, sentimentos e percepções maternas e suas consequências no processo interactivo mãe-bebé

Iremos agora abordar alguns trabalhos mais directamente ligados à psicologia clínica e à psicologia e psicopatologia do desenvolvimento, a fim de verificarmos as formas como as teorizações atrás referidas foram enquadradas nestes domínios científicos.

Citaremos inicialmente alguns trabalhos experimentais cuja fundamentação teórica se enquadra na perspectiva que temos vindo a abordar e que estudam a relação entre factores internos da mãe - percepção da criança, crenças/valores educativos e estado emocional da mãe - e o seu comportamento na interacção mãe-bebé. Abordaremos seguidamente as perspectivas teóricas de alguns autores que propõem uma abordagem que analise simultaneamente os factores internos da mãe e o seu comportamento interactivo.

Conger, McCarty, Yang, Lahey e Kropp (1984) consideram que a relação entre algumas variáveis demográficas que, quando coexistentes numa mesma família têm vindo a ser consideradas geradoras de situações crónicas de stress (pobreza, estrutura familiar monoparental e/ou elevado número de filhos e difíceis condições anteriores de vida), não têm uma influência directa no comportamento materno na relação mãe-bebé. Segundo estes autores, o comportamento da mãe (avaliado em termos de comportamentos verbais ou físicos de tonalidade afectiva negativa ou positiva) é mediatizado por variáveis maternas, nomeadamente estado emocional (depressão, ansiedade e irritabilidade), valores educativos (autoritários/democráticos) e percepções da criança (relativamente a dimensões como o humor, o nível de actividade, excitabilidade, atenção, frustração, etc.). Concluem que a relação entre o comportamento das mães e o nível de stress ambiental só parcialmente foi mediatizado por factores de sobrecarga emocional, valores educativos autoritários e percepções negativas acerca dos seus filhos, havendo também uma influência directa dos factores de stress no comportamento observado das mães.

Num estudo longitudinal do nascimento até aos dezoito meses, Engfer e Gavranidou (1986), analisaram a relação entre a sensibilidade materna e a responsividade social do bebé, avaliadas ainda na maternidade, a história pessoal e características de

personalidade da mãe, relações conjugais e características da criança - dimensões a que os autores chamam antecedentes da sensibilidade materna - e ainda o peso relativo da sensibilidade materna, sentimentos e atitudes da mãe e características da criança para a interacção mãe-bebé. O estudo processou-se em três momentos: No período neo-natal médicos e enfermeiras avaliaram a sensibilidade demonstrada pela mãe na sua relação com o recém-nascido; aos quatro meses, em entrevista detalhada e utilizando alguns questionários e escalas de auto-avaliação, foram avaliados os antecedentes da sensibilidade materna; aos dezoito meses, novos questionários e escalas foram preenchidos pelas mães, fora do contexto de qualquer entrevista, avaliando as mesmas dimensões.

Estes autores concluem que a sensibilidade materna está fortemente correlacionada com a responsividade social do bebé, com a qualidade da relação conjugal e com a personalidade da mãe. A história pessoal da mãe não está relacionada com a sensibilidade demonstrada no período neo-natal, mas influencia a avaliação que faz da sua relação conjugal. Aos quatro meses, tanto as características da mãe como as da criança, demonstradas no período neo-natal, influenciam fortemente as atitudes da mãe e a percepção do seu bebé. Aos dezoito meses, os problemas de comportamento da criança, percepcionados pela mãe, estão também correlacionados com a sensibilidade demonstrada no período neo-natal, mais do que com as características da criança. Os resultados obtidos apontam portanto para a interdependência de variáveis internas da mãe e comportamento de sensibilidade demostrado, ambos correlacionados com a responsividade social do bebé, bem como com a percepção e avaliação que a mãe faz do seu temperamento e características.

Num outro estudo longitudinal, Fleming, Flett, Ruble e Shaul (1988) procuram investigar a relação entre o estado emocional da mãe durante o final da gravidez e no período pós-parto - primeiro, terceiro e décimo sexto meses - os seus sentimentos relativamente ao bebé e função materna e a interacção que estabelecem com os seus filhos ao longo dos primeiros dezasseis meses de vida.

Comparando mães deprimidas e não deprimidas concluem que o estado emocional no período pré-natal e pós-parto está correlacionado com os sentimentos maternos, nomeadamente sentimentos de adequação na função materna e o comportamento afectuoso manifestado aos seus bebés. Também o estilo interactivo das mães deprimidas se revelou diferente, com menor número de comportamentos mostrando um afecto positivo, menos vocalizações como resposta às vocalizações dos bebés. Os sentimentos de sobrecarga e cansaço físico, mais elevados nas mães deprimidas correlacionaram-se significativamente com os sentimentos maternos sobre a função maternal e competência nos cuidados a prestar ao bebé. Analisando

o papel do bebé e sua contribuição para os sentimentos maternos, os autores só encontram correlações significativas aos três meses, o que confirma os estudos anteriores de Robson e Kumar (1980) e de Panaccione e Wahler (1986), citados pelos autores, cujos resultados apontam para a influência progressivamente maior, ainda que indirecta, do estado do bebé, nos sentimentos e cuidados maternos. Em nenhum dos períodos avaliados o estado emocional da mãe influenciou os seus sentimentos de vinculação ao bebé. Os autores concluem que o estado emocional tem influência nas atitudes face aos cuidados a prestar e nas manifestações de comportamento afectuoso, mas não nas actividades de cuidados diários ou nos comportamentos de vinculação. No entanto, estas diferenças, avaliadas através do comportamento das mães e comportamentos dos bebés, tinham desaparecido completamente aos dezasseis meses.

O trabalho de Kochanska (1990) tem objectivos algo diferentes. Estudando também mães deprimidas e não deprimidas, pretende avaliar o papel preditor das suas crenças educativas avaliadas no segundo ano de vida, nos comportamentos educativos, na interacção com os seus filhos e na percepção e avaliação acerca das crianças dois anos mais tarde. As dimensões estudadas para avaliação das crenças parentais foram não só os padrões educativos - autoritário/democrático e directivo/restritivo - mas também as atitudes afectivas relativas à criança e à experiência maternal - prazer com a criança e com a experiência maternal e afecto negativo dirigido à criança.

Os autores verificaram uma continuidade entre as atitudes e padrões educativos analisados no segundo ano e o comportamento de controlo das mães dois anos mais tarde, sobretudo nas mães não deprimidas, já que no grupo das mães deprimidas a medida mais correlacionada com o comportamento posterior é a tonalidade afectiva relativamente à criança e à função maternal avaliada inicialmente. Quanto à percepção e avaliação das crianças feita pelas mães, também se verificaram diferenças entre as mães deprimidas e as mães não deprimidas, já que nas primeiras, uma vez mais, a tonalidade afectiva relativamente ao seus filhos tinha um peso maior do que as suas crenças educativas.

Estes três trabalhos equacionam o peso relativo dos factores do afecto e da cognição quer no comportamento manifesto das mães ao interagirem com os seus filhos, quer na percepção que deles têm, quer na avaliação das suas competências e eventuais problemas de comportamento.

Numa perspectiva teórica, Brazelton e Cramer (1989/1993) salientam a necessidade de uma investigação que vá para além do comportamento observável: "Também temos que entender o significado subjectivo íntimo que um filho tem para os pais...

Enquanto os estudos objectivos da interacção descrevem o "como" das relações, os estudos sobre a vertente subjectiva das interacções, fornecem os "porquês" (Brazelton & Cramer, op. cit., p. 147). Relacionam esta dimensão subjectiva com a atribuição de significado que as mães fazem do comportamento do bebé, e que as leva a atribuir-lhe intenções e características de personalidade que condicionarão o seu próprio repertório e o do bebé, o padrão interactivo que se irá estabelecer, o prazer/desprazer da sua interacção e, em última análise, os sentimentos que a criança terá acerca de si própria.

A importância do estudo das representações maternas para a compreensão das interacções pais-bebé, quer no desenvolvimento normal quer no desenvolvimento patológico é também realçado por Stern (1991). Ao termo "representação" atribui um amplo conteúdo em que integra os conceitos de fantasias maternas, projecções, identificações projectivas, bebé fantasmático e modelo interno de funcionamento, considerando um conjunto de relações representadas, relativas ao bebé como pessoa, a si própria como mãe, ao seu marido como pai, aos seus próprios pais, a outras figuras parentais, ao grupo familiar, a fenómenos familiares ou culturais, mesmo não vividos pela mãe, referindo a possibilidade de se encontrarem ainda outras representações.

À dimensão temporal destas representações é dado especial realce. Alguns estudos de Ammanti (1989) e Fava-Viziello (1989), citados por este autor, sugerem que as primeiras representações do seu bebé se formam desde o momento em que a mãe toma conhecimento da gravidez, tomam particular consistência entre o quarto e o sétimo mês, havendo depois alguma empobrecimento para que o bebé real, no momento do seu nascimento, não seja submerso por uma representação muito específica. Após o nascimento, parece haver uma reelaboração das representações maternas, que se alteram ao longo do desenvolvimento do bebé, nomeadamente à medida que o bebé atinge determinados marcos de desenvolvimento.

Stern (op. cit.), apresenta três modelos clínicos e analisa a sua utilidade e limites para a plena compreensão dos fenómenos interactivos, considerando no entanto, que, no trabalho clínico, os três se utilizam simultaneamente conforme o material que é fornecido pelos pais.

- O modelo de distorção - Este modelo avalia em que medida a representação, como realidade subjectiva, se afasta de uma visão objectiva da realidade. Pressupõe portanto que há uma realidade objectiva que pode ser usada como ponto de referência e que qualquer distorção é negativa e potencialmente patogénica. Embora contestando estas duas características do modelo de distorção, Stern chama a atenção para a sua utilidade, nomeadamente no caso de crianças com deficiência ou com atrasos de desenvolvimento - para as

quais uma visão demasiado optimista pode ser nociva se impedir uma intervenção necessária, ou favorável se acarretar uma auto-realização de profecias - ou na análise das situações em que o temperamento da criança, por se afastar da representação da mãe é visto, por esta, como particularmente difícil de suportar, criando uma dinâmica interactiva patológica, ou mesmo na interacção de uma díade normal em que a mãe cria um conjunto de distorções positivas - que faz do seu bebé o mais bonito e cativante do mundo - cuja ausência pode ser de mau prognóstico.

- O modelo do tema dominante - Segundo este modelo, o bebé é encarado pela mãe como fazendo parte de um tema recorrente, problemático e conflituoso da sua vida, podendo a interacção tornar-se patológica se a representação não deixar espaço para que o bebé seja visto na sua dimensão real e se o tema influenciar o comportamento manifesto da mãe, moldando de forma crónica a interacção mãe-bebé. Aponta como exemplos de temas dominantes o bebé substituto de um primeiro filho morto ou de um adulto significativo entretanto falecido, o bebé anti-depressivo que reactivará a actividade de uma mãe deprimida, o bebé que culminará de amor a sua mãe, o bebé que manterá o casamento, etc.
- O modelo da coerência - Neste modelo o domínio a analisar é a coerência com que é transmitida a representação que a mãe faz da sua própria mãe, enquanto mãe, independentemente da verdade histórica do que aconteceu na sua infância e dos seus padrões de vinculação. Este modelo influenciou todos os estudos sobre a vinculação e deu origem a alguns instrumentos de avaliação dos quais o mais conhecido é o Adult Attachment Interview de Main, Kaplan e Cassidy (1985).

O trabalho de Zeanah, Benoit, Hirshberg, Barton e Regan (1994) pode também ser analisado numa perspectiva semelhante, no âmbito deste modelo de coerência. Estes autores conceberam um modelo de entrevista clínica - The Working Model of Child Interview - WMCI - "destinado a elicitar e classificar as percepções, pensamentos e sentimentos dos pais acerca dos seus filhos" (Zeanah, Benoit, Hirshberg, Barton & Regan op. cit., p. 3). Esta entrevista aborda fundamentalmente os seguintes temas: características de personalidade e comportamento da criança em situações gerais e específicas; atribuições de parecença da criança com os pais ou outros elementos da família; comportamento da criança em situações em que os pais a consideram difícil e reacção dos pais nessas situações; relação com a criança, aspectos dessa relação que lhes dá prazer ou desprazer e expectativas de mudança da relação; competências passadas e actuais da criança e expectativas/antecipações do seu desenvolvimento futuro.

O conteúdo da entrevista é analisado em função de seis categorias: riqueza de percepções, abertura à mudança, intensidade do envolvimento; coerência; sensibilidade e aceitação, e a entrevista é globalmente classificada como "Balanced", "Disengaged" ou "Distorted", à semelhança das classificações obtidas através da entrevista concebida por Main, Kaplan e Cassidy e das classificações dos padrões de vinculação obtidos através da Strange Situation de Ainsworth e Wittig (1969).

No estudo empírico realizado, comparam os relatos das mães e a classificação por estas obtidas a partir da WMCI com a classificação das crianças na Strange Situation, encontrando correlações significativas entre as descrições das mães e os padrões de vinculação dos seus filhos, confirmando as suas hipóteses iniciais de que entrevistas classificadas como "Balanced" caracterizariam as crianças com um padrão de vinculação classificado como "Seguro", entrevistas classificadas como "Disengaged" caracterizariam crianças classificadas com um padrão de vinculação classificado como "Inseguro-Evitante" e entrevistas classificadas como "Distorted" classificariam crianças com um padrão de vinculação classificado como "Inseguro--Resistente".

Também o trabalho de Crowell e Feldman (1988) se enquadra nesta perspectiva de análise e se fundamenta na teoria da vinculação. Esta pressupõe um processo mediador entre as experiências de infância dos pais e o seu comportamento parental, através da formação de um modelo de funcionamento interactivo interno ("internal mental representation" ou "working model") para si próprio - no seu papel passado de filho e actual de pai - e para os outros - papel atribuído aos filhos. Este modelo, uma vez formado, tende à estabilidade e vai influenciar o padrão interactivo estabelecido com os seus filhos. Estes autores apresentam um modelo explicativo da interdependência de quatro factores: modelo de funcionamento interactivo interno da mãe, padrão de comportamento e desenvolvimento da criança, comportamento da mãe e comportamento da criança.

Na investigação realizada com crianças dos dois aos quatro anos - em situação normal, com problemas de comportamento ou com problemas de comportamento associados a atrasos de desenvolvimento - analisaram a interacção mãe-criança numa situação de resolução de problemas, confrontando a classificação do comportamento da mãe e da criança com as classificações do modelo de funcionamento interactivo interno da mãe avaliado através da Adult Attachment Interview de Main, Kaplan e Cassidy (1985).

Os resultados obtidos comprovaram a existência de relações consistentes, estatística e teoricamente significativas entre as classificações de vinculação da mãe e o comportamento das mães e das crianças, nomeadamente:

- **Erro! Marcador não definido.** correlações significativas entre o comportamento da mãe - analisado em função da quantidade e qualidade e estilo do apoio prestado - e o comportamento da criança - analisado através do tipo de abordagem à tarefa, tipo de relação com a mãe, ansiedade e aceitação dos pedidos;
- **Erro! Marcador não definido.** associação entre o modelo de funcionamento interactivo interno da mãe - "secure", "detached" ou "preocupied" - e a problemática da criança;
- **Erro! Marcador não definido.** correlação entre o modelo de funcionamento interactivo interno da mãe e o seu comportamento na interacção com a criança, quer na qualidade quer na quantidade e no estilo de apoio prestado;
- **Erro! Marcador não definido.** associação entre o modelo de funcionamento interactivo interno da mãe e o comportamento da criança.

Após esta breve revisão de alguns trabalhos de autores de várias perspectivas teóricas acerca da importância do estudo das atitudes, sentimentos e percepções maternas para uma melhor compreensão dos processos de socialização da criança, nomeadamente através da interacção mãe-bebé, poderemos talvez afirmar que embora nenhum dos trabalhos analisados conclua no sentido de uma relação de causalidade directa entre as dimensões internas da mãe, o seu comportamento manifesto e o nível de desenvolvimento ou características da personalidade da criança, há concordância em todos os autores relativamente ao facto que todas estas variáveis estão simultaneamente em jogo, não fazendo actualmente sentido que se desprezem umas para dar maior importância às outras.

4. Atitudes, sentimentos e expectativas: formas de avaliação

Analisaremos agora alguns dos instrumentos utilizados nos trabalhos que apresentamos com o objectivo de avaliar algumas dimensões do estado emocional da mãe, das atitudes educativas e sua percepção do bebé.

4.1 - A entrevista

Inicialmente, a abordagem a dimensões subjectivas do comportamento materno como são as atitudes e sentimentos relativos a si própria como mãe e relativos ao

bebé, era exclusivamente feita na base da entrevista, a que alguns autores continuam a atribuir uma importância fundamental.

Os trabalhos de Main, Kaplan e Cassidy (1985) de que resultou a "Adult Attachment Interview", os de Stern, Robert-Tissot, Besson, Rusconi-Serpa, Muralt, Cramer e Palacio (1988) para a organização do "Entretien 'R'" e de Zeanah, Benoit, Hirsberg, Barton e Regan (1994) com o "Working Model Child Interview", são disso prova evidente. Estes autores desenvolveram modelos de entrevistas clínicas que têm sido utilizadas quer na prática de investigação sobre a interacção mãe-bebé, quer na prática clínica. A primeira está fundamentalmente centrada na mãe e na sua representação do modelo de relação que teve com a sua própria mãe. As entrevistas desenvolvidas por Stern e Zeanah e colaboradores, partindo de pressupostos semelhantes - que o modelo de relação infantil tem uma importância fundamental na forma como a mãe se vai assumir como mãe e, consequentemente, na interacção que vai estabelecer com o seu bebé - focalizam-se mais na percepção que a mãe tem do seu próprio filho e nas características que se atribui como mãe. As dimensões propostas pelos autores para a análise de conteúdo destas entrevistas são contributos valiosos para a objectividade necessária em trabalhos de investigação, tornando assim possível a sua utilização fora da prática clínica.

Também Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin e Sherman (1989), citados por Bretherton (1990) organizaram um roteiro de entrevista para avaliação dos padrões de vinculação, focalizada na relação com o bebé e não nas relações passadas. Esta entrevista aborda os seguintes temas: discussão dos sentimentos e pensamentos antes, durante e depois do nascimento do bebé; escolha e justificação através de factos, de cinco adjectivos para caracterizar o bebé; descrição do seu próprio comportamento e do comportamento do bebé em determinadas situações com forte conteúdo emocional - de alegria, zanga, medo, dor; descrição de situações em que tenham sido negociadas questões de vinculação/autonomia; confronto da relação de vinculação com o bebé e da relação estabelecida na sua infância com a própria mãe; previsão e expectativa sobre o bebé quando adolescente e adulto.

Esta entrevista é globalmente cotada numa escala de avaliação da sensibilidade de nove pontos, sendo as mães mais sensíveis aquelas cujo relato demonstra resposta apropriada à comunicação do bebé e capacidade de análise do seu próprio comportamento e personalidade, comportamento e personalidade do seu bebé, assegurando-se os autores da concordância entre as suas opiniões e os factos concretos relatados.

Numa outra linha de investigação, Kaplan (1992), ao abordar, numa perspectiva de estudo de caso, as representações maternas sobre a maternidade, refere: "O

método de entrevista é particularmente valioso neste tipo de investigação que tem o seu enfoque nos sujeitos como "fazedores de significado". Permite a abordagem da mãe como sujeito, preserva o que Frenkel-Brunswick chama a sua "especificidade e sabor" e fornece material que é rico, texturado e adequado para uma investigação exploratória. À medida que o sujeito fala, consciente ou inconscientemente, faz associações que são significativas..." (Kaplan, op. cit., p. 25).

As críticas que habitualmente são feitas à entrevista têm a ver com a exactidão/ /inexactidão dos dados que se recolhem, nomeadamente dos dados referentes ao passado que podem aparecer reinterpretados e, mais do que factos representando rigorosamente o real passado, serem reconstruções baseadas nos processos de adaptação do presente.

Nos trabalhos que até agora referimos os autores pretendem exactamente conhecer essa reconstrução pessoal, e não os dados reais sobre o passado, pelo que esta crítica deixa de ser pertinente. A entrevista torna-se particularmente válida na identificação das atitudes e experiências parentais, quando aos pais é pedido que façam descrições detalhadas de acontecimentos que, posteriormente, podem ser sistematicamente analisados pelo investigador.

Alguns dos trabalhos sobre interacção mãe-bebé, nomeadamente de Affleck, Tennen e Rowe (1988), Atkin, Olvera, Givaudan e Landeros (1991), Engfer e Gravanidou (1986), Fleming, Flett, Rubble e Shaul (1988), Shonkoff, Hause-Gram, Krauss e Upshur (1992) e Smith, Selz, Bingham, Aschenbrenner, Standbury e Leiderman (1985), para além de outros instrumentos de avaliação, referem sistematicamente a utilização de entrevistas semi-estruturadas para a recolha de informação sobre os sentimentos, atitudes e percepções dos pais. O seu conteúdo varia, evidentemente, conforme os objectivos do estudo, cobrindo normalmente vários aspectos da vida pessoal presente e passada, relações intrafamiliares e contextos sociais, assim como dimensões mais directamente ligadas à percepção e interacção com a criança, às atitudes educativas e aos sentimentos como mãe. Estes trabalhos foram inspiradores dos temas abordados nas entrevistas semi- -directivas que fizemos no nosso trabalho experimental e que, no capítulo da metodologia, serão apresentadas com maior detalhe.

4.2 - Questionários e escalas de avaliação

Ao longo destas duas últimas décadas de investigação neste domínio, muitos autores têm vindo a construir questionários e escalas de avaliação que, de uma forma mais objectiva do que a entrevista clínica, avaliam as mesmas dimensões.

Estes instrumentos, que assumem quer a forma de escalas de Likert, quer a forma de questionários fechados, têm sido sobretudo utilizados em trabalhos experimentais no domínio da interacção mãe-bebé, da intervenção precoce e da avaliação dos programas de intervenção, para avaliar dimensões muito distintas:

- **Erro! Marcador não definido.** Dimensões da personalidade como o humor (Profile of Mood States, citado por Affleck, Tennen & Rowe, 1988), a depressão (Beck Depression Inventory, citado por Fleming, Flett Rubble & Shaul, 1988), a ansiedade (Parenting Stress Index, citado por Shonkoff, Hause-Gram, Krauss & Upshur, 1992);
- **Erro! Marcador não definido.** As atitudes durante a gravidez e ajustamento materno pós-parto (Kumar, Robson & Smith, 1984);
- **Erro! Marcador não definido.** A percepção materna sobre o bebé (Mother's Assessment of the Behaviour of her Infant de Field, Dempsey, Hallock e Shuman, citado por Atkin, Olvera, Givaudan & Landeros, 1991);
- **Erro! Marcador não definido.** O temperamento do bebé (Infant Temperament Questionnaire, Infant Behavior Questionnaire, Infant Characteristics Questionnaire, citados por Green, Fox & Lewis, 1983);
- **Erro! Marcador não definido.** A interacção e a qualidade do envolvimento social (Home Observation for the Measurement of the Environment de Bradley e Caldwell, 1978, citado por Shonkoff, Hause-Gram, Krauss & Upshur, 1992);
- **Erro! Marcador não definido.** O apoio social (Family Support Scale, citado por Shonkoff, Hause-Gram, Krauss & Upshur, 1992);
- **Erro! Marcador não definido.** O impacto da criança com deficiência na família (The Impact of Event Scale, citado por Affleck Tennen & Rowe, 1988, e The Impact-on-Family Scale, citado por Shonkoff, Hause-Gram, Krauss & Upshur, 1992).

Para avaliar a relação entre o humor, atitudes e comportamentos face ao bebé, numa amostra de mães primíparas, Fleming, Flett, Rubble e Shaul (1988) fizeram um estudo longitudinal (iniciado no final da gravidez e com entrevistas no 1º, 3º e 16º meses do bebé) em que utilizaram escalas de auto-avaliação e escalas de avaliação do bebé, tendo considerado as seguintes dimensões:

- **Erro! Marcador não definido.** Dados anteriores à gravidez - analisando o desejo de gravidez e experiência prévia com crianças;
- **Erro! Marcador não definido.** Humor - analisando os estados emocionais e humor durante a gravidez e no período do estudo;
- **Erro! Marcador não definido.** Saúde e estado físico da mãe - analisando os sintomas de mal estar físico e o cansaço;
- **Erro! Marcador não definido.** Sentimentos de apoio e suporte social - analisando os sentimentos relativos ao marido e à própria mãe;

Erro! Marcador não definido. Estado e temperamento do bebé - avaliados através dos itens da escala de Broussard e Hartner (1971), analisando a percepção do bebé;

Erro! Marcador não definido. Atitudes Maternas - analisando os sentimentos de adequação como mãe, os sentimentos relativos aos cuidados a prestar ao bebé, os sentimentos de vinculação ao bebé.

Na sequência da revisão de literatura que fizemos sobre esta matéria, seleccionámos alguns instrumentos que avaliavam dimensões que nos pareceram particularmente importantes para os objectivos do nosso estudo. Assim, os instrumentos que seguidamente vamos apresentar com maior detalhe, segundo a data da sua publicação, são aqueles que inspiraram os que viemos a criar ou a adaptar para o nosso estudo e que serão pormenorizadamente descritos no capítulo da metodologia.

Enunciaremos resumidamente os objectivos da sua construção, o seu conteúdo e formas de cotação, bem como as conclusões de alguns trabalhos empíricos em que tenham sido utilizados.

4.2.1 - **Neonatal Perception Inventory** e **Degree of Bother Inventory** de Broussard e Hartner (1971)

O Inventário de Percepção Neonatal foi concebido pelos seus autores com o objectivo de avaliar a percepção que as mães têm dos seus bebés.

Estudos de Brody (1966) e de Coleman, Kris e Provence (1953), citados por Broussard e Hartner (1971), apontam a importância das expectativas e percepções da mãe no seu comportamento e sensibilidade às pistas do bebé e a influência que o desenvolvimento deste tem nessas mesmas expectativas e percepções.

O primeiro questionário elaborado por estes autores e estudado com 318 primíparas que foram objecto de um estudo longitudinal, tem duas versões - pós-parto e 1º mês de vida - cada uma com duas partes - percepção do bebé médio e percepção do seu bebé.

São aplicadas uma a seguir à outra e ambas constam das mesmas perguntas a que as mães têm de responder numa escala de 1 a 5 - Nada a Muito - classificando assim, sucessivamente o bebé médio e o seu próprio bebé.

1 - Quanto é que um bebé médio chora / o seu bebé chorou?
2 - Que dificuldades tem o bebé médio para comer / o seu bebé teve para comer?

3 - Quanto é que acha que um bebé médio bolsa ou vomita / que o seu bebé bolsou ou vomitou?
4 - Que dificuldade acha que um bebé médio tem para dormir / o seu bebé teve para dormir?
5 - Que dificuldade tem um bebé médio para regularizar os intestinos / o seu bebé teve para regularizar os intestinos?
6 - Que dificuldades tem um bebé médio até chegar a ter um padrão previsível no sono e alimentação / o seu bebé teve até chegar a um padrão previsível no sono e alimentação?

A pontuação total obtida na escala sobre "o seu bebé" é subtraída à pontuação do "bebé médio". Um resultado positivo indica que o seu bebé é percebido mais positivamente e como menos difícil do que a média e um resultado negativo revela que o bebé é percebido como difícil.

A fim de relacionar a percepção do bebé com eventuais problemas no comportamento do recém-nascido, os mesmos autores conceberam um outro instrumento - Degree of Bother Inventory - através do qual pretendem avaliar as dificuldades sentidas palas mães relativamente aos mesmos seis comportamentos

As mães devem notar, numa escala de 4 pontos - Nada a Muito - o grau de aborrecimento que lhes causou o comportamento dos seus bebés relativamente ao choro, bolsar ou vomitar, sono, alimentação, evacuação, falta de previsibilidade, outros problemas.

Broussard e Hartner (1971) encontraram correlações significativas entre os resultados das duas escalas, mas apenas quando os bebés tinham um mês de idade: as mães que avaliavam os seus bebés como melhores do que a média, demonstravam menor grau de aborrecimento do que as que não tinham essa percepção.

Do trabalho experimental que referem tiraram algumas conclusões:

Erro! Marcador não definido. Há mudanças que ocorrem na percepção que as mães do seu bebé entre o nascimento e o primeiro mês de vida;

Erro! Marcador não definido. Ao fim do primeiro mês muitas mãe vêm os seus bebés de modo negativo;

Erro! Marcador não definido. A percepção das mães no final do primeiro mês está correlacionada com os resultados obtidos pelas mães nas dimensões de Depressão, Irritabilidade, e Aspectos negativos da escala Child Rearing Attitudes e da escala de Sintomas Psicossomáticos de Ansiedade, podendo portanto ser uma medida preditiva de factores de risco no desenvolvimento emocional e da interacção mãe-bebé.

4.2.2 - **Maternal Child-Care Attitudes and Feelings - EMKK** de Codrenau (1984), citado por Engfer e Gavranidou (1986) e Alonso (1991)

Esta escala de auto-avaliação foi construída para avaliar os sentimentos maternos e as atitudes educativas de mães de bebés e crianças em idade pré-escolar.

Experimentada inicialmente numa amostra de 170 mães, foi utilizada num estudo longitudinal com mães e bebés que foram seguidos desde o nascimento até aos 18 meses, em conjunto com outras medidas relativas à mãe - história pessoal, personalidade, relações conjugais - e relativas à criança - características da criança e grau de dificuldade percepcionada (Engfer & Gavranidou, 1986).

A escala original consta de 121 questões abrangendo nove dimensões:

- **Erro! Marcador não definido.** Satisfação com a criança - descrevendo sentimentos de eficácia e interesse pelo bebé;
- **Erro! Marcador não definido.** Rigidez - descrevendo sentimentos em que os princípios e regras educativas se sobrepõem às necessidades da criança;
- **Erro! Marcador não definido.** Sobrecarga - descrevendo sentimentos de raiva e impaciência decorrentes da exaustão;
- **Erro! Marcador não definido.** Tendência para castigar - descrevendo atitudes de poder e afirmação através do castigo;
- **Erro! Marcador não definido.** Frustração - descrevendo sentimentos de desencanto face ao papel maternal e cansaço que o acompanha;
- **Erro! Marcador não definido.** Ansiedade excessiva - descrevendo sentimentos quase irracionais de medo do que possa acontecer ao bebé;
- **Erro! Marcador não definido.** Inversão de papéis - descrevendo sentimentos de expectativa do afecto que receberá da criança, centrados nas necessidades da própria mãe;
- **Erro! Marcador não definido.** Infância infeliz - descrevendo sentimentos relativos ao passado da mãe enquanto filha;
- **Erro! Marcador não definido.** Tendência depressiva - descrevendo sentimentos de exaustão emocional, dúvidas sobre as suas competências e isolamento.

Utiliza-se sob a forma de uma escala de Likert de 5 pontos: Completamente Falso/ /Discordo Completamente até Completamente Verdadeiro/Concordo Completamente, correspondendo a pontuação mais elevada a maior intensidade nas atitudes e sentimentos avaliados em cada sub-escala, o que, evidentemente tem significado diferente - positivo ou negativo - consoante o sentimento que está a ser avaliado.

No estudo acima citado, único em que encontrámos referência a esta escala, os resultados obtidos em algumas das sub-escalas aos 4 e 18 meses tiveram correlação significativa com a sensibilidade das mães às necessidades dos bebés avaliados por médicos e enfermeiras na maternidade: "As mães que foram julgadas menos sensíveis... estão mais ocupadas com regras e princípios que regem os horários de alimentação do que com as necessidades dos seus bebés... consideram o castigo como um meio de os disciplinar... demostram uma preocupação e ansiedade excessiva com o seu bem-estar e saúde... expressam expectativas irrealistas de que o bebé preencherá as suas necessidades de amor... sentem-se exaustas, nervosas e sozinhas para prestar os cuidados ao bebé" (Engfer & Gravanidou, 1986, p. 11).

As correlações encontradas entre estes sentimentos e a falta de sensibilidade às necessidades do bebé, com excepção dos sentimentos depressivos e de exaustão, são ainda mais elevadas aos 18 meses, o que permite concluir que a avaliação da sensibilidade materna pode predizer as atitudes e sentimentos maternos aos 4 e 18 meses pós-parto.

4.2.3 - **Maternal Self-Report Inventory** de Shea e Tronick (1988)

O Inventário de Auto-Estima Materna é uma escala de auto-avaliação criada por Shea e Tronick com o objectivo de avaliar os factores que afectam a auto-estima materna.

Partindo de alguns questionários anteriormente existentes que citam no seu trabalho - Child Rearing Attitudes, de Schaefer e Bell (1958), Maternal Attitudes Toward Pregnancy, de Blau (1962), do Maternal Personality Inventory, de Greenberg e Hurley (1971) e da Maternal Adaptation - uma entrevista estruturada - de Barnard e Gartner (1977), construíram um Inventário que consta de 100 questões abrangendo sete dimensões que estes autores consideraram representativas da Auto-Estima Materna:

- **Erro! Marcador não definido.** Capacidade de cuidar do bebé;
- **Erro! Marcador não definido.** Capacidade e preparação geral para a função materna;
- **Erro! Marcador não definido.** Aceitação do bebé;
- **Erro! Marcador não definido.** Relação esperada com o bebé;
- **Erro! Marcador não definido.** Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto;
- **Erro! Marcador não definido.** Aceitação parental;

Erro! Marcador não definido. Imagem corporal.

Utiliza-se sob a forma de uma escala de Likert de 5 pontos: Completamente Falso/ /Discordo Completamente até Completamente Verdadeiro/Concordo Completamente, correspondendo a pontuação mais baixa a uma baixa auto-estima.

As 100 questões que formam a versão original foram seleccionadas entre muitas outras por um processo de atribuição de cada questão a cada uma das dimensões acima citadas. Neste processo estiveram envolvidos quer psicólogos quer mães, excluindo-se as questões para as quais não houve consenso na classificação por categorias.

O estudo de validação do Inventário foi feito com trinta díades e os seus resultados correlacionados com outros instrumentos de avaliação da mãe e do bebé: Family Support Questionnaire, The Parmelee Obstetrical Complications Scale, Brazelton Neonatal Behaviour Assessment Scale, The Parmelee Postnatal Complications Scale e Broussard Neonatal Perception Inventory, à data da saída da mãe e bebé da maternidade e um mês após a alta.

Da análise dos trabalhos experimentais realizados ou referidos pelos seus autores, pode concluir-se que este instrumento apresenta uma boa validade interna e correlação significativa com outros instrumentos semelhantes e com as avaliações clínicas da auto-estima materna.

Os seus resultados estão fortemente correlacionados com o estado de saúde do bebé, a percepção materna do bebé, as dificuldades alimentares, o suporte familiar sentido pela mãe, e a interacção mãe-bebé. Não se encontraram correlações significativas com variáveis demográficas (idade, religião, raça, ocupação, educação e estado civil), nem com os comportamentos de resposta e competências do recém--nascido.

Dada a dificuldade da sua aplicação, mesmo em contexto experimental, os mesmos autores construíram uma forma abreviada, apenas com 26 questões, consideradas pelos autores como altamente correlacionadas com os resultados da totalidade do inventário, abrangendo apenas as cinco primeiras dimensões, já que os resultados obtidos com a "Aceitação parental" e "Imagem corporal", não tiveram correlações significativas com a restante escala.

As dimensões deste Inventário exploram os sentimentos de competência/ incompetência da mãe face aos cuidados a prestar ao recém-nascido quer do ponto de vista físico quer emocional, a sua capacidade e confiança para assumir a função

materna, a adaptação ao bebé real e luto do bebé idealizado, a satisfação obtida na relação com o seu bebé, bem como os sentimentos com que viveram a gravidez e o parto.

4.2.4 - **Inventario de Percepciones Maternas** de Atkin, Olvera, Givaudan e Landeros (1991)

Este inventário foi concebido por um conjunto de investigadores do Instituto Nacional de Perinatalogia da cidade do México para a realização de um estudo sobre a interacção mãe-bebé, sua relação com as percepções maternas e com o desenvolvimento do bebé.

Dado o contexto cultural da população envolvida no estudo, os investigadores optaram por fazer uma adaptação de alguns dos instrumentos de avaliação habitualmente utilizados, integrando-os numa entrevista que dividem em três secções:

- **Erro! Marcador não definido.** A primeira secção destina-se a avaliar percepções maternas específicas relativamente a comportamentos semelhantes aos avaliados pelo Brazelton Neonatal Behaviour Assessment Scale, sendo algumas das questões adaptadas do Mother's Assessment of the Behaviour of her Infant de Field, Dempsey, Hallock e Sherman (1978), que citam, outras construídas de forma a identificar situações que ocorrem naturalmente. Tal como nas escalas em que se inspira, as questões agrupam-se em quatro dimensões: orientação e alerta (processos interactivos sociais), irritabilidade e regulação de estados (processos de organização - controlo do estado), respostas motoras (processos interactivos motores) e regulação autónoma (processos de organização - resposta fisiológica ao stress);
- **Erro! Marcador não definido.** A segunda secção inspira-se no Neonatal Perception Inventory de Broussard e Hartner (1971) e inclui a comparação entre o seu bebé e um bebé da mesma idade, perguntando-se às mães se consideram o seu bebé melhor, igual ou pior, relativamente às seguintes áreas de funcionamento: sono, capacidade de estar alerta, orientação, força, facilidade em ser consolado, choro, alimentação, sucção, atractividade, esperteza e facilidade para os cuidados diários;
- **Erro! Marcador não definido.** A terceira secção é composta por questões suplementares sobre as atitudes da mãe relativamente ao comportamento do bebé e actividades de estimulação.

No estudo piloto realizado com este instrumento num grupo de díades normais, as mães e os bebés foram avaliados seis vezes - às 24h, 72h, 10, 20, 30 e 45 dias. Os autores verificaram a utilidade do Inventário de Percepções Maternas (IPM) para a compreensão dos processos de adaptação mãe-bebé nos primeiros 45 dias de vida. Num outro estudo, com as mães e bebés da Unidade de Cuidados Intensivos, verificaram também que as percepções das mães, avaliadas através do IPM, reflectiam a avaliação feita pelos técnicos relativamente aos processos de desenvolvimento e organização dos bebés.

Procurámos, ao longo deste capítulo, abordar algumas perspectivas teóricas de autores cujos trabalhos salientam a importância do estudo das atitudes, sentimentos e percepções dos pais para o processo interactivo pais-bebé. Caracterizámos também alguns instrumentos utilizados para avaliar estas dimensões, sob a forma de entrevista, de questionário, de escalas de avaliação do bebé ou de escalas de auto-avaliação.

Se a compreensão deste processo é decisiva nas díades com bebés normais, no caso das crianças com deficiência ou em risco ainda mais importante se torna a avaliação e compreensão das dimensões subjectivas do próprio comportamento interactivo, cuja análise e significado terá um papel decisivo na intervenção que se venha a delinear.

Capítulo 4

Um bebé diferente:
Que consequências para a interacção?

1. Introdução

Debruçámo-nos sobre o processo de desenvolvimento dos bebés normais durante o primeiro ano de vida, bem como sobre as características do processo interactivo que estabelecem com as suas mães e factores que o podem influenciar.

O modelo de espiral transaccional em que nos colocámos, dá igual ênfase ao papel do bebé e da mãe, reconhecendo determinantes internas - características de ambos os elementos da díade - e determinantes externas - contexto familiar e social em que se encontram inseridas - para o processo interactivo que entre ambos se desenvolve.

A existência de um bebé com deficiência na família potencializa a hipótese de se estabelecerem alterações no processo de desenvolvimento interactivo e vinculação, podendo este facto ser devido às características da própria criança - pelo comportamento específico do bebé que pode ou não estimular ou ser reactivo ao dos pais - pelas percepções e convicções dos pais relativamente ao que o bebé é capaz ou não de fazer e, ainda, por factores de ordem emocional.

Neste capítulo daremos especial ênfase às características das crianças e das mães bem como ao processo adaptativo a que estas serão obrigadas no sentido de salvaguardar a integridade dos mecanismos interactivos e de vinculação, assegurando aos seus bebés o melhor desenvolvimento possível.

Aprofundaremos as características dos bebés pré-termo e dos bebés com síndrome de Down. Ambos têm sido objecto de estudo desde há longos anos. Os primeiros porque a imaturidade biológica com que nascem os coloca numa posição de particular vulnerabilidade e risco; os segundos porque o diagnóstico precoce da deficiência permite um estudo, também precoce, das condições do seu desenvolvimento e das características que determinam alterações no processo interactivo. Em ambos os casos, os processos de adaptação familiar vão ser postos à prova desde o momento do nascimento do bebé, tornando-se assim populações privilegiadas para o estudo que pretendemos levar a cabo.

2. O processo interactivo nas díades com bebés com deficiência ou em risco

As crianças com deficiência têm sido consideradas diferentes das crianças normais em algumas áreas do desenvolvimento. As suas características específicas, variáveis segundo o tipo de deficiência, podem interferir no processo interactivo e posteriormente na vinculação, colocando aos pais maior responsabilidade no processo de interacção e de adaptação mãe-bebé, o que provoca nas suas famílias aumento da situação de stress, aumento dos sentimentos depressivos, maior dificuldade na expressão de sentimentos negativos, aumento dos sentimentos de posse relativamente ao bebé, diminuição dos sentimentos de competência e menor prazer na interacção com o bebé. No que respeita às atitudes, as mães dos bebés com deficiência têm sido caracterizadas como rejeitantes e punitivas mas também superprotectoras, demonstrando menos calor e afecto na interacção com um bebé que é também mais neutro (Crnic, Friedrich & Greenberg, 1983 e Peterson, 1988).

O ritmo de desenvolvimento mais lento, menor responsividade social, temperamento mais difícil, maior frequência de padrões de comportamento esteriotipado e exigências de cuidados maiores ou especiais, são algumas das características que potencialmente influenciam o stress experimentado pelas mães dos bebés com deficiência. Correlacionando as respostas das mães a uma série de questionários, com as avaliações de observadores a uma sessão de ensino, Beckman (1983) conclui que os factores da criança que maior stress provocam nas mães são um maior número de exigências em termos de cuidados diários, menor responsividade social, dificuldades temperamentais e existência de comportamentos de auto--estimulação. A elevada correlação encontrada entre temperamento, responsividade e exigências de cuidados diários, parece poder indicar que estes três factores abordam uma mesma dimensão do comportamento do bebé a que o autor chama "difícil de tratar".

Em termos interactivos regista-se uma assincronia, com as mães demonstrando maior actividade sendo os bebés menos responsivos e submissos às suas mães. Em termos comunicativos verifica-se também menor sincronia, com a existência de padrões de vocalização do bebé e linguagem materna não contingentes.

Os resultados de vários estudos parecem indicar que em qualquer das situações interactivas estudadas - alimentação, interacção face a face ou brincadeira livre - se cria uma situação de ciclo vicioso: "O bebé é relativamente inactivo e irresponsivo e a mãe tenta despertá-lo tornando-se cada vez mais activa ou estimuladora. Isto, por sua vez leva a maior passividade por parte do bebé. Embora as actividades das mães pareçam encorajar maior actividade ou responsividade no bebé, esta estratégia é contraproducente dado que leva a menor e não a maior responsividade do bebé" (Field, 1983, p.254). Quatro factores explicativos são avançados por este autor para explicar a hiperactividade e directividade das mães registada por todos os trabalhos citados:

- **Erro! Marcador não definido.** A frustração pelas poucas respostas recebidas dos bebés - que têm um repertório reduzido de vocalizações e sorrisos, recusam frequentemente o contacto visual e são frequentemente avaliados pelas suas mães como tendo um temperamento difícil - levaria a uma espécie de agressividade por parte das mães, por estas entenderem os seus comportamentos como aversivos, percepção esta que se generalizaria a todas as situações mesmo aquelas em que os bebés não apresentassem esses comportamentos;
- **Erro! Marcador não definido.** As mães seriam mais activas para compensar a inactividade dos bebés, como se quisessem "fazer de conta" que alguma interacção se está a desenrolar;
- **Erro! Marcador não definido.** As mães teriam a necessidade de ver nos seus bebés os comportamentos adequados à sua idade, o que as levaria a uma modelação mais frequente de comportamentos;
- **Erro! Marcador não definido.** Ao considerar estes bebés frágeis e atrasados, as mães tenderiam a ser superprotectoras, o que, em última análise resultaria num comportamento hipercontrolador.

Ao analisarem o comportamento directivo das mães das crianças com deficiência Mahoney, Fors e Wood (1990) verificaram que as mães que dominavam a interacção estavam intensamente focalizadas em dirigir os seus filhos no cumprimento de tarefas não relacionadas com a actividade em curso. Tal conclusão vem colocar um problema suplementar na validade e benefício, para as crianças, deste tipo de comportamento por parte das suas mães. Estes autores consideram que o comportamento mais directivo das mães dos bebés com deficiência tem sido explicado fundamentalmente por duas teorias:

- **Erro! Marcador não definido.** Uma centrada nas características da criança, sendo o comportamento directivo das mães explicado pela menor participação que estes bebés têm no processo interactivo. A favor desta explicação estão os resultados dos estudos de Mahoney e Robenalt (1986), citados por

Mahoney, Fors e Wood (op. cit.) e de Tannock (1988 b), em que a directividade da mãe aparece negativamente correlacionada com a participação da criança;

Erro! Marcador não definido. A segunda centra-se no objectivo do comportamento materno e explica a directividade pela intenção que as mães têm ao estabelecer a interacção com os seus filhos deficientes e que seria fundamentalmente no sentido de mudar o seu comportamento, instruindo-os ou encorajando-os a entrar em formas mais avançadas de comportamento. A favor desta teoria estão os estudos de Davis, Stroud e Green (1988), citados por Mahoney, Fors e Wood (op. cit.), que referem que as diferenças de comportamento directivo de mães com crianças normais e com crianças com deficiência deixam de ser significativas quando ambas são postas numa situação de ensino, já que nesta situação há um aumento significativo do comportamento directivo, mesmo nas mães das crianças normais, relativamente à situação de interacção livre.

As consequências do comportamento directivo das mães no desenvolvimento das crianças são também explicadas de forma diferente pelas duas teorias acima citadas. Para a primeira teoria explicativa, este tipo de comportamento da mãe tem efeitos positivos no aumento do nível de participação das crianças. Para a segunda, a directividade da mãe pode mesmo ser condição indispensável para a promoção de desenvolvimento das crianças com deficiência mentais. Esta teoria está na base de inúmeros programas de intervenção precoce. No entanto, tal como Crawley e Spieker (1983) e Rosenberg e Robinson (1988), citados por Mahoney, Fors e Wood (1990) já tinham referido, esses benefícios só existem se a directividade da mãe for combinada com responsividade e contingência, o que não se verificou no estudo referido por Mahoney, Fors e Wood (op. cit.) nem se verificara em anteriores estudos deste autor (Mahoney, Finger & Powell, 1985, e Mahoney & Powell, 1988), de novo citados. Pelo contrário, o estudo de Leitão (1992) a que adiante nos referiremos com maior detalhe, aponta para uma directividade da mãe associada às condutas menos evoluídas das crianças com deficiência, aparecendo por isso como um comportamento favorecedor do seu desenvolvimento.

3. Os bebés pré-termo

Segundo os critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde, citados por Widerstrom, Mowder e Sandall (1991), o bebé pré-termo é aquele que nasce de uma gravidez com menos de 37 semanas. Muitos destes bebés nascem com um peso adequado ao seu tempo de gestação, mas outros, cujo peso ao nascer seja inferior ao percentil 10 ou dois desvios padrões abaixo da média do peso para a idade gestacional, são considerados Leves para a Idade Gestacional - LIG (Bennett,

1987, citado por Widerstrom, Mowder & Sandall, 1991). A distinção entre estes dois tipos de bebés é extremamente importante: os últimos estão numa situação de maior risco de problemas médicos no período neo-natal, já que se considera que algum problema durante a gestação impediu o crescimento do bebé. Num trabalho de análise da evolução dos bebés nascidos com baixo peso, Vohr e Garcia-Coll (1988) citam algumas complicações de maior ou menor gravidade que surgem com grande frequência nos bebés pré-termo ou nascidos com baixo peso: síndrome de dificuldade respiratória, hiperbilirrubinémia, displasia broncopulmunar e hemorragia periventricular e intraventricular com consequências muito diferentes no prognóstico de desenvolvimento destes bebés.

3.1 - Características dos bebés pré-termo

A mais conhecida e utilizada forma de avaliação neurocomportamental é a Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale. Na sequência desta escala, Als, Lester, Tronick e Brazelton (1982), organizaram uma escala de avaliação semelhante destinada aos bebés pré-termo: Assessment of Preterm Infant's Behavior - APIB. Posteriormente, Lester (1989) e Lester, Boukidis, McGrath, Censullo, Zahr e Brazelton (1990), citados por Lester (1992), interessaram-se pelo estudo da actividade fisiológica nos bebés pré-termo enquanto eram avaliados pela BNBAS à data prevista para o seu nascimento.

Citaremos com maior detalhe o trabalho da equipa de Brazelton e colaboradores, já que fornece um forte suporte teórico relativamente aos princípios que devem nortear a avaliação das competências do bebé normal e também do bebé pré-termo. Segundo os mesmos autores, o desenvolvimento é regido por quatro princípios gerais que têm as suas origens na etologia, embriologia, embriologia celular e neurofisiologia:

Erro! Marcador não definido. O princípio da adaptação filogenética e ontogénica que pressupõe que ao longo da evolução das espécies existe, ao nível do sistema nervoso central, uma adaptação específica e selectiva entre o indivíduo e o ambiente, que se complexifica nas espécies mais evoluídas, dando origem, no caso da espécie humana, a uma pré-adaptação biológica para a interacção social num sistema diádico com o adulto que dele trata, elicitando e procurando no ambiente a organização interactiva a nível fisiológico, motor e de atenção que lhe é necessária para progredir no seu curso específico do desenvolvimento;

Erro! Marcador não definido. O princípio da transacção contínua entre o organismo e o meio que pressupõe que a característica principal do sistema nervoso central é a sua diferenciação e desenvolvimento a partir das

interacções com o ambiente, o que no caso da espécie humana é feito no seio de uma relação dual que permite o desenvolvimento de ciclos de sono e alerta e promove um nível óptimo de desenvolvimento;

Erro! Marcador não definido. O princípio ortogenético e sincrético que pressupõe que o desenvolvimento se dá inicialmente a nível global e não diferenciado e progressivamente ocorre uma diferenciação, articulação e integração hierárquica. Sander (1980), citado por Als, Lester. Tronick e Brazelton (1982) refere os três sistemas - sistema fisiológico, actividade motora e organização do estado - que o recém nascido tem de integrar sincronizadamente bem como a importância do ambiente para que esta sincronização ocorra;

Erro! Marcador não definido. O princípio da integração antagonista dual que permite o equilíbrio e a resposta adaptativa entre as necessidades de aproximação e as respostas de fuga, defesa e inibição.

Baseados nestes princípios gerais do desenvolvimento estes autores consideram que o recém-nascido pré-termo encontra grandes dificuldades não só porque é um organismo que está a viver num ambiente para o qual ainda não estava preparado, como porque o seu programa biológico foi despoletado demasiado cedo, antes que a normal sequência de diferenciação e integração tenha sido cumprida. Tal como o recém-nascido de termo, o bebé pré-termo tem algumas tarefas que vai progressivamente cumprindo, com maior ou menor dificuldade:

Erro! Marcador não definido. estabilização e integração das funções fisiológicas - respiração, ritmo cardíaco, temperatura, função digestiva e de eliminação;

Erro! Marcador não definido. equilibração destas funções relativamente às manipulações tácteis e vestibulares, com respostas adaptadas;

Erro! Marcador não definido. delimitação e diferenciação dos estados de sono e vigília.

De uma forma geral, o bebé pré-termo tem limiares mais vulneráveis relativamente aos estímulos: "... são simultaneamente hipo e hiperreactivos... têm elevados limiares sensoriais como um mecanismo de protecção, mas limiares baixos de respostas para elaborarem reacções de defesa face aos estímulos suficientemente fortes para passarem o seu limiar sensorial. Alguns bebés pré-termo mostram hipo e hiperresponsividade aos estímulos, não conseguem ou não criam habituação e têm padrões de reacção mais globais e difusos" (Vohr & Garcia-Coll, 1988, p.40). Num estudo de 1976, Rose, Schmidt e Bridger, citados por Vohr e Garcia-Coll encontram hiporesponsividade nas respostas cardíacas; Field (1979), citada pelos mesmos autores, pelo contrário, demonstra a dificuldade dos recém-nascidos pré-termo na habituação aos estímulos mesmo quando repetidos.

A organização motora dos bebés pré-termo é também caracterizada por um mau equilíbrio dos flexores e extensores o que pode originar respostas desadequadas às manipulações tácteis, sendo estas respostas mais intensas do que as respostas visuais em situações de estimulação social (McGehee & Eckerman, 1983, citados por Vohr & Garcia-Coll, 1988).

A alternância dos estados de vigília e alerta, bem como a manutenção num estado de alerta, especialmente num ambiente alterado como é o da Unidade de Cuidados Intensivos, pode ser difícil. Boukidis, Lester e Hoffman (1987), através de registos diários de sono/vigília/alimentação/desconforto/consolo, verificaram que os bebés pré-termo eram, durante os primeiros meses de vida, mais imprevisíveis do que os bebés de termo, o que originava nas suas mães maiores dificuldades de adaptação global.

Em situação de alimentação os bebés pré-termo são mais distráteis e as suas mães menos sensíveis aos seus comportamentos e ritmos alimentares, com tentativas constantes de estimulação da alimentação de que resulta uma cada vez menor responsividade (Field, 1980).

Os sinais emitidos pelo bebé pré-termo são por vezes menos claros ou distorcidos sendo difícil para a mãe compreender e antecipar os seus comportamentos (Lester, Hoffman & Brazelton, 1985 e Yoder, 1987). Lester (1992) ao analisar retrospectivamente o comportamento de bebés que tinham sido bem pontuados no Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale e aos dezoito meses obtinham notas muito baixas nas Escalas de Bayley, conclui que estes bebés estavam a emitir sinais contraditórios. Por detrás de uma aparente calma e disponibilidade para a interacção, sinais comportamentais que o parceiro interactivo interpretava, estava um grande stress fisiológico, mas essa sobrecarga não era visível para a mãe que continuava assim a responder-lhe ou a solicitá-lo, num comportamento aparentemente sincrónico que deixava o bebé exausto.

De acordo com Vohr e Garcia-Coll (1988) que referem estudos de DiVitto e Goldberg (1979), Holmes, Nagy, Slaymaker, Sosnoroski, Prinz e Pasternak (1982) e Sostek, Quinn e Davit (1982), são os bebés com maiores complicações neonatais, e não forçosamente os que nasceram com maior prematuridade que estão em maior risco e que apresentam maiores alterações nas provas de avaliação neurológica e neurocomportamental.

Se quiséssemos sintetizar as características dos bebés pré-termo, poderíamos citar Als, Lester, Tronick e Brazelton (1982) quando, caracterizando a organização global do comportamento, referem a existência de um contínuo de bebés: "Num extremo...

está o bebé hiperreactivo que está continuamente à mercê dos estímulos externos e internos. Este bebé reage-lhes sem ser capaz de... proteger a sua própria regulação. As suas reacções contínuas são extremamente dispendiosas porque o atrasam na consolidação da regulação do seu comportamento motor e organização de estado. Permanece altamente reactivo e penaliza severamente o seu sistema autónomo. Este ciclo vicioso pode eventualmente impedi-lo de crescer normalmente e pode possivelmente produzir um bebé hipersensível que não resiste. No outro extremo está o bebé letárgico e deprimido que não responde a qualquer estimulação, preservando o seu frágil sistema de regulação autónoma. Não consegue activar novas vias pela incorporação de nova informação; esta falha impede-o de desenvolver um repertório mais complexo. Um bebé assim pode, em última análise parecer deprimido, não comunicativo e restringido, quer a nível emocional quer a nível cognitivo " (Als, Lester, Tronick & Brazelton, op. cit., p. 49).

Esta citação parece-nos de facto resumir as dificuldades que os bebés pré-termo encontram no seu processo de organização interna, nomeadamente nos primeiros meses de vida. Estas dificuldades vão influenciar em maior ou menor grau o seu comportamento interactivo, sendo necessário, por parte das suas mães, uma sensibilidade muito especial para que a interacção se processe de forma harmoniosa.

3.2 - O processo interactivo nas díades com bebés pré-termo

Como vimos, as interacções de mãe-bebés pré-termo têm sido caracterizadas, genericamente, pela hipoactividade ou hiporesponsividade do bebé com frequentes comportamentos de aversão do olhar e hiperactividade da mãe que parece esforçar-se por trazê-los para a interacção, o que se traduz frequentemente num processo interactivo menos harmonioso.

Estes bebés são espontaneamente menos alertas e mais difíceis para se manterem num estado de alerta (Field, 1980) ; as mães de bebés pré-termo falam menos com eles, têm menos contacto visual, vocalizam, sorriem e tocam menos estes bebés do que fazem as mães dos bebés normais (Goldberg, Brachfeld & DiVitto, 1980 e Goldberg, Perrota, Minde & Corter, 1986).

Também o choro dos bebés pré-termo e a influência que tem na sua mãe tem sido estudado. Segundo Vohr e Garcia-Coll (1988), citando estudos de 1978 de Lester e Zeskind e de Field, Hallock, Ting, Dempsey, Dabiri e Shuman, os recém-nascidos pré-termo têm episódios de choro mais curtos ou choram menos. As características

acústicas do choro são também diferentes, sendo este sentido pelas suas mães como mais aversivo do que o dos bebés normais (Lester, 1992).

Pelas características já analisadas, os bebés pré-termo têm sido encarados como parceiros menos aptos e com menor contribuição para a interacção social: são menos alertas, menos responsivos, menos activos, quer durante o período neonatal como durante os primeiros meses de vida (DiVitto & Goldberg, 1978, citados por Vohr & Garcia-Coll, 1988 e Field, 1980) o que leva os seus pais a compensá-los sendo mais activos mas sentindo-se menos felizes e demonstrando menos sentimentos de afecto positivo com a interacção estabelecida (Crnic, Friedrich & Greenberg, 1983).

O ritmo da interacção mãe-bebé em episódios face a face é também diferente nos bebés pré-termo: estas díades mostram-se menos capazes de coordenar os seus comportamentos cíclicos de afecto e atenção durante os episódios de interacção social, demonstrando portanto menos sincronia, o que Lester, Hoffman e Brazelton (1985) explicam pela dificuldade dos bebés pré-termo em organizar a informação proveniente do exterior. No seu estudo comprovam também que mesmo aos cinco meses a interacção é sempre dominada pela mãe, ao contrário do que acontece nas díades com bebés de termo. Estes autores concluem que parece haver um estilo modal de interacção diferente nos bebés pré-termo, que poderá ter implicações no desenvolvimento sócio-emocional futuro, já que está bem demonstrada a relação entre a sincronia da interacção nos primeiros meses de vida e o desenvolvimento de padrões seguros de vinculação no final do primeiro ano.

O tempo de fixação do olhar e as demonstrações de comportamentos de afecto positivo/negativo em situação de interacção face a face, foram também estudados por Malatesta, Grigoyev, Lamb, Albin e Clayton (1986), que, utilizando idades corrigidas para os bebés pré-termo, analisam as diferenças entre estes e bebés de termo de dois meses e meio, cinco e sete meses. Os bebés pré-termo passam menos tempo a olhar para as suas mães do que os bebés de termo e têm mais expressões de afecto negativo. Quanto ao comportamento das mães, verificou-se que enquanto que as mães dos bebés de termo tinham comportamentos contingentes relativamente a todas as expressões dos bebés, as mães dos bebés pré-termo não imitavam expressões de surpresa ou tristeza.

Embora o objectivo do seu estudo seja a comparação das atitudes e percepções de pais e mães relativamente ao bebé pré-termo durante a sua estadia na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios, alguns aspectos do trabalho de Levy-Shift, Sharir e Mogilner (1989), parecem-nos importantes. Referem que o estado do bebé e os sentimentos dos pais são importantes mediadores do processo interactivo que

se desenvolve nos primeiros tempos de vida do bebé pré-termo: um estado de maior alerta do bebé corresponde a um aumento dos comportamentos interactivos que estes autores consideram passivos (pegar, olhar, sorrir); a inactividade ou mal-estar do bebé desencadeia nos pais comportamentos interactivos activos (falar, brincar ou estimular), numa tentativa de compensar a maior fragilidade e vulnerabilidade providenciando maior estimulação, ou de se adaptar à falta de actividade e responsividade, sendo eles próprios mais activos, tentando assim elicitar qualquer resposta.

As respostas afectivas dos bebés pré-termo (com seis meses de idade corrigida) em situação de interacção mãe-bebé com objectos e em situação de brincadeira estando sozinhos, foram comparadas com as de bebés de termo (com seis meses), por Garner e Landry (1992). Dado que estudos anteriores tinham concluído que os bebés com maiores complicações médicas no período neonatal eram aqueles que alguns anos mais tarde continuavam a apresentar sinais de atraso, o grupo dos bebés pré-termo foi subdividido em bebés de alto risco (que os autores citados consideram ser constituído por bebés com menor peso ao nascer, menor tempo de gestação e história de hemorragia intraventricular grave com posterior displasia broncopulmonar) e de baixo risco. As conclusões dos autores referem-se não só à comparação entre os bebés pré-termo e de termo, mas também às diferenças entre os dois grupos de bebés pré-termo. Todos os bebés evidenciaram maior número de sorrisos quando estavam em brincadeira conjunta com a mãe do que quando estavam sozinhos, mas de todos os grupos, o de bebés de alto risco foi o que evidenciou menos respostas positivas, sugerindo que são as complicações neonatais e não apenas a prematuridade que justificam um menor número de sorrisos. Este mesmo grupo de bebés é aquele que maior diferença tem no comportamento sozinho e com a mãe, com muito baixo interesse na primeira condição, como se a sua maior imaturidade necessitasse da presença de alguém mais competente que estruturasse a sua brincadeira.

Citamos este trabalho por nos parecer extremamente importante chamar a atenção para a necessidade de avaliar cuidadosamente as situações de risco dos bebés nascidos prematuramente para, atempadamente, implementar o apoio educativo que venha a ser necessário.

Poderíamos concluir esta breve análise de alguns dos estudos sobre as características interactivas dos bebés pré-termo, reforçando a ideia de que a individualidade de cada bebé, os factores de risco que rodearam o seu nascimento bem como a percepção que da sua situação têm os pais, vai ser determinante no seu desenvolvimento futuro.

3.3 - O desenvolvimento dos bebés pré-termo

Alguns estudos longitudinais, com enfoque em aspectos diversos do comportamento, desenvolvimento cognitivo e padrões de interacção, têm permitido estudar a evolução dos bebés pré-termo e do processo interactivo que estabelecem com as suas mães.

Crawford (1982) analisou as interacções espontâneas entre as mães e os bebés pré-termo aos seis, oito, dez e catorze meses de idade, num total de quatro sessões de meia-hora em cada uma das idades. Dos comportamentos do bebé analisados - vocalizações, olhar para objectos ou locais, olhar para o ambiente, agitação/choro e brincadeira com objectos - conclui que os bebés pré-termo têm comportamentos diferentes dos bebés de termo, vocalizando e brincando menos com os objectos, tendo maior número de comportamentos de agitação e choro bem como de olhares para os objectos e para o ambiente, embora todas essas diferenças - com excepção do menor número de vocalizações - tendessem a desaparecer aos catorze meses. Quanto aos comportamentos das mães - pegar, cuidados de rotina e comportamentos de afecto - verificou-se que as mães dos bebés pré-termo têm maior número de comportamentos de cuidados e pegam mais nos bebés, mas estas diferenças desapareciam também aos catorze meses. Estes resultados, quer no comportamento das mães quer no comportamento dos bebés permitem que o autor conclua que, à medida que o bebé pré-termo cresce, o seu comportamento assemelha-se cada vez mais ao do bebé de termo: "A contribuição comportamental do bebé para a interacção com a mãe torna-se cada vez mais semelhante à do bebé de termo" (Crawford, 1982, p. 961) .

No estudo acima referido, este autor usa quer a idade cronológica, quer a idade corrigida em função da prematuridade (esta exclusivamente no caso dos bebés pré--termo de oito e dez meses que foram também comparados com bebés de termo de seis e oito meses respectivamente). Este aspecto parece-nos extremamente importante já que tem em conta não só os factores biológicos do bebé, como a importância que, em termos interactivos, assume o tempo real que se passa com o bebé: "Os estudos de observação que usam a idade corrigida... ignoram o facto que as mães viveram com o seu bebé um período de tempo baseado na idade cronológica do bebé. A separação precoce e prolongada pode ter enfatizado este leque de tempo... As mães dos bebés pré-termo têm bebés imaturos do ponto de vista comportamental... Mas é a estes bebés imaturos que têm de responder e com eles que têm de viver. A idade cronológica... é um factor significativo para as mães dos bebés pré-termo quando estão face à tarefa de manter a interacção" (Crawford, 1982, p. 961).

Outros estudos obtêm resultados em alguns aspectos contraditórios: a menor actividade e responsividade, menor número de vocalizações de sorrisos e de comportamentos de afecto positivo encontrados aos quatro meses mantém-se aos oito e aos doze meses, mantendo-se também uma maior actividade e estimulação das mães ao longo de todo o primeiro ano de vida.

O comportamento interactivo das díades com bebés pré-termo é também diferente do das díades com bebés de termo: "... As mães dos bebés pré-termo emitem mais sinais sociais sem a sinalização recíproca dos seus bebés... descrevendo uma assincronia na relação... a interacção mãe-bebé pré-termo é balanceada no nível da actividade de um único membro da díade. Quando a mãe está activa o bebé não está... O comportamento persistentemente activo destas mães foi caracterizado como hiperestimulador e intrusivo, enquanto que os bebés estão inatentos e não- -responsivos. O padrão interactivo aparece então circular e recíproco, já que a falta de responsividade dos bebés elicita maior actividade materna de suporte às respostas. O bebé pré-termo tenta controlar a situação com aversão do olhar e inatenção, elicitando novamente actividade materna contraproducente" (Cnirc, Ragozin, Greenberg, Robinson & Basham, 1983, p. 1208).

Vários outros trabalhos realizados com bebés pré-termo revelam que os resultados obtidos numa escala de desenvolvimento quer aos nove meses (Beckwith, Cohen, Kopp, Parmelee & Marcy, 1976, citados por Field, 1983) quer aos dois anos (Sigman & Parmelee, 1979, citados por Field, 1980) estão fortemente correlacionados com a interacção mãe-bebé durante os primeiros meses de vida; Frodi e Thompson (1985), citados por Beckwith (1990) e Goldberg, Perrota, Minde e Corter (1986), não encontram diferenças significativas nas classificações de padrões vinculativos ou nos padrões de afecto positivo; Goldberg, Perrotta, Minde e Corter (op. cit.) consideram no entanto que há mais bebés pré-termo que são apenas marginalmente seguros e Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick e Roloff (1986), citados por Beckwith (1990), consideram que mais crianças com complicações no período neonatal são mais frequentemente classificadas como inseguros/resistentes.
O comportamento interactivo das díades com bebés pré-termo em situação de ensino foi estudado em 1984 por Barnard, Bee e Hammond, citados por Vohr e Garcia-Coll (1988). Estes autores realizaram um estudo longitudinal com observa-ções aos quatro, oito e vinte e quatro meses, verificando que enquanto que os bebés pré-termo mostravam comportamentos cada vez mais semelhantes aos dos bebés de termo, os padrões de sensibilidade e ritmo dos comportamentos maternos tendiam a diminuir de qualidade, concluindo que o padrão interactivo desadequado poderá manter-se mesmo quando as competências do bebé pré-termo já são semelhantes às do bebé de termo.

Os resultados contraditórios dos estudos da consequência da prematuridade, vêm reforçar a ideia - que nos parece também fundamental realçar - de que o grupo dos bebés pré-termo não é um grupo homogéneo e que embora os vários subgrupos possam ser considerados mais frágeis, uma família que emocionalmente consiga compensar o déficit interactivo destes bebés, poderá ajudar a ultrapassá-lo, não se encontrando grandes diferenças nas futuras respostas e adaptação afectivas.

Numa perspectiva mais abrangente do que os trabalhos que temos citado, parece-nos importante referir o estudo de Boukydis, Lester e Hoffmann (1987) que analisam as relações entre a prematuridade, a dificuldade de adaptação, o temperamento infantil, o envolvimento parental e a influência da rede formal e informal de apoio, comparando os resultados das famílias dos bebés pré-termo com as dos bebés de termo. Conclui que os factores de apoio familiar são decisivos para o processo de adaptação da mãe e que as dificuldades sentidas pelas mães relativamente ao temperamento dos seus bebés, não diferindo significativamente entre os dois grupos, se correlacionavam sempre com a adaptação familiar global.

Field (1983) alerta para o facto das continuidades encontradas nos padrões de desenvolvimento dos bebés pré-termo poderem ser devidas a factores de grupo e a limitações dos estudos ou a factores específicos de uma cultura ou subgrupo, sugerindo assim que as decisões relativas à implementação de programas de apoio e de intervenção precoce sejam tomadas com o maior cuidado. A estes aspectos nos referiremos com maior detalhe no capítulo sobre intervenção precoce.

4. Os bebés com síndrome de Down

Desde que, em 1867, Langdon Down propôs uma descrição compreensiva de uma situação caracterizada pela existência de determinadas características fisiológicas a que chamou mongolismo, várias investigações permitiram determinar as caracte-rísticas específicas desta síndrome, nomeadamente as suas alterações genéticas. A partir dos trabalhos de Coleman (1978), citado por Fisher (1988), são actualmente considerados três tipos de síndrome de Down, todos eles ligados a anomalias no cromossoma 21: *Trisomia 21 livre*, em que os indivíduos são portadores de um cromossoma 21 suplementar; *Mosaico* em que apenas algumas das células têm esse cromossoma suplementar e *Translocação* em que o braço mais longo do cromossoma 21 está partido e agarrado a um outro cromossoma. O mesmo autor refere que cerca de 91% dos indivíduos atingidos têm Trissomia 21 livre e que esta anomalia cromossómica tem uma incidência de 1/660 recém-nascidos.

A partir dos anos cinquenta foram realizadas inúmeras investigações em que as crianças portadoras de síndrome de Down foram comparadas com a população normal. Analisando os seus resultados, Fisher (op. cit.) refere a existência de déficits ao nível da cognição, afecto, contacto visual, modulação do estado de alerta, atenção, competências linguísticas e comportamentos pré-verbais sócio-comunicativos, sendo a área da comunicação aquela em que o atraso destas crianças é mais visível.

Leitão (1992) faz uma revisão exaustiva da literatura sobre esta matéria enunciando não só as características e estilo interactivo específico das crianças com síndrome de Down, como os estudos comparativos realizados nas últimas duas décadas com díades em que o bebé é portador desta deficiência. O seu estudo será portanto uma referência constante neste ponto do nosso trabalho e as conclusões da sua investigação, nomeadamente no que respeita à interacção mãe-bebé com síndrome de Down serão comparadas com as de outros autores com trabalhos semelhantes. Retomaremos alguns dos pontos focados, embora de uma forma menos exaustiva e procuraremos complementar alguns dos aspectos referidos por este autor, apresentando as conclusões de alguns trabalhos não citados.

4.1 - As características dos bebés com síndrome de Down

Antes de referirmos alguns aspectos em que os bebés com síndrome de Down têm características diferentes dos bebés normais, parece-nos importante salientar que, tal como na população normal, também nos bebés com deficiência existe grande diversidade e variabilidade. Referindo-se exclusivamente à capacidade intelectual, Connolly (1978, p.196) afirma: "Argumentarei que a base genética da síndrome de Down levou os clínicos a assumir de forma ligeira que todas as pessoas com síndrome de Down são tão semelhantes na sua capacidade intelectual como o são na sua aparência física". Também Gunn e Berry (1989) alertam para este aspecto e referem que em muitos estudos comparativos apenas são apontados resultados médios em termos de Q.I., havendo a possibilidade de que a variabilidade intra-grupo seja tão grande que anule a significância das diferenças nos dois grupos comparados, referindo: "Num grupo de bebés Australianos com um ano e também num grupo de bebés Canadianos, encontrámos uma variação de idades de desenvolvimento de oito meses, apesar das crianças terem intervenção semelhante" (Gunn & Berry, op. cit., p. 239).

Embora esta variabilidade esteja sobretudo documentada nos aspectos do desenvolvimento cognitivo, podemos supor que ela existe também nos demais aspectos do desenvolvimento que em seguida iremos analisar.

A regulação dos estados de vigília e sono, é, como anteriormente vimos, uma das principais funções do recém-nascido. Na literatura revista, não encontrámos estudos comparativos entre bebés normais e bebés com síndrome de Down relativamente a esta questão, sendo os trabalhos de Motti, Cicchetti e Sroufe (1983) e de Richard (1986), os que referem, ainda que em termos hipotéticos, uma maior lentidão no desenvolvimento do controlo de estádios nos bebés com síndrome de Down: "Quando comparados com bebés normais pode esperar-se que os bebés com síndrome de Down mostrem maiores dificuldades em acordar do sono profundo ou em serem acalmados quando sobreestimulados... podendo necessitar de um período mais longo em atingir uma clara diferenciação de estados" (Richard, op. cit., p. 58). Também o trabalho de Gath (1978), citado por Leitão (1992), aponta para conclusões semelhantes já que refere que nas duas primeiras semanas de vida, os bebés com síndrome de Down dormiam mais durante os intervalos da alimentação, eram menos reactivos às situações de desconforto e, durante a noite, uma percentagem significativamente mais elevada do que no grupo dos bebés normais, não acordava. Richard (1986) considera que estas diferenças na regulação e controlo de estádios se devem não só a uma maturação neurológica mais lenta como a diferenças individuais no temperamento destes bebés.

No que se refere aos estudos sobre o temperamento, Richard (op. cit.) cita o trabalho de Rothbart (1981), em que este autor analisa, em bebés normais, oito variáveis temperamentais - nível de actividade, medo, reacção às limitações de movimentos, facilidade de ser consolado, sorriso e riso, ritmo dos ciclos de sono, duração da orientação da atenção e distractibilidade. Rothbart e Hanson (1983) comparam os resultados dos bebés normais do estudo anterior com os dos bebés com síndrome de Down, sempre a partir da avaliação feita pelas suas mães aos seis, nove e doze meses, avaliando ainda o desenvolvimento motor, actividade vocal e respostas de sobressalto. Os bebés com síndrome de Down mostraram mais medo - maior tempo de latência na aproximação a estímulos novos - maior duração da orientação da atenção e mais frequentes respostas de sobressalto face a ruídos súbitos - avaliada pelos movimentos das pálpebras - bem como um número significativamente menor de sorrisos ou risos, actividades vocais e menor desenvolvimento motor, não tendo sido encontradas diferenças significativas nos outros parâmetros avaliados.

O início mais tardio do sorriso e do riso e a contenção destas expressões de afecto positivo - que são menos intensas e ocorrem com maior tempo de latência - caracterizam o afecto a que, Jens e Johnson (1982), citados por Richard (1986), chamam de afecto neutro.

Nos aspectos referentes à duração da orientação da atenção, os resultados obtidos por Lewis e Brooks-Gunn (1984) utilizando paradigmas de habituação a estímulos repetidos, vêm confirmar atrasos na recognição e resposta mnésica destes bebés que, com idade de desenvolvimento entre três e sete meses, se mantêm atentos ao mesmo estímulo por mais tempo, não revelando habituação, o que os autores interpretam como dificuldade de processamento da informação.

Utilizando uma situação experimental muito diferente - observação do comportamento de bebés com uma idade de desenvolvimento média de 5 meses em situação de brincadeira na presença da mãe ou em situação de brincadeira conjunta com a mãe - Landry e Chapieski (1990) vêm confirmar estudos de 1981 de Berger e Cunningham que citam e também os de McCollum (1987), Jones (1980) e Krakow e Kopp (1983) relativamente aos padrões de atenção dos bebés com síndrome de Down. Citando os trabalhos de Bakeman e Adamson (1984) e aceitando a definição que estes autores dão de atenção conjunta - processo de aprendizagem da coordenação da atenção visual com outra pessoa em relação aos objectos - põem como hipótese que estes bebés terão dificuldades no desenvolvimento deste processo. Concluem que os bebés com síndrome de Down só muito lentamente são capazes de desviar a atenção da mãe para se focalizarem nos brinquedos. Quando o fazem, há um decréscimo muito grande da atenção às mães, revelando dificuldades no uso diferencial da atenção, o que, segundo estes autores, pode predizer menor capacidade intelectual: "É a capacidade de mudar a atenção entre objectos mais do que a capacidade de manter a atenção num objecto particular que melhor prediz o futuro desenvolvimento mental de bebés de alto risco... A capacidade para mudar a orientação da atenção em coordenação com outra pessoa é uma competência crítica no processo de atenção conjunta e é aquela em que os bebés com síndrome de Down parecem ter uma dificuldade particular... A maior quantidade de tempo que passam a olhar para as suas mães é um comportamento de atenção menos evoluído, que consequentemente, lhes faz passar menos tempo a explorar e aprender sobre o seu envolvimento físico..." (Landry & Chapieski, op. cit., pp. 495-496).

Um menor número de comportamentos espontâneos de exploração e a dificuldade de abordagem de situações novas manifestadas pelos bebés com síndrome de Down é explicada por Rauh (1989), citando Wishart (1986) como um "comportamento de evitamento cognitivo", no sentido em que estes bebés tenderiam a regredir para um nível inferior de comportamento quando postos perante uma situação envolvendo um mínimo de dificuldade e desafio.

O comportamento visual dos bebés com síndrome de Down foi também investigado por Jones (1980) que distingue três categorias de contactos visuais com intenção

comunicativa: olhar mútuo, contacto visual de jogo, olhar referencial. Enquanto que nas crianças normais três quartos dos olhares são do tipo referencial, nas crianças com síndrome de Down, há uma diminuição significativa deste último tipo em que o olhar serve como sinal comunicativo acerca de um terceiro acontecimento na interacção, como por exemplo um brinquedo. Esta dificuldade particular dos bebés com síndrome de Down mostra os menores poderes de sinalização e comunicação destes bebés.

Vários autores têm investigado as características do comportamento vocal dos bebés com síndrome de Down. Alguns autores (Gisel, Lange & Niman, 1984 e Harris, 1983, citados por Richard, 1986), avaliam os efeitos que a hipotonia que caracteriza estes bebés pode ter nos órgãos do aparelho fonador, nomeadamente na língua baixa e projectada para a frente, na abertura da boca e num menor controlo da língua, dos lábios e maxilares. Dodd (1972) e Smith e Oller (1981), citados por Proctor (1988), fizeram o registo e transcrição fonética das vocalizações emitidas por dez bebés entre os nove e treze meses - no caso do primeiro estudo citado - e de dez bebés nos primeiros vinte e quatro meses de vida - no segundo estudo. Em nenhum dos estudos foram encontradas diferenças relativamente à frequência, início, duração, amplitude da vocalização e percurso do desenvolvimento até ao início das palavras. Stoel-Gammon (1980), citado por Richard (1986) refere que a sequência desenvolvimental das vocalizações reflexivas, os jogos vocálicos, o balbuciar e as aproximações às palavras seguem um padrão semelhante ao das crianças normais. Também Jones (1980) estudou as vocalizações deste tipo de bebés - seis bebés entre os oito e os vinte e quatro meses - num contexto interactivo com as suas mães. Os resultados são semelhantes aos acima citados, no entanto houve diferenças no padrão utilizado que, no caso dos bebés com síndrome de Down, se caracterizou por menor variedade de sons, havendo uma repetição em cadeia que contrasta com as variadas vocalizações dos bebés normais. Para além deste aspecto, Jones (op. cit.), encontra sobretudo diferenças no uso da comunicação, que surge menos bem faseada, o que vai ter implicações nas respostas obtidas por parte das suas mães o que o leva a afirmar: "Verificou-se uma tendência para as crianças com síndrome de Down vocalizarem com uma aparente falta de consideração para o seu papel no diálogo vocal. As suas vocalizações foram mais repetidas e mais próximas do que as das crianças normais. Este facto restringiu efectivamente as oportunidades de resposta das mães... O faseamento menos correcto das vocalizações feitas pelas crianças com síndrome de Down priva-os de experiências de aprendizagem da linguagem contingentes. As mães das crianças com síndrome de Down podem ter-se sentido "abandonadas" pelos seus bebés e encontraram grande dificuldade em se envolverem com eles num diálogo interessante, expansivo e bidireccional" (Jones, op. cit., p. 214).

Buckhalt, Rutherford e Goldberg (1978), pelo contrário, assinalam menor número de vocalizações em bebés com uma idade média de treze meses e meio que relacionam com um efeito cumulativo de anteriores tentativas interactivas que não foram bem sucedidas, aproximando-se esta explicação das conclusões do trabalho de Jones acima citado.

Os actos comunicativos simples e complexos dos bebés com síndrome de Down foram estudados por Bricker e Carlson (1980) e por Dunst (1980), citados por Richard (1986), tendo estes autores verificado que não havia um atraso significativo nos actos de comunicação isolados, mas que a coordenação das vocalizações, gestos e olhares, a fim de obter a cooperação do adulto, era sensivelmente mais tardia nos bebés com síndrome de Down que, para além disso, se comportavam da mesma forma com os seus pais e com outros adultos, o que não acontecia nos bebés normais.

Se considerarmos globalmente as características que acima referimos, nomeadamente o desenvolvimento tardio do sorriso e riso, as dificuldades no uso do olhar referencial, o uso desadequado de vocalizações, o atraso nos actos de comunicação envolvendo coordenação de gestos, vocalizações e olhares, torna-se evidente que os bebés com síndrome de Down são parceiros interactivos muito diferentes dos bebés normais.

4.2 - O processo interactivo das díades com bebés com síndrome de Down

Inúmeros autores se têm preocupado em analisar as características do processo interactivo nas díades em que os bebés são portadores de síndrome de Down. No que se refere às mães, as características mais frequentemente apontadas são a directividade e falta de responsividade. As crianças são, como já vimos, caracterizadas como sendo menos responsivas e mais passivas nas suas iniciativas. Este aspecto assume particular interesse e relevância para as questões da intervenção precoce, pelo que nos parece merecer alguma reflexão.

Como acima referimos, Leitão (1992) analisa detalhadamente um grande número de trabalhos experimentais comparando os seus resultados. Os primeiros estudos, nomeadamente de Buckhalt, Rutherford e Goldberg (1978), Buim, Rynders e Turnure (1974), Marshal, Hegrenes e Goldstein (1973) e Rondal (1977), citados por Leitão (1992) centram-se sobretudo nas variáveis maternas, procurando salientar as diferenças na estimulação a que as crianças com síndrome de Down eram sujeitas, quer em termos de envolvimento social quer linguístico, numa perspectiva ainda unidireccional do desenvolvimento. Verifica-se posteriormente uma evolução no

sentido da apreensão do próprio processo interactivo, em que para além das variáveis maternas, se analisam as variáveis da criança e as variáveis da interacção, sendo exemplo desta abordagem os trabalhos de Berger e Cunningham (1983), Crawley e Spieker (1983), Jones (1980) e Robenalt (1985), citado por Leitão (op. cit.). Os resultados dos primeiros estudos, que acentuavam as diferenças nas mães dos bebés com síndrome de Down e encontravam nestas padrões de comportamento mais directivos, são posteriormente postos em causa quando o contexto em que ocorrem esses comportamentos é analisado, acentuando-se as semelhanças no comportamento das mães, com igual sensibilidade e responsividade ao comportamento dos seus bebés.

Alguns autores têm, no entanto, chamado a atenção para a pouca fiabilidade e significado limitado das conclusões dos estudos que comparam, a partir da análise de curtos períodos de interacção, o comportamento das mães de crianças com deficiência com os das mães de crianças normais. McConachie (1989) refere que, genericamente lhes falta validade ecológica (já que não se interrogam sobre a validade do comportamento observado no contexto experimental nem em que medida ele é significativo do comportamento no dia a dia, ou até que ponto a mãe se sente perturbada pela própria situação de observação) e que, ao analisar a interacção a partir de um quadro de referência semelhante ao utilizado com crianças normais, interpretam diferenças relativamente ao padrão interactivo óptimo na criança normal como representando forçosamente uma experiência restritiva ou desvantajosa para a criança com deficiência e não como uma possível e necessária adaptação da sua mãe às características do estilo interactivo próprio da criança com deficiência.

Marfo e Kysela (1988) e Tannock (1988 a) alertam também para os problemas metodológicos dos estudos comparativos entre díades com bebés normais e com bebés com deficiência no que respeita ao processo interactivo:

Erro! Marcador não definido. No que respeita aos critérios de emparelhamento os primeiros estudos optam pela idade cronológica, o que acarreta algumas críticas que Marfo e Kysela (p.65, op. cit.) resumem: "... As crianças com deficiência mental não funcionam ao mesmo nível do que as crianças normais com idades semelhantes, sendo portanto provável que interajam de forma diferente... e que elicitem respostas diferentes das suas mães, não sendo portanto claro se as diferenças observadas entre estas duas categorias de mães são devidas a diferenças no diagnóstico dos seus filhos (deficiente versus não deficiente) ou a diferenças no seu nível global de desenvolvimento mental (ou diferenças em competências específicas, como a competência linguística)". Assim, estudos mais recentes optam pelo emparelhamento através da idade de desenvolvimento, esperando-se que as diferenças entre as

mães dos bebés com deficiência e dos bebés normais fiquem esbatidas, mesmo quando existem relativamente a bebés da mesma idade cronológica;

Erro! Marcador não definido. No que respeita às medidas utilizadas, a maior parte dos estudos limita-se à contagem de frequências de comportamentos independentes da mãe e do bebé o que não permite examinar o processo interactivo nos seus aspectos dinâmicos, recíprocos ou transaccionais, nem avaliar se há diferença na qualidade da interacção medida pela responsividade e sensibilidade da mãe às iniciativas de comportamento ou respostas do seu bebé. Para além deste aspecto, nem sempre há acordo entre os vários autores no que respeita à definição dos índices para avaliação dos comportamentos diádicos, nomeadamente directividade da mãe e responsividade da criança;

Erro! Marcador não definido. Por último, não são abordados os efeitos dos programas de intervenção precoce, que, na sua maioria, têm tido características didácticas, treinando os pais no ensino de competências específicas aos seus próprios filhos, o que poderá levar a um aumento da directividade das mães dos bebés com deficiência que tem sido demonstrado na literatura.

No estudo experimental que efectuam, Marfo e Kysella (1988) tentam ultrapassar estas limitações metodológicas comparando entre si cinco grupos de bebés com idades compreendidas entre os quatro e os vinte e quatro meses: três grupos de crianças com atrasos de desenvolvimento ou deficiência mental, emparelhados em termos de idade cronológica e de desenvolvimento, que se diferenciavam pela frequência e duração do programa de intervenção precoce; dois grupos de crianças normais, um emparelhado em termos de idade cronológica, outro em termos de idade de desenvolvimento. Uma sessão de trinta minutos de interacção livre foi analisada e codificada através de uma escala elaborada pelos mesmos autores e que permite não só registar o aparecimento e contagem de frequências de determinadas categorias de comportamentos interactivos como também a sua ordem de ocorrência, a fim de examinar a qualidade da interacção através de técnicas de análise sequencial.

Os resultados comparam as díades em dois aspectos: bebés com deficiência/não deficientes, bebés sem intervenção precoce/com programa de intervenção de curta duração/com programa de intervenção prolongado e são resumidos nos seguintes pontos:

Erro! Marcador não definido. Todas as díades exibem um padrão sequencial característico envolvendo gestos exprimindo afecto positivo das mães e dos bebés, quer a interacção seja liderada pelas mães quer pelos bebés. Nos três grupos de bebés com deficiência, independentemente do programa de intervenção, a direccionalidade é quase sistematicamente da mãe para o bebé.

Nas poucas sequências lideradas pelo bebé nestes grupos, as mães sem intervenção mostravam maior reciprocidade, mas globalmente não havia diferenças significativas relativamente aos grupos de bebés não deficientes;

Erro! Marcador não definido. O único comportamento suficientemente frequente dos bebés que elicitou imediatamente reforço por parte de todas as mães foi a obediência a ordens verbais, sendo no entanto as mães dos bebés não deficientes mais avançados em termos de idade de desenvolvimento que proporcionam maior grau de reforço;

Erro! Marcador não definido. Todas as mães utilizam ajudas físicas na sequência de uma instrução verbal, mas são sobretudo as dos bebés não deficientes que o fazem;

Erro! Marcador não definido. A imitação dos padrões de vocalização dos bebés foi usada por todas as mães de todos os grupos que não se diferenciaram relativamente a este aspecto;

Erro! Marcador não definido. Todos os bebés exibiram padrões sequenciais de obediência após instrução da mãe, sendo no entanto os bebés com desenvolvimento mais avançado que exibem maior grau de obediência;

Erro! Marcador não definido. Apenas os dois grupos com programa de intervenção exibiram um padrão comum de contacto visual recíproco e sorriso mútuo, que os diferencia de todos os outros grupos;

Erro! Marcador não definido. Apenas o grupo sem intervenção não mostrou um padrão de verbalização imediatamente sequente ao contacto físico;

Erro! Marcador não definido. A estimulação verbal da mãe após uma vocalização positiva do bebé é apenas característica das mães dos bebés não deficientes, qualquer que seja o seu nível de desenvolvimento;

Erro! Marcador não definido. Apenas os bebés não deficientes com maior grau de desenvolvimento respondiam verbalmente na sequência das verbalizações das mães.

De uma forma global, o estudo permite concluir que não há grandes diferenças entre os bebés com síndrome de Down e normais nestas idades. Exceptua-se uma menor frequência de gestos positivos (para expressar necessidades ou interesses, para responder às suas mães, para obter ou dirigir a atenção maternas) sendo esta diferença significativa relativamente a ambos os grupos de crianças normais, emparelhados segundo a idade cronológica ou idade mental. Há também diferenças no que respeita às vocalizações positivas, mas estas são apenas significativas relativamente ao grupo emparelhado segundo a idade cronológica: de facto, nos grupos de bebés com deficiência ou cronologicamente mais novos as vocalizações não aparecem sequênciadas com as vocalizações maternas.

Pelo contrário, e apesar das poucas diferenças dos bebés, as características interactivas das mães mostram-se diferentes, sobretudo quando as comparações são feitas com o grupo emparelhado em termos de idade cronológica, em dois aspectos: maior frequência de contactos físicos e menor frequência de gestos positivos das mães dos bebés menos desenvolvidos, ou por serem deficientes ou por serem efectivamente mais novos. Outro aspecto específico do comportamento das mães dos bebés com deficiência é a maior frequência de contacto visual - dado novo desta investigação - que os autores explicam como estratégia para obter a atenção de um bebé com limitadas capacidades motoras. A maior frequência de instruções das mães dos bebés com deficiência poderá também originar necessidade de maior proximidade, só conseguida através desse contacto visual. Assim, a maior directividade das mães dos bebés com síndrome de Down foi mais uma vez provada, não só com a comparação baseada na idade cronológica, à semelhança dos resultados de investigações anteriores citadas, mas também quando os bebés são emparelhados segundo a idade de desenvolvimento à semelhança das conclusões dos trabalhos de Cunnigham (1981) e Eheart (1982), citados por Marfo e Kysella (1988) e também referidos por Leitão (1992).

Este padrão de directividade foi detalhadamente estudado em termos de análise sequencial, verificando-se que: "Embora tendo um número significativamente maior de instruções, as mães de bebés com deficiência foram tão responsivas para as iniciativas e respostas comportamentais dos seus filhos como as mães de bebés não deficientes ... Directividade e responsividade ou sensibilidade são qualidades que a maior parte das mães - incluindo as mães de crianças com deficiência - combinam de várias formas" (Marfo & Kysela, 1988, p. 87). As conclusões do trabalho de Crawley e Spieker (1983) vêm precisamente no mesmo sentido das deste trabalho. Também Leitão (1992) encontrou uma relação significativa entre o comportamento directivo das mães e os comportamentos não sincrónicos e não estruturados das crianças com síndrome de Down, referindo: "Face à maior assincronia dos filhos, as mães das crianças com síndrome de Down aumentam a frequência de comportamentos reguladores, procurando assim envolver a criança no processo comunicativo ... Face aos contextos interactivos em que ocorrem, as iniciativas maternas que envolvem comportamentos directivos são, quer no que respeita à criança normal quer no que respeita à criança com síndrome de Down, igualmente efectivas na promoção do posterior envolvimento da criança nas transacções diádicas" (Leitão, 1992, pp. 503-504).

Resultados e conclusões diferentes são obtidas por Mahoney (1988a) e por Mahoney, Fors e Wood (1990). No primeiro trabalho o autor analisa a forma como as crianças respondem aos pedidos de desempenho feitos pelas suas mães a vários níveis de dificuldade, estudando a correlação entre a frequência e a

dificuldade dos pedidos das mães e o nível de envolvimento dos bebés na interacção. Verificou que quando as crianças não estavam altamente envolvidas, havia uma frequência elevada de pedidos com baixo grau de dificuldade, ao contrário do que se verificava quando as crianças estavam envolvidas, em que o número de pedidos diminuía, mas a dificuldade aumentava. Quando comparadas com as mães dos bebés normais, verificou-se que eram estas últimas que tinham menor número de pedidos de realização de acções sendo o seu grau de dificuldade sempre fácil ou moderado. As mães dos bebés com síndrome de Down activos na participação tinham um número significativamente superior de pedidos de realização, mas o grau de dificuldade era comparável ao das mães dos bebés normais. Totalmente diferente era a interacção das mães dos bebés com síndrome de Down pouco activos, a quem as suas mães solicitavam muito mais frequentemente a realização de acções, sendo muito elevado o seu grau de dificuldade, o que tinha como consequência uma diminuição da sua participação na interacção.

No segundo trabalho acima citado, Mahoney, Fors e Wood (1990), confirmam este padrão interactivo numa investigação com díades mães-crianças de dois e três anos com síndrome de Down e um grupo de díades mães-crianças normais emparelhadas em termos de idade de desenvolvimento. O grupo de crianças com síndrome de Down foi subdividido em dois, segundo critérios de participação na interacção, sendo um deles idêntico ao das crianças normais. Concluem:

- **Erro! Marcador não definido.** O comportamento directivo relacionado com as pistas das crianças não foi significativamente diferente nas mães das crianças normais e nas das crianças com síndrome de Down;
- **Erro! Marcador não definido.** Apesar das crianças com síndrome de Down terem maior passividade interactiva, a sua participação foi considerada dentro dos limites normais;
- **Erro! Marcador não definido.** As mães das crianças com deficiência tinham um número significativamente maior de comportamentos directivos relacionados, mas não contingentes, com o comportamento das crianças;
- **Erro! Marcador não definido.** Houve diferenças significativas no comportamento directivo das mães dos dois grupos no que se refere à intensidade do comportamento directivo, objectivos e grau de dificuldade dos seus pedidos: mães das crianças normais tinham sobretudo uma atitude de encorajamento da atenção em confronto com as mães das crianças com síndrome de Down que mais frequentemente exigiam o desempenho de determinada tarefa situada no limite superior da potencialidade dos seus filhos, como se o seu papel fosse sobretudo o de ajudar a actualizar esse potencial.

Uma outra explicação para a passividade das crianças com síndrome de Down e a sua influência no processo interactivo é dada em dois trabalhos de Fisher. O

primeiro, de 1987, citado por Leitão (1992) compara dois grupos de cinco crianças - normais e com síndrome de Down - emparelhadas em termos de idade de desenvolvimento, concluindo que as primeiras têm menor número de iniciativas sociais e que as suas mães respondem mais frequentemente a essas iniciativas, sendo esta maior responsividade (e não a maior directividade) o que, segundo este autor, explicaria a maior passividade das crianças. O segundo (Fisher, 1988) é um estudo longitudinal em que - com duas díades com bebés com síndrome de Down - se manipula experimentalmente a responsividade das mães no sentido de verificar quais as consequências que traz nas iniciativas e respostas das crianças.

As díades foram observadas em nove e onze sessões, respectivamente, com vista a estabelecer a linha de base relativamente aos sinais emitidos pelas crianças e ao nível da responsividade das mães. As mães foram seguidamente instruídas no sentido de reduzirem a sua responsividade - de tal forma que esta se tornasse semelhante aos padrões de responsividade das mães de crianças normais. Durante o período de intervenção, foram filmadas duas e quatro sessões para cada uma das díades, verificando-se para ambas um aumento significativo dos sinais emitidos pelas crianças. No final do período de intervenção, filmaram-se mais duas sessões nas mesmas condições do início do estudo, tendo-se observado uma redução significativa no número de iniciativas das crianças, que voltou a ser semelhante ao verificado no período inicial. Estes resultados permitem ao autor concluir que: "Quando as mães respondem às suas crianças com síndrome de Down em níveis de responsividade relativamente elevados, as crianças têm as suas necessidades socio-comunicativas satisfeitas. Por outro lado, quando a criança emite um sinal e a mãe não responde, cria-se um estado de desequilíbrio interactivo - resultando numa necessidade, para a criança, de rever as suas iniciativas... as crianças pareciam ficar surpreendidas. Era como se estivessem habituadas a que todo e qualquer esforço comunicativo fosse imediatamente tomado em consideração pelas suas mães..." (Fisher, 1988, p. 141). Analisando detalhadamente as sessões da fase de intervenção, este autor conclui que parece haver um nível óptimo de responsividade materna que permite à criança rever a sua posição na interacção e tomar iniciativas e a responsividade materna que esteja quer acima quer abaixo desse nível terá como consequência uma diminuição das iniciativas da criança, sendo portanto a passividade da criança não uma característica intrínseca da síndrome de Down, mas sim resultado de um estilo interactivo materno.

Leitão (1992), obtém resultados diferentes relativamente à maior passividade das crianças com síndrome de Down. Os sujeitos do seu grupo experimental foram mais activos do que as crianças normais, emitindo um número claramente superior de iniciativas, que no entanto não foram contingentes com o anterior comportamento interactivo da mãe, sendo frequentemente iniciativas de actividades não

estruturadas ou socialmente não aceitáveis, o que lhe permite concluir: "Desta forma, as crianças com síndrome de Down, não sendo do ponto de vista da direccionalidade, mais passivas, apresentam comportamentos interactivos marcadamente mais assíncronos e menos estruturados... Tanto as mães das crianças normais como as mães das crianças com síndrome de Down, recorrem a comportamentos directivos, nas mesmas situações e nos mesmos contextos, ou seja quando as crianças se envolvem em actividades menos estruturadas... Neste sentido, a maior directividade normalmente apontada às mães das crianças com síndrome de Down, não deve ser entendida como um déficit comportamental destas mães, mas como mais uma manifestação de sensibilidade e de adequação dos seus comportamentos, face às características específicas destas crianças" (Leitão, 1992, pp. 506-507).

A análise e estrutura dos olhares da díade numa interacção com objectos, em situação livre e situação de ensino e o papel da mãe e do bebé na manutenção da interacção foram os aspectos estudados por McCollum e Stayton (1988) em díades com bebés normais e bebés com síndrome de Down, com idades de desenvolvimento entre os cinco e os dez meses, num primeiro estudo e entre os onze e os dezasseis meses num segundo trabalho.

Quanto ao primeiro dos aspectos estudados, os autores concluem que a assimetria do olhar diminui com a idade de desenvolvimento, dando lugar a uma coorientação de olhares, mas que estes padrões são diferentes nas díades com bebés com síndrome de Down que, ainda que emparelhados em termos de idade de desenvolvimento, tinham maiores dificuldades na coorientação. Quanto ao papel respectivo da mãe e do bebé na manutenção da interacção, em todas as situações o adulto é o principal responsável pela criação de contextos sociais que levam a criança ao interesse pelos objectos. À medida que a competência da criança aumenta, nomeadamente na sua capacidade para comunicar verbal e gestualmente, verifica-se por parte da mãe um aumento do uso da linguagem referida ao ambiente.

A situação de ensino atribui à mãe maior directividade, mas apenas nos grupos das crianças normais houve diferenças entre as duas situações relativamente aos padrões visuais e papel na manutenção da interacção. Nos grupos de crianças com síndrome de Down, pelo contrário, o comportamento foi semelhante na situação de ensino e na situação de interacção livre, como se as crianças, não diferenciando as situações, levassem ao mesmo tipo de comportamento das mães ou, pelo contrário, como se a semelhança fosse da inteira responsabilidade das mães que, como já foi referido, têm mais frequentemente comportamentos directivos mesmo em situação de interacção livre.

O último aspecto que nos parece importante focar e que se liga intimamente ao que temos vindo a analisar, é a atribuição comunicativa que as mães fazem do comportamento dos seus filhos. Embora se aceite que os bebés têm competências comunicativas inatas, durante as primeiras fases do desenvolvimento eles não comunicam intencionalmente: "A comunicação que ocorre é o resultado da capacidade e tendência do parceiro interactivo em atribuir significado ao comportamento não simbólico e frequentemente não convencional da criança" (Wilcox, Kouri & Caswell, 1990, p. 679).

Os pais interpretam e respondem a uma variedade de comportamentos, dos quais poderemos destacar: contacto visual, expressões faciais, vocalizações, choro e posicionamento das mãos. Só mais tarde, a partir do momento em que o bebé presta deliberadamente atenção ao parceiro interactivo é que emerge uma intenção comunicativa. Assim, durante os primeiros tempos de vida, a capacidade interpretativa das mães perante comportamentos não intencionalmente comunicativos é de grande importância. Harding (1984), citado por Yoder e Feagans (1988) afirma mesmo que é esta interpretação e não a ocorrência do comportamento que influencia o tipo de comportamentos perante os quais as mães serão responsivas, sendo portanto um aspecto que indirectamente pode facilitar não só a interacção sincronizada mãe-bebé, mas também o desenvolvimento comunicativo das crianças. Assim, segundo estes autores, as diferenças na responsividade das mães de crianças com deficiências poderiam ser interpretadas segundo dois modelos diferentes:

- **Erro! Marcador não definido.** O primeiro postula que as mães das crianças com deficiência percebem o seu comportamento como menos comunicativo porque, de facto, estes bebés são menos frequentemente responsivos e têm menor número de iniciativas;
- **Erro! Marcador não definido.** O segundo postula que as diferenças na atribuição de comportamentos comunicativos não depende apenas da deficiência do bebé, mas também da tendência própria da mãe proveniente da sua experiência anterior com o bebé.

Ao analisarem díades com bebés com vários graus de deficiência com cerca de onze meses de idade, Yoder e Feagans (1988) verificaram que as mães dos bebés com maior grau de deficiência e atraso identificaram nos seus bebés tantas pistas como as mães dos bebés com menor grau de deficiência, interpretando como comunicativos comportamentos que, quer os codificadores quer as outras mães, não interpretavam, numa resposta adaptativa às capacidades do seu bebé, o que está em acordo com o segundo modelo explicativo. Põe-se a questão da vantagem desta atitude para o desenvolvimento da criança: se por um lado esta faceta

adaptativa permitir responder a sinais comunicativos cada vez mais claros e convencionais, o elevado nível de interpretações é facilitador já que reforça os comportamentos mais evoluídos do bebé; no entanto, se estas mães continuarem a interpretar e a responder a sinais muito subtis, mesmo quando a criança começa a desenvolver pistas mais claras e convencionais, então esta atitude de sobreinterpretação pode não incentivar a criança a aumentar a clareza e convencionalidade dos comportamentos comunicativos.

Outros autores se têm debruçado sobre estes aspectos. Baird, Haas e McCormick (1993), analisam os factores que influenciam a interpretação materna do comportamento infantil, relacionando, numa amostra de bebés em risco, alguns dos quais pré-termo, com idades compreendidas entre o nascimento e os vinte meses, a clareza de sinais emitidos pelo bebé com o tipo de comportamentos interpretados pelas suas mães assim como com os quatro factores do Parental Stress Index (vinculação, sentimento de competência, isolamento social, reforço da criança). Concluem que a clareza de sinais da criança, operacionalmente definida, não contribuiu significativamente para a frequência das interpretações maternas. As atitudes e percepções das mães, avaliadas pelo Parental Stress Index contribuem de formas variadas para a interpretação do comportamento das crianças: as mães que percepcionam níveis mais elevados de prazer e demonstram maior sentimento de competência são as que mais frequente e facilmente interpretam os comportamentos dos seus bebés.

Baird, Haas e Mayfield (1993), utilizando a mesma amostra do estudo anteriormente citado, identificam sete categorias de interpretações a partir dos comentários das mães ao visionarem os vídeos da sua interacção com os seus bebés: estado emocional, condições do desenvolvimento, atenção, interacção social, necessidade, comportamento intencional e compreensão. Analisam posteriormente a frequência de atribuição de significado em função das várias categorias, concluindo que:

- **Erro! Marcador não definido.** Nas situações de maior risco as interpretações são preferencialmente de necessidades;
- **Erro! Marcador não definido.** Nas situações de prematuridade, as interpretações são ao nível da atenção;
- **Erro! Marcador não definido.** Nas situações de menor risco de saúde dos bebés, há mais interpretações ao nível da disponibilidade para a interacção;
- **Erro! Marcador não definido.** Nas situações de menor risco há uma diminuição de interpretações ao nível das condições de desenvolvimento;
- **Erro! Marcador não definido.** Os comportamentos dos bebés de termo são mais frequentemente interpretados como necessidade de mudança de atenção.

A literatura sobre o processo interactivo dos bebés com síndrome de Down é muito vasta e a revisão que fizemos não pretendeu nem poderia ser exaustiva. Interessou-

nos sobretudo salientar algumas conclusões, por vezes contraditórias, dos estudos empíricos em que se comparam as características interactivas das díades com bebés com síndrome de Down e com bebés normais. Ao salientar as contradições quisemos chamar a atenção para a individualidade de cada díade, não só nos aspectos de desenvolvimento e características do bebé, como no que se refere à percepção que as suas mães têm dessas mesmas características e forma como lhes respondem.

Para além do aspecto de clarificação teórica relativamente aos factores que diferenciam e assemelham as mães dos bebés com deficiência e normais, bem como o processo interactivo nas díades com os dois tipos de bebés, os trabalhos que apresentámos têm, evidentemente uma importância relevante no domínio da intervenção, que, no capítulo seguinte analisaremos com maior detalhe e profundidade.

4.3 - O desenvolvimento dos bebés com síndrome de Down

Ao longo das últimas décadas houve grandes modificações na forma de encarar a deficiência e, em todos os países, pudemos assistir não só à desinstitucionalização das crianças e jovens deficientes como à implementação de programas de intervenção precoce que, como veremos no capítulo seguinte, têm vindo a descentrar-se progressivamente da criança e a evoluir numa perspectiva ecológica.

Ao contrário de outras deficiências mentais em que o declínio do nível de funcionamento intelectual aparece em idades mais tardias, no caso da síndrome de Down, esse declínio aparece muito cedo na infância. Connolly (1978) faz uma revisão de cinco estudos sobre o quociente intelectual de crianças e jovens com síndrome de Down realizados entre 1928 e 1960 e compara-os com o Q.I. dos 160 sujeitos da amostra que analisou, com idades compreendidas entre os seis meses e os dezoito anos, concluindo que estes apresentam um nível de funcionamento intelectual superior ao referido em anteriores estudos. Nos seus dados, o declínio do nível intelectual é visível logo entre o primeiro e o segundo ano de vida. No estudo longitudinal cujos resultados foram publicados em 1975 por Carr, citado por Gunn e Berry (1989), uma desaceleração no desenvolvimento foi encontrada entre as seis semanas e os dez meses de idade. Resultados semelhantes foram encontrados uma década mais tarde num outro trabalho de Carr (1985), citado por Leitão (1992) e por Gunn e Berry (op. cit.). Estes autores analisam três hipóteses explicativas para este facto: a existência de uma verdadeira deterioração que em última análise leva a um envelhecimento prematuro; a inadequação dos instrumentos utilizados para avaliar o desenvolvimento intelectual, que não são suficientemente sensíveis para

detectar pequenas diferenças no desenvolvimento infantil e, finalmente a existência de deficiências nas experiências de aprendizagem que inibiriam o progresso do desenvolvimento.
Comparando os resultados de bebés com síndrome de Down de três países diferentes - Austrália, Canadá e Alemanha - Gunn e Berry (1989) verificaram que a progressão no desenvolvimento era sensivelmente semelhante, apesar das eventuais diferenças nas metodologias dos programas de intervenção precoce utilizados. O ritmo de desenvolvimento era mais elevado do que estudos anteriores mostravam - o que os autores relacionam com o facto do aumento das competências sensório-motoras ser simultaneamente um objectivo dos programas de intervenção e uma das áreas avaliadas nas escalas de desenvolvimento - mas o declínio do Q.I. não tinha cessado.

Estes estudos, ao realçar as características semelhantes do desenvolvimento dos bebés com síndrome de Down, podem levar-nos a pensar que a sua evolução está como que pré-determinada pelo simples facto de terem a mesma deficiência. Não podemos portanto deixar de referir, uma vez mais, que o desenvolvimento posterior destes bebés é, como o de todos os outros, fruto de uma conjugação de factores onde o potencial geneticamente determinado é actualizado em função de factores externos, quer directos, como seja a relação e interacção mãe-bebé, quer indirectos, como sejam todas as oportunidades de estimulação que lhes forem proporcionadas ao longo da vida.

Em muitos domínios, nomeadamente no desenvolvimento motor e no desenvolvimento da linguagem, não se verificam padrões qualitativamente diferentes nos bebés com síndrome de Down e nos bebés normais. O atraso mais ou menos acentuado nas aquisições básicas no caso dos primeiros bebés, não é visível logo no momento do nascimento, o que pode levar as suas mães a terem expectativas muito irrealistas durante os primeiros meses da sua vida. O choque inicial ao nascimento de um bebé com deficiência e a evolução dos sentimentos e expectativas maternas é assim um aspecto que deve ser abordado, o que faremos na última parte deste capítulo.

5. Processos de adaptação materna ao nascimento de bebés em risco ou com deficiências

Durante o período de gravidez, a preparação da futura mãe para a maternidade envolve o desejo de um bebé perfeito e o receio de que o bebé possa ter algum problema. A imagem do bebé idealizado é uma imagem compósita de representações de si própria e de outras figuras significativas e inclui também a

imagem que lhe foi transmitida pela sua própria mãe. No momento do nascimento do bebé, vai certamente haver alguma discrepância entre os desejos da mãe e o bebé real, e uma das primeiras tarefas da mãe é fazer o luto pelo bebé idealizado e adaptar-se ao seu bebé real. No caso do nascimento de um bebé em risco ou deficiente, esta adaptação é extremamente difícil: há a perca súbita do bebé idealizado e o aparecimento, igualmente súbito, de um bebé temido, ameaçador e que elicita sentimentos negativos.

Uma das primeiras contribuições para a explicação do processo de luto do bebé idealizado na altura do nascimento de um bebé diferente, é dada por Solnit e Stark (1961). Estes autores explicam o processo de adaptação pelo modelo psicanalítico do luto por um objecto de amor perdido e encaram este processo em três fases:

- **Erro! Marcador não definido.** fase inicial de apatia e incapacidade de acreditar no que aconteceu;
- **Erro! Marcador não definido.** fase de desapontamento e sentimento de perda com os sintomas físicos e emocionais correspondentes;
- **Erro! Marcador não definido.** fase final de dor em que se reexperimentam memórias e expectativas que gradualmente vão desaparecendo.

O sentimento de dor depende, segundo Engel (1961), citado pelos mesmos autores, da brusquidão da perca, da natureza da preparação para o acontecimento e do significado para quem sobrevive do objecto desaparecido.

No caso do nascimento de um bebé com deficiência ou em risco, estão criadas todas as condições para que esse processo seja complicado. Todo o trabalho de preparação para receber o bebé idealizado se torna inútil e as capacidades adaptativas da mãe ficam diminuídas pela impressão de que não conseguiu realizar o bebé perfeito com que sonhou. Mas o bebé que existe precisa desde logo da sua mãe, o que implica da parte desta um esforço imediato para enfrentar a realidade: "Antes de se ter tempo para elaborar internamente a perca da criança desejada há a necessidade de investir a criança com deficiência como objecto de amor" (Solnit & Stark, 1961, p. 526). O processo de adaptação pode então dar-se num contínuo entre dois sentimentos extremos e opostos:

- **Erro! Marcador não definido.** sentimento de culpabilidade que leva a uma dedicação quase exclusiva ao bebé com deficiência, em que o mecanismo de defesa é uma vinculação deprimida ou identificação ao bebé com deficiência, que pode levar a padrões de interacção menos adequados com a restante família e a sentimentos intoleráveis de falta de valor;
- **Erro! Marcador não definido.** rejeição ao bebé e um impulso irresistível para negar a sua relação com a criança ou as próprias necessidades desta.

Enfrentar a realidade externa da existência de um bebé diferente e a realidade interna de perda do bebé idealizado é um trabalho duro, moroso e doloroso. Normalmente surge uma mistura de sentimentos e mecanismos de defesa individuais para afastar sentimentos de depressão, culpa e ferida narcísica. O investimento no bebé real não pode ser apressado, devendo dar-se tempo para que a mãe pense, sinta e fale do seu desapontamento, sentimentos de falhanço e impotência.

Drotar (1975), citado por Widerstrom, Mowder e Sandall (1991) descreve cinco estádios no processo de adaptação e vinculação ao bebé com deficiência: choque e desânimo, negação, raiva, ansiedade e tristeza, ajustamento gradual com maior confiança nas suas capacidades de tratar do bebé e, finalmente, aceitação.

Os trabalhos que tem havido sobre esta matéria, revistos em 1984 por Blacher, citado por Hodapp (1988), tal como o de Solnit e Stark (1961) não diferenciam os vários diagnósticos do bebé, referindo-se ao processo de luto de qualquer bebé atípico. Indicam sempre algumas fases no processo de luto, que as mães atravessariam sempre por esta mesma ordem, sem regressão para estádios prévios:

- **Erro! Marcador não definido.** a reacção de crise inicial, com sentimentos de choque e descrença;
- **Erro! Marcador não definido.** o período de desorganização emocional em que os sentimentos dominantes são de tristeza, depressão e zanga;
- **Erro! Marcador não definido.** o período de reorganização, com a aceitação da situação.

Citando trabalhos realizados em 1976 por Holroyd e MacArthur e, em 1986, por Goldberg, Hodapp (1988) contesta este modelo. As investigações levadas a cabo por aqueles autores referem que mães de bebés autistas, bem como mães de bebés com deficiência com etiologia desconhecida, experimentam maior stress do que mães de bebés com síndrome de Down, concluindo portanto que a etiologia da deficiência tem influência no processo de luto e ajustamento emocional posterior das mães. Considera também que a linearidade do processo de luto pode ser posta em causa já que nem todos os pais atravessam as fases nessa sequência, havendo aliás alguns trabalhos (Emde & Brown, 1978, citado por Hodapp, 1988) que referem a existência de um segundo período de crise, semelhante ao choque inicial, quando as mães se consciencializam do atraso real dos seus filhos. É a partir destes trabalhos que Hodapp propõe um modelo interactivo e transaccional do processo de luto, em que numa primeira fase os pais reagem, de forma mais ou menos prolongada, à situação do bebé e numa fase posterior reagem ao seu comporta-

mento interactivo e ao maior ou menor atraso com que os bebés vão cumprindo as tarefas do desenvolvimento, tal como estas são percebidas pelos pais.

Também para Peterson (1988) o nascimento de um bebé com deficiência dá origem a uma desorganização psicológica, em que os pais experienciam profundos sentimentos de perda do bebé imaginário, bem como uma série de reacções emocionais, simultâneas ou sucessivas das quais destaca as que mais frequentemente têm sido citadas: choque inicial, incerteza enquanto não obtêm um diagnóstico definitivo, negação da existência da deficiência, culpabilidade e auto- -responsabilização pela situação de deficiência, zanga e raiva a par de um profundo sentimento de injustiça por serem eles os atingidos, depressão ao verem o desenvolvimento do seu bebé a distanciar-se do das outras crianças. É o processo de luto que os vai ajudar a ultrapassar, em parte, estes sentimentos permitindo uma reorganização emocional e a posterior aceitação realista do seu bebé. Este processo é lento e frequentemente interrompido com o ressurgimento de alguns dos sentimentos atrás mencionados, caracterizando-se o estado emocional de alguns dos pais como de depressão crónica, com sentimentos intermitentes de inadequação, incompetência e ineficácia, que, segundo MacKeith (1978), citado por Peterson (1988), aparecem sobretudo no momento da confirmação do diagnóstico, no início dos programas de intervenção e na altura da entrada no sistema de ensino. A severidade da deficiência, a estabilidade e coesão interna da família e a existência de suporte externo em termos de serviços ou rede informal de apoio, parecem ser factores decisivos no processo de adaptação.

Gath (1979) refere dois estudos efectuados, ainda nos anos setenta, sobre os efeitos que o nascimento de bebés com síndrome de Down tinham tido nas suas famílias. Embora as condições de apoio a estas famílias e educação destas crianças sejam actualmente muito diferentes, parece-nos importante referir algumas das conclusões a que chegou. No primeiro dos estudos, os dados foram recolhidos quando as crianças tinham dez anos, mantendo-se nas famílias um sentimento de tristeza e solidão, com restrição significativa da sua vida familiar e, em alguns casos distorção das funções parentais. No segundo, foram recolhidos, durante os dois anos sequentes ao nascimento de um bebé com síndrome de Down, através de seis visitas domiciliárias com entrevistas semi-estruturadas, dados dos pais e irmãos, comparando-se os resultados obtidos com os de um grupo de controlo. Encontrou grande diferença na forma como os pais falavam do seu bebé - impessoal no caso dos bebés com síndrome de Down - até à altura do aparecimento do sorriso, data em que passavam a referir-se a eles pelo seu nome próprio, como se só nessa altura se criasse uma relação de afiliação. Não tendo encontrado quaisquer diferenças na saúde e ajustamento emocional dos irmãos, nem na saúde individual de cada um dos pais entre os dois grupos, refere no entanto que em termos de

relação conjugal, havia maior hostilidade, tensão e insatisfação generalizada nos pais dos bebés com deficiência. A severidade da deficiência estava também associada à situação emocional das mães.

Num trabalho mais recente, Tanaka e Niwa (1991), através de uma análise de conteúdo de entrevistas retrospectivas do que foi a vivência da deficiência dos seus bebés com síndrome de Down numa amostra de 15 mães Japonesas, tiram as seguintes conclusões:

Erro! Marcador não definido. a adaptação envolveu um processo muito mais longo do que o choque inicial;

Erro! Marcador não definido. o afecto das mães Japonesas foi semelhante ao das mães Americanas;

Erro! Marcador não definido. o estado psicológico das mães foi muito afectado pelo desenvolvimento dos seus filhos;

Erro! Marcador não definido. todas as mães experimentaram pelo menos dois grandes choques emocionais antes da criança ter idade escolar;

Erro! Marcador não definido. os estádios do processo de adaptação encontrados foram:

1. *Choque inicial*, período que dura entre o momento do nascimento e os três meses e que é marcado por sentimentos de dor, zanga e desespero, medo, frustração e ansiedade, negação da existência do bebé, necessidade de protecção, desorientação, culpabilidade, ansiedade face à vida profissional. A recuperação deste choque inicial demorou em média, para aquelas mães, três-quatro meses;
2. *Obrigação de cuidar do bebé*, período que se prolonga até ao fim do 1º ano e durante o qual a mãe realiza a sua integração numa rede social de apoio, adequa as suas expectativas, sentimentos de maternalização e aceitação da responsabilidade. No entanto, mesmo neste período muitas das mães avaliadas por Tanaka e Niwa, não tinham ainda sido capazes de abandonar a expectativa do seu filho vir a ter um desenvolvimento normal;
3. *Tomada de consciência de um atraso no desenvolvimento*, período que decorre sensivelmente durante todo o segundo ano de vida, com sentimentos de um segundo choque com o confronto com outras crianças da mesma idade e a impossibilidade de negarem perante os outros a deficiência. Num momento em que ainda não estão completamente refeitas do choque inicial e ainda exaustas pelo esforço emocional do primeiro ano, este período é sentido por todas as mães como psicologicamente muito difícil;
4. *Adaptação ao bebé com síndrome de Down,* realizada a partir dos vinte e quatro meses, período em que as mães foram capazes de alterar os seus critérios de avaliação, não comparando os seus bebés com os normais, de

aceitar a deficiência e reconfirmar o seu afecto pelo bebé com deficiência, conseguindo encontrar alegria com o seu desenvolvimento muito próprio;

5. *Estabelecimento de uma nova concepção sobre os indivíduos deficientes*, que se realiza depois da entrada na escola, com a reconceptualização sobre a deficiência em geral e sobre os indivíduos e famílias com deficiência. Nesta altura as mães tentam viver o seu dia a dia, embora continuem a admitir que sentem ansiedade relativamente ao futuro.

Cada mãe vive estes estádios a seu ritmo e em determinados momentos pode haver a aceitação do bebé e a negação da deficiência, o que é facilitado pelo desenvolvimento do próprio bebé. Para o processo de adaptação é essencial que a mãe experimente a desilusão, no sentido que Winnicott (1971), citado por Tanaka e Niwa (1991), fala. Até ao terceiro estádio a mãe mantém a expectativa de que o seu bebé se desenvolverá normalmente. "Tal ilusão é uma condição necessária para aguentar a mãe até esta etapa. No entanto é a decisiva experiência de desilusão que lembra à mãe a realidade e faz com que colapse a sua pseudo-estabilidade" (Tanaka & Niwa, op. cit., p. 51).

A linearidade do processo de luto e adaptação perante o nascimento de um bebé com deficiência, tal como alguns dos autores citados descrevem, é questionada no trabalho de Brown, Thurman e Pearl (1993) que, numa perspectiva de intervenção, chamam a atenção para a individualidade das reacções dos pais e para o carácter não exclusivo dos sentimentos que ocorrem e que, frequentemente voltam a aparecer ao longo do processo de ajustamento, referindo estes autores: "Nem todas as pessoas sentem cada uma destas emoções e estas podem não seguir uma hierarquia específica. Não se acaba de sentir uma emoção para começar a sentir outra; em vez disso, diferentes emoções podem voltar em momentos diferentes... Para além disso, os diferentes membros da família podem experienciar um leque variado de emoções e podem não ter os mesmos sentimentos ao mesmo tempo" (Brown, Thurman & Pearl, op. cit., p. 89).

No que respeita às características particulares dos bebés nascidos prematuramente e às implicações que essas características têm para o processo de adaptação, parece-nos fundamental referir de novo o trabalho de Als, Lester, Tronick e Brazelton (1982). Segundo estes autores, os pais estão biologicamente programados para ter um bebé normal, de termo. No caso do nascimento de um bebé pré-termo, teremos de "lidar com dois sub-sistemas prematuros... que podem apresentar padrões de comportamento distorcidos" (Als, Lester Tronick & Brazelton, op. cit., p. 56). Com efeito, para além de um bebé com uma organização tão frágil, os próprios pais estão num estado prematuro de desenvolvimento para o nascimento do bebé e experimentam o luto do bebé normal que esperavam, o que

pode atrasar a adequação dos seus mecanismos parentais. Neste mesmo sentido, Crawford (1982, p. 957) afirma: "A relação entre o bebé pré-termo e a sua mãe começa com um bebé que está fisiologicamente imaturo e uma mãe que pode não estar preparada psicológica e praticamente para o nascimento precoce do seu bebé".

Os pais dos bebés pré-termo experimentam também profundos sentimentos de desapontamento e preocupação e as características das Unidades de Cuidados do Recém-Nascido, com ambiente intimidante, manobras médicas aversivas e monitorização intrusiva, podem contribuir para uma retirada emocional dos pais relativamente ao bebé. Enquanto estes permanecem na Unidade de Cuidados Intensivos, não só o seu estado de saúde é ainda crítico e a ansiedade dos pais está no seu período máximo, como as oportunidades de interacção são mínimas: os bebés estão nas incubadoras, constantemente ligados a monitores, de olhos fechados, com um contacto físico muito limitado. Os sentimentos iniciais dos pais vão-se gradualmente alterando o que Levy-Shift, Sharir e Mogilner (1989) relacionam com as melhoras significativas do bebé - a nível da maturação e estabilização da saúde - e também com a maior familiaridade dos pais com o bebé. Este factor parece-lhes ainda responsável por uma percepção do seu bebé como sendo mais difícil do que um bebé normal, o que só pode acontecer depois de um certo tempo de envolvimento nos cuidados e conhecimento das reacções do bebé.

Os processos de adaptação dos pais cujos filhos estiveram internados em Unidades de Cuidados Intensivos, por doença ou prematuridade, ultrapassam em muito o tempo de internamento dos bebés. Austin (1990), citado por Able-Boone e Stevens (1994) refere quatro estádios desse processo: descrença, raiva, desmistificação, aceitação. Só a partir do terceiro destes estádios os pais conseguem procurar informação para tentar compreender as condições de saúde e/ou deficiência do bebé e só no último estádio conseguem acomodar-se às eventuais necessidades especiais demonstradas pelos seus filhos, desenvolvendo estratégias para enfrentar os problemas que possam surgir.

O processo de adaptação depende também das expectativas e percepções maternas relativamente ao desenvolvimento. Esta área foi investigada por Smith, Selz, Bingham, Aschenbrenner, Standbury e Leiderman (1985) que estudaram as expectativas e percepções maternas nas áreas de desenvolvimento social e cognitivo comparando mães de bebés multideficientes, com atrasos significativos de desenvolvimento ou em risco biológico, com as mães de bebés normais. Os bebés da amostra tinham entre quinze e vinte e um meses e as díades foram seguidas durante um ano. A variabilidade das condições de deficiência na altura do estudo bem como a evolução que os bebés já tinham tido desde o nascimento até ao início

do estudo, contribuíram decisivamente para as percepções, expectativas e sentimentos das suas mães e, evidentemente, para o seu processo de adaptação.

Os trabalhos citados até aqui referem-se fundamentalmente aos processos internos da mãe na adaptação à existência de um bebé de risco ou deficiente. Outros autores analisam este mesmo processo numa perspectiva ecológica, dando igual ênfase aos factores externos - a nível da família e comunidade mais próxima - para o processo adaptativo da mãe. Tendo como quadro conceptual o modelo transaccional de Sameroff e Chandler (1975), que cita, e analisando em termos de stress familiar as consequências da existência de uma criança com deficiência, Beckman--Bell (1981) conclui que o stress experimentado por estas famílias é o resultado de um processo interactivo contínuo entre as influências constitucionais - tais como as características da criança, algumas imutáveis outras alteráveis com intervenção adequada - e as influências do ambiente.

Alguns autores que se colocam nesta perspectiva, criticam a inconsistência dos estudos anteriores sobre as consequências do nascimento de uma criança com deficiência na adaptação familiar que consideram ser devida não só a erros metodológicos (ausência de grupos de controlo), às dimensões restritas estudadas (habitualmente apenas focando um membro da família ou uma única variável de adaptação), aos instrumentos de avaliação utilizados e ainda ao próprio modelo ou hipótese explicativa: "As adaptações patológicas são geralmente assumidas como função do stress associado à presença de uma criança com deficiência e levaram ao desenvolvimento de uma hipótese de reacção ao stress que explica o funcionamento desadaptado da família... Embora o stress... seja um aspecto importante, o seu impacto na família está relacionado com a avaliação cognitiva que os seus elementos fazem da situação de stress, com os recursos que a família tem para o enfrentar... que são provavelmente mediatizados pelos sistemas ecológicos" (Crnic, Friedrich & Greenberg, 1983, p. 126).

Citando as conclusões do trabalho de vários autores sobre famílias de crianças com deficiência, estes autores referem ainda: "... o ajustamento e funcionamento da família estavam relacionados não só com a severidade do atraso e grau de inadaptação do comportamento, mas com características demográficas da família, o seu clima psicossocial (por ex. coesão familiar, expressividade e harmonia) e tipos específicos de comportamento parental em relação aos seus filhos deficientes. Para além disso, o impacto percebido estava relacionado com a desarmonia conjugal e conflitos familiares não relacionados com a criança com deficiência... Os sentimentos dos pais... estavam relacionados com a falta de competência adaptativa dos seus filhos e esta, por sua vez, estava relacionada com a capacidade

demonstrada pelos pais para enfrentar o problema da deficiência mental" (Crnic, Friedrich & Greenberg, 1983, p. 132).

Na mesma obra os autores referem que "a presença de uma criança com deficiência representa um factor sistemático e recorrente de stress para a família, precipitando crises maiores ou menores. A subsequente resposta familiar a esse stress envolverá os vários recursos disponíveis para enfrentar o stress, quer a nível individual quer a nível da família como um todo. Os recursos disponíveis bem como a forma e o tempo em que vão ser utilizados, são mediatizados pelos vários domínios ecológicos em que os membros da família interagem" (Cnirc, Friedrich & Greenberg, op. cit., p. 133). Para o estudo do processo de adaptação destas famílias, estes autores propõem um modelo adaptativo que integra anteriores teorizações sobre:

- **Erro! Marcador não definido.** a reacção ao stress entendendo-se stress como um acontecimento potencialmente aversivo que requer uma adaptação individual no sentido do restabelecimento do equilíbrio, e que pode ser proveniente de factores internos como externos (Rauh, 1989);
- **Erro! Marcador não definido.** a capacidade e recursos para enfrentar situações de stress, que pressupõe características individuais ligadas à saúde física e emocional, capacidade de resolução de problemas, existência de redes sociais de apoio, características sócio-económicas bem como valores e crenças;
- **Erro! Marcador não definido.** as dimensões ecológicas do desenvolvimento e funcionamento (tal como foram definidas por Bronfenbrenner, 1979) a nível do microsistema, mesosistema, exosistema e macrosistema.

O estilo interactivo nas famílias com crianças com deficiência parece ser influenciado por três factores: características da criança (diagnóstico, idade nível de desenvolvimento e temperamento), características da família (nível educativo e estatuto sócio- -económico) e factores extrafamiliares (Dunst & Trivette, 1988 b). A determinação dos factores que influenciam a interacção tem assim de ser feita numa visão que ultrapasse as dimensões individuais e mesmo intrafamiliares. Estes autores propõem um outro modelo baseado no constructo de suporte social, definido como o conjunto de recursos providenciados por outras pessoas e que engloba cinco componentes:

- **Erro! Marcador não definido.** suporte relacional - quantidade e qualidade de relações sociais;
- **Erro! Marcador não definido.** suporte estrutural - características das redes sociais de apoio;
- **Erro! Marcador não definido.** suporte funcional - fonte, tipo, quantidade e qualidade do apoio;

Erro! Marcador não definido. suporte constitucional - conjunto de necessidades sentidas, recursos disponíveis e congruência entre uns e outros;

Erro! Marcador não definido. nível de adequação do suporte - medida em que o apoio é sentido como útil e satisfatório.

Neste modelo, as características da família e da criança, elas próprias interdependentes, determinam parcialmente o suporte social; em conjunto, determinam os mecanismos de adaptação e os comportamentos que permitem fazer face às situações normais e excepcionais geradoras de stress que por sua vez afectam quer directa quer indirectamente o bem estar da família, o seu funcionamento, os estilos interactivos e o próprio comportamento e desenvolvimento da criança.

Shonkoff, Hause-Gram, Krauss e Upshur (1992) fazem uma revisão dos pressupostos teóricos e das conclusões dos estudos sobre a adaptação das famílias após o nascimento de um bebé com deficiência realizados até aos anos oitenta. Sendo o modelo teórico de referência desses estudos o modelo deficitário ou patológico de adaptação, estas investigações assumem que criar um bebé com deficiência é, por si só, um factor de stress e que as famílias afectadas são um grupo homogéneo, que, em contraste com famílias cujo funcionamento é supostamente normal experimentam: níveis mais elevados de desintegração familiar e de insatisfação conjugal, maior tensão nos seus papéis e disfunção psicológica entre os irmãos, stress crónico e disfuncional, particularmente entre as mães mas também entre os pais, restrições na mobilidade e relações sociais, maior fragilidade nas relações mãe-bebé. No entanto, e ao contrário destas conclusões, estudos mais recentes que citam, entre os quais os de Bristol, Gallagher e Schopler (1988), Frey, Greenberg e Fewell (1989), Gowen, Johnson-Martin, Goldman e Appelbaum (1989) e Noh, Dumas, Wolf e Fisman (1989), concluem que muitas famílias com bebés com deficiência conseguem uma adaptação positiva e que a variabilidade no stress parental e no funcionamento familiar não difere significativamente entre estas famílias e as que têm crianças normais.

Os resultados dos estudos mais recentes podem relacionar-se não só com a organização de recursos de apoio disponíveis como com mudanças no paradigma teórico de avaliação da adaptação familiar. Actualmente, incorporando ideias da sociologia da família, teoria dos sistemas familiares e teoria do ciclo de vida da família, os modelos conceptuais subjacentes assumem uma perspectiva muito diferente do modelo deficitário em voga nos anos anteriores: "... as famílias, como um sistema, têm de mudar em resposta a transições normativas e acontecimentos imprevisíveis, mantendo a sua integridade e coerência organizacional... Neste contexto, o funcionamento positivo da família é caracterizado por uma negociação

bem sucedida entre tendências opostas de mudança e estabilidade" (Shonkoff, Hause-Gram, Krauss & Upshur, op. cit., p.10).

A revisão necessariamente breve que ao longo deste capítulo fizemos dos estudos sobre bebés com deficiência ou em risco, do processo interactivo que estabelecem com as suas mães e do processo de adaptação destas, evoluiu no sentido da díade mãe-bebé com deficiência, de início estudada isoladamente, ser, no decorrer da última década, encarada num contexto mais abrangente.

Os novos modelos teóricos da adaptação familiar identificam como seus determinantes principais:

- **Erro! Marcador não definido.** características do acontecimento de stress;
- **Erro! Marcador não definido.** recursos internos e externos disponíveis para fazer face à situação de stress;
- **Erro! Marcador não definido.** significado atribuído pela família a esse acontecimento;
- **Erro! Marcador não definido.** interacções no âmbito dos vários contextos ecológicos da família.

Um percurso semelhante de descentração tiveram os programas de intervenção precoce que analisaremos no próximo capítulo.

Capítulo 5

Intervenção Precoce:
Evolução conceptual e modelos actuais

1. Introdução

Debruçámo-nos já sobre alguns dos aspectos que determinam o funcionamento da díade: o processo evolutivo e as características das crianças nas diferentes fases desse processo, a interacção mãe-bebé e os factores que a influenciam. Demos algum relevo aos determinantes da criança - situação de risco ou deficiência - e aos determinantes da mãe - atitudes, sentimentos, percepções e adaptação face ao nascimento de um bebé diferente.

Centrámo-nos, até agora, na avaliação. Não poderíamos no entanto terminar esta primeira parte do nosso trabalho sem nos referirmos aos aspectos da intervenção, já que a avaliação e a intervenção são dois momentos que consideramos indissociáveis de um mesmo processo, não fazendo portanto sentido, para nós, falar de uma sem referir a outra componente.

A identificação das necessidades educativas especiais das crianças com deficiência ou em risco determinaram o aparecimento de diferentes estratégias de intervenção que, ao longo do tempo, têm vindo a reflectir a mudança e a evolução dos modelos teóricos no campo da psicologia do desenvolvimento e da psicologia educacional. A implementação destas estratégias, inicialmente feita apenas no momento da entrada no sistema educativo e centrada na criança "portadora de deficiência ou em situação de risco ou desvantagem", tem sido, nas últimas três décadas, profundamente alterada, justificando-se assim uma breve perspectiva histórica dos modelos e programas de intervenção precoce.

Ao longo deste capítulo e referindo-nos mais especificamente à situação das crianças pré-termo e das crianças com síndrome de Down, aprofundaremos os dois modelos de avaliação/intervenção actualmente mais utilizados - o modelo transaccional e a intervenção centrada na interacção e o modelo ecológico e a avaliação/intervenção centrada nas necessidades e recursos da família - abordando diversas perspectivas teóricas e alguns programas específicos de intervenção.

2. Perspectiva histórica

No início dos anos 60, aparecem nos EUA os primeiros programas de intervenção precoce, numa perspectiva de "educação compensatória", que poderíamos definir como uma intervenção global e preventiva na vida das pessoas com handicaps sócio-económicos, que se pressupunha serem preditivos de insucesso escolar e limitadas oportunidades de vida. Estes programas, tinham como objectivo quebrar o ciclo da pobreza e baseavam-se no pressuposto que, dada a plasticidade do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, uma intervenção neste período teria efeitos quer a nível preventivo quer a nível remediativo. O exemplo mais conhecido desse tipo de intervenção está no programa Head-Start, cujos resultados foram exaustivamente avaliados, nos EUA, durante toda a década de 70.

Surgem posteriormente programas de intervenção precoce para crianças com deficiência e em risco, que conhecem uma rápida expansão, reconhecendo-se que as crianças com deficiência devem ter iguais oportunidades para desenvolver ao máximo o seu potencial, num principio de equidade que tem vindo a ser

implementado, na prática profissional, por todo o mundo ocidental. Os seus princípios têm vindo a ser progressivamente incorporados na legislação de alguns países, nomeadamente os EUA (Public Law 92-142 de 1975 e Public Law 99-457 de 1986), e o Reino Unido (Education Act de 1981, e Education Reform Act de 1988).

Apesar da rápida expansão que estes programas tiveram em alguns países, não há consenso sobre as características a que devem obedecer, sendo portanto marcados por diferenças, por vezes significativas, quanto às suas práticas, tipo de utentes, currículos utilizados, modelos a que deve obedecer a formação dos técnicos, envolvimento dos pais, avaliação, etc. Assim, o termo intervenção precoce, não pode ser considerado um conceito unívoco, sendo no entanto importante que exista uma base consensual que actualmente se caracteriza por uma orientação centrada na família em que existem objectivos individualizados para a criança e para a família. "Em sentido lato intervenção precoce engloba toda uma gama diversificada de serviços - médicos, educativos e sociais - que procuram, através do desenvolvimento de projectos e de programas adequados às necessidades especiais das crianças abrangidas, evitar - componente preventiva da intervenção precoce - ou reduzir ao mínimo - componente compensatória e reabilitativa da intervenção precoce - os efeitos negativos que determinados factores provocam no crescimento e no desenvolvimento infantil" (Leitão, 1989, p. 43).

Parece-nos importante referir brevemente os quatro modelos teóricos, relativos ao desenvolvimento da criança e à aprendizagem, subjacentes às várias práticas de intervenção precoce:

- **Erro! Marcador não definido.***A perspectiva desenvolvimental* que enfatiza os factores maturativos de ordem genética, em que os factores ambientais são considerados de certa forma secundários, embora facilitadores de uma progressiva aquisição de competências, conseguida fundamentalmente através da exploração e experiência individual;
- **Erro! Marcador não definido.***A perspectiva psicodinâmica* que enfatiza o desenvolvimento emocional e social decorrente do progressivo domínio de impulsos inatos, cabendo aos adultos e ambiente envolvente proporcionar as condições necessárias para que a criança atravesse, sem grandes crises, os vários estádios, até à aquisição completa da maturidade;
- **Erro! Marcador não definido.***A perspectiva behaviorista* que considera que todos os comportamentos são aprendidos e dá especial ênfase às interacções da criança com o ambiente, considerado determinante para o seu desenvolvimento;
- **Erro! Marcador não definido.***A perspectiva ecológica*, com as influências do modelo transaccional de Sameroff e Chandler (1975), citados por Sameroff e Fiese (1990) e da teoria ecológica do desenvolvimento humano de

Bronfenbrenner (1979), que enfatiza a influência mútua exercida pelos vários sistemas em que a criança se encontra inserida (micro-, meso-, exo- e macro-sistemas), não esquecendo as características específicas da própria criança e a influência que esta tem nos seus parceiros interactivos directos, nomeadamente nos elementos do seu círculo familiar.

Os modelos teóricos acima referidos tiveram grande influência nas práticas de educação parental e intervenção ao longo destas últimas décadas. Historicamente, no campo específico das crianças com necessidades educativas especiais, assistiu-se a uma evolução de um modelo curricular, que quer em termos de avaliação quer de intervenção era centrado quase exclusivamente na criança, para um modelo de ensino aos pais, decorrente do anterior, recorrendo frequentemente ao paradigma behaviorista, com programas meticulosamente planeados, objectivos definidos operacionalmente e técnicas de ensino individualizadas. À medida que os trabalhos de investigação foram salientando a importância da interacção mãe-bebé no processo de desenvolvimento, maior atenção foi sendo dada às questões do processo interactivo, desenvolvendo-se programas de intervenção centrados na interacção, baseados no modelo transaccional. Progressivamente e sob a influência dos trabalhos de Bronfenbrenner (1979), passou a considerar-se a criança e os pais enquadrados na realidade mais abrangente da família e esta, por sua vez enquadrada no contexto alargado da comunidade: "Assim, os programas... reflectem uma viragem dum enfoque quase exclusivo nas crianças para um interesse no papel das famílias e, eventualmente uma mudança para a perspectiva dos sistemas ecológicos que enfatiza as influências da família e da comunidade no desenvolvimento da criança" (Powell, 1988, p. 4).

Igualmente importantes, para a evolução dos programas de intervenção precoce, foram as várias perspectivas teóricas no âmbito dos modelos de ajuda, que atribuem papéis diferentes aos que procuram ajuda e aos que a concedem. Dunst, Trivette e Deal (1988) referem quatro modelos:

1. *Modelo moral*, em que a responsabilidade pela existência e pela resolução dos problemas é posta nos que procuram a ajuda, levando a sentimentos de solidão e exaustão pelo facto da solução dever ser encontrada sem qualquer tipo de ajuda;
2. *Modelo médico*, em que quem procura ajuda não é responsável nem pela existência de problemas nem pela sua solução, levando a sentimentos de passividade, impotência e dependência do profissional que presta a ajuda;
3. *Modelo de "encadeamento" (enlightenment)*, em que quem procura ajuda tem a responsabilidade pela existência dos problemas, mas depende inteiramente do especialista para a sua solução, levando a uma diminuição da auto-estima e a sentimentos de incompetência;

4. *Modelo compensatório*, em que quem pede ajuda é vitima passiva de experiências passadas, e, não sendo responsável pela existência dos problemas é responsável pela sua solução, levando a um aumento dos sentimentos de controlo, competência e bem-estar.

A estes modelos, Dunst, Trivette e Deal (op. cit.), contrapõem um modelo de aumento de competência e poder (Enablement and Empowerment). Este modelo pressupõe que quem pede ajuda não pode ser considerado responsável pela existência dos seus problemas, mas enfatiza a sua responsabilidade na aquisição de competências para os resolver e realizar os seus projectos pessoais. Quem presta ajuda é fundamentalmente um agente de mudança, na medida em que, longe de mobilizar recursos ou actuar "em vez de", cria as oportunidades de aquisição ou desempenho de competências por parte de quem pede ajuda.

Os modelos de intervenção que seguidamente analisaremos com maior detalhe inserem-se, em termos de desenvolvimento e aprendizagem, na perspectiva ecológica, e, em termos de modelo de ajuda, num modelo de aumento de competências e capacidades. As várias abordagens têm, nesse sentido, características comuns. A sua diferença está nas estratégias que utilizam para responder às necessidades das crianças com deficiência e das suas famílias e no maior ou menor protagonismo que atribuem à família e/ou aos profissionais de intervenção precoce.

3. O modelo transaccional e a intervenção centrada na interacção

Existem inúmeras situações em que os distúrbios de comportamento ou desenvolvimento são o resultado de uma combinação de factores onde estão fortemente associados o envolvimento psicológico e social e as características intrínsecas dos indivíduos, não podendo por isso, os programas de intervenção ter sucesso, se as mudanças forem feitas exclusivamente na criança (Sameroff & Fiese, 1990). O enfoque demasiadamente behaviorista de alguns tipos de intervenção, assim como os resultados, embora nem sempre coincidentes, das investigações acerca das características interactivas das crianças com deficiência e das suas mães, nomeadamente a maior passividade ou quantidade de iniciativas não estruturadas das primeiras e a maior directividade das segundas, vieram contribuir decisivamente para o aparecimento de programas cujo objectivo fundamental é alterar os padrões interactivos que se estabelecem entre ambos.

No trabalho de Stone (1979), encontramos já referência ao reforço dos mecanismos de vinculação como um dos objectivos a prosseguir nos programas de intervenção, visto que o comportamento pouco responsivo e pouco gratificante dos bebés em risco ou deficientes, podem pôr em risco o estabelecimento dessa vinculação. Advoga uma intervenção que ajude os pais a saber ler as pistas do bebé em estado de alerta e desconforto, a saber responder e intervir perante um bebé que mesmo em estado de alerta não reage aos estímulos do ambiente, a pegar no bebé de tal forma que a experiência seja gratificante para ambos, a estabelecer com o bebé contacto visual e a comunicar efectivamente com ele, com o objectivo final de conseguir experimentar alegria e afecto por estar com o bebé.

Este tipo de intervenção pressupõe, evidentemente, uma avaliação cuidadosa dos bebés, parecendo-nos importante referir novamente o trabalho de Richard (1986). Para além de detalhar as características particulares dos bebés com deficiência, este autor chama a atenção para a necessidade de os profissionais, juntamente com os pais, fazerem uma avaliação cuidadosa dos sinais comunicativos emitidos por esses bebés (a nível do olhar dirigido às pessoas e olhar referencial, dos gestos e das vocalizações) por mais ténues e breves que estes sejam. Só depois dessa avaliação poderão os pais tornar-se capazes de responder adequada, contingente e atempadamente aos sinais da criança, dando o necessário tempo de resposta a um bebé cujo tempo de latência é frequentemente maior do que o do bebé normal, de forma a que a interacção se desenvolva adequadamente e seja gratificante para ambos os elementos da díade.

As dificuldades sentidas pelas mães dos bebés e crianças com deficiência podem ser ultrapassadas com a utilização de técnicas de interacção apoiada (coaching interaction), proposta por Field (1983). A modificação do comportamento interactivo espontâneo da mãe (solicitando-lhe a imitação sistemática dos comportamentos do bebé, a repetição lenta das palavras que lhe dirige, a manutenção do silêncio sempre que o bebé está a mamar ou a olhar para outro lado, etc.) e o visionamento conjunto das sessões de intervenção gravadas, vai permitir que a mãe possa verificar os efeitos que as modificações do seu próprio comportamento, introduzem no comportamento do bebé. Num mesmo sentido vêm as conclusões do trabalho de Fisher (1988), referido com maior detalhe no capítulo anterior, que demonstra que o ritmo e frequência de responsividade das mães dos bebés com deficiência, pode alterar significativamente as iniciativas destes bebés, testando uma intervenção baseada na alteração da frequência de respostas das mães que teve como consequência um aumento da frequência de iniciativas das crianças.

"Os adultos responsivos e orientados para a criança tendem a ser altamente sensíveis aos interesses desta, apoiando as actividades em que elas estão envolvidas. Encorajam as crianças a prosseguir os seus interesses e iniciam actividades que têm, naquele momento, particular relevância... Fazem poucos pedidos para que as crianças realizem comportamentos difíceis. Pelo contrário, têm actividades que estão adequadas ao nível de desenvolvimento da criança... Isto aumenta a probabilidade que as crianças venham a responder com sucesso às suas solicitações interactivas... Respondem às iniciativas das crianças e permitem-lhes liderar a interacção. As crianças adquirem sentimentos de que conseguem controlar o seu meio... Aceitam o comportamento das crianças. As crianças desenvolverão provavelmente sentimentos de competência e auto-estima através da exposição repetida a este tipo de interacção". Esta afirmação de Mahoney, Robinson e Powel (1992, p.117-118), que nos parece extraordinariamente importante, resume as conclusões dos trabalhos do primeiro dos autores e seus colaboradores (1985, 1988 a, 1988 b, 1990) e parece apontar para a necessidade de se reverem os modelos de intervenção para as crianças com deficiência. Reconhecendo embora que as técnicas de educação especial, nomeadamente a modelação, a introdução de ajudas e o reforço têm um papel importante na aquisição de metas desenvolvimentais fundamentais, referem não estar provado que elas acelerem o desenvolvimento e, sobretudo, que tenham algum efeito na utilização que as crianças fazem das competências assim adquiridas. Advogam que a intervenção deve basear-se nas interacções de rotina que se estabelecem entre as crianças e as suas famílias - a que chamam práticas apropriadas do ponto de vista desenvolvimental - que, baseando-se num modelo que atribui grande importância à motivação da própria criança para a aquisição de novas capacidades e competências, vão apoiar os interesses das crianças, maximizando as suas oportunidades de sucesso e promovendo os seus sentimentos de controlo e auto--estima, favorecendo simultaneamente um estilo interactivo cujas características são promotoras de desenvolvimento. São estas conclusões que levam os autores acima citados a referir: "Acreditamos que um estilo interactivo que seja predominantemente responsivo e centrado nas iniciativas da criança e minimamente directivo e centrado no ensino é o mais adequado para promover aquelas características que os teóricos da motivação demonstraram ser críticas para o esforço para atingir os objectivos" (Mahoney, Robinson & Powel, op. cit., p. 117).

O enfoque no desenvolvimento da iniciativa da própria criança era já visível no trabalho de Hodapp (1988) que considera também que um programa de intervenção que enfatize em demasia o ensino à criança com deficiência, pode, em última análise não ser benéfico nem para esta nem para os próprios pais e salienta: "... o desenvolvimento implica auto-geração e os estilos de interacção que tratam a criança como um recipiente passivo de ensino, podem não promover efectivamente

o seu desenvolvimento. Os próprios técnicos de intervenção precoce devem acomodar-se a um enfoque mais centrado na criança, conceptualizando o seu papel como o de alguém que facilita o desenvolvimento, mais do que o de "professores". O trabalho de intervenção precoce que enfatiza as iniciativas da criança vai provavelmente apoiar melhor a independência e competências de autonomia desta e melhorar as interacções entre a mãe e a criança com deficiência" (Hodapp, 1988, p. 45).

Para algumas famílias, a estrutura dos programas domiciliários com ensino de actividades pode ser bem aceite e adequada ao seu estilo interactivo. No entanto, os benefícios de programas de intervenção que implicam uma pressão constante para que as mães estejam sempre disponíveis para os seus filhos têm de ser equacionados em confronto com as vantagens de outras formas de intervenção, nomeadamente numa intervenção que tome em linha de conta os padrões habituais de interacção e avaliados nos seus efeitos a médio e longo prazo.

É neste sentido que McConachie (1989) refere: "O ponto de partida para a intervenção parece dever ser a necessidade de conhecer a individualidade de cada família e do seu funcionamento diário... A intervenção será mais bem sucedida se implicar apenas mudanças mínimas nos padrões de funcionamento diário... O respeito pelos padrões habituais de interacção pode significar que as tarefas de ensino devem alicerçar-se nas actividades em que os pais se sentem confiantes e gostam de fazer com os seus filhos, bem como apoiar gradualmente os pais em áreas em que estes se sintam menos confiantes" (McConachie, op. cit., p. 241 e 253). Este autor alerta-nos também para as consequências dos programas de intervenção precoce, que obtendo ganhos evidentes no progresso desenvolvimental da criança, raramente têm sido avaliados em termos das mudanças que implicam nos padrões de interacção mãe-bebé, nas formas de cooperação familiar, nos cuidados com a criança e nas percepções das necessidades a longo termo sentidas pelas famílias.

3.1 - Estratégias de intervenção centrada na interacção para as díades com bebés pré-termo

As características específicas dos bebés nascidos prematuramente e as implicações que estas têm no processo de adaptação e interacção mãe-bebé, que a seu tempo referimos, fazem com que estas díades estejam em risco no que respeita ao processo interactivo.

O modelo teórico dos primeiros programas de intervenção precoce, de orientação behaviorista e centrado exclusivamente na criança, pode ter algumas consequências nefastas no caso dos bebés pré-termo: "... levou frequentemente à falsa convicção de que quanto mais fosse a estimulação recebida pela criança, mais depressa ela se desenvolveria. Assim, os programas de estimulação, inadvertidamente, podem ter aumentado a tendência de pais muito envolvidos e ansiosos para estimular o seu bebé vulnerável e em alto risco, num esforço para normalizar o seu comportamento... A crença comum que mais estimulação é melhor, pode interferir com a sensibilidade dos pais aos sinais dos seus bebés relativamente ao nível de tolerância e respostas diferenciais aos estímulos" (Bromwich, 1990, p. 67).

Os limiares de estimulação muito elevados e a sua dificuldade em ser consolados quando esses limiares são ultrapassados, são características que fazem com que, para os bebés pré-termo, seja difícil encontrar a "zona óptima de estimulação" que é sensivelmente mais reduzida do que a de um bebé normal (Field, 1983). Esta reactividade ao meio é uma das características mais assustadoras para os pais. Uma informação adequada pode ser necessária a este nível para os libertar dos sentimentos de culpabilidade por não se sentirem imediatamente atraídos pelo seu bebé, legitimando os seus sentimentos de dor, impotência e incompetência que muitas vezes levam a que deleguem no pessoal médico os cuidados do bebé. "No entanto, quanto mais os pais forem ajudados a sintonizar-se com as acções e reacções dos seus bebés, melhor serão capazes de desenvolver acções apropriadas e promotoras de desenvolvimento... gerando no bebé reconhecimento da sua própria competência e facilitando a sua crescente autonomia" (Als, Lester, Tronick & Brazelton, 1982, p. 57).

Não são estas, no entanto as práticas habituais nas Unidades de Cuidados do Recém-Nascido, que, tal como Gomes-Pedro e colaboradores (no prelo) referem, dificultam, em vez de favorecer a vinculação mãe-bebé. Com efeito, algumas características destas Unidades, podem, segundo Widerstrom, Mowder e Sandall (1991) aumentar o stress que o bebé pré-termo ou em alto risco e os seus próprios pais estão a suportar. No que se refere aos pais, estes autores propõem que sejam ajudados a ler, antecipar e responder apropriadamente aos sinais e pistas do seu bebé, apoiando-se e reforçando-se os seus sentimentos de competência. Quanto aos bebés, seria necessário introduzir algumas modificações no ambiente físico das Unidades, no sentido de diminuir a hiperestimulação ao bebé, terminar imediatamente ou alterar as manobras que produzem no bebé comportamentos de evitamento ou aversivos, introduzir ritmos diurnos e nocturnos para promover a organização do comportamento do bebé e facilitar gradualmente a reciprocidade visual, auditiva, táctil, vestibular e kinestésica durante os períodos de alerta.

Lester (1992) propõe, para os bebés pré-termo, um modelo de intervenção enquadrado na teorização de Sameroff e Fiese (1990), nomeadamente nas técnicas de redefinição e reeducação. O modelo de intervenção proposto é baseado em dois princípios - percepção e compreensão dos pais sobre as características dos seus bebés, competências dos pais para proporcionar os cuidados adequados - e contempla os seguintes aspectos:

- **Erro! Marcador não definido.** intervenção a vários níveis - comportamento do bebé, interacção entre a mãe e o bebé, organização e funcionamento familiar, recursos da comunidade;
- **Erro! Marcador não definido.** intervenção individualizada - a partir das necessidades do sistema familiar, avaliadas através de uma entrevista clínica e de avaliações estandardizadas;
- **Erro! Marcador não definido.** intervenção multidisciplinar - coordenada por um técnico responsável;
- **Erro! Marcador não definido.** intervenção precoce - iniciada ainda antes da saída do bebé do hospital.

Num estudo sobre as necessidades sentidas pelas famílias de bebés que estiveram internados em Unidades de Cuidados Intensivos, Able-Boone e Stevens (1994), comparando pais de bebés com deficiência e pais de bebés que posteriormente tiveram um desenvolvimento normal, não encontraram padrões típicos de comportamentos consoante a situação do bebé. As necessidades referidas foram muito variadas e os mecanismos encontrados por cada família altamente específicos, concluindo os autores que cada uma, com o seu estilo adaptativo idiossincrático, será melhor servida por um sistema que aceite e tome em consideração as suas especificidades e trabalhe numa base individual para potencializar ao máximo as suas competências funcionais.

3.2 - Estratégias de intervenção centradas na interacção para as díades com bebés com deficiência

Analisámos anteriormente algumas das características dos bebés com deficiência e das suas mães, e salientámos o risco de que entre ambos se estabeleça um processo interactivo marcado por comportamentos assíncronos. Também para estes bebés algumas estratégias centradas na interacção se podem tornar decisivas para que o processo interactivo se processe de forma harmoniosa e se torne gratificante para ambos os elementos das díades.

Mahoney (1988 b) propõe um modelo de intervenção a que chama *Programa de Intervenção Transaccional*, cujos objectivos fundamentais são encorajar os pais para se tornarem mais responsivos ao comportamento dos seus filhos deficientes e

menos dominantes e directivos como parceiros interactivos. Criando um hierarquia de objectivos transaccionais, este programa de intervenção pretende por um lado modificar a estrutura da interacção de forma a que as tomadas de vez sejam balanceadas entre os pais e as crianças e que ambos os intervenientes na interacção tenham iguais oportunidades de controlar o foco das actividades interactivas - paradigma do turn-taking - e, por outro, adequar o comportamento do adulto à capacidade da criança em responder aos estímulos externos - paradigma do emparelhamento interactivo. Diversas estratégias instruccionais são propostas relativamente a estes dois objectivos cujas consequências para a interacção são explicadas no âmbito das teorias da motivação para o sucesso e resumidas em quatro pontos:

- **Erro! Marcador não definido.** Desenvolvimento dos sentimentos de controlo na criança, a partir da experiência que esta vai adquirindo que os pais respondem às actividades por si iniciadas;
- **Erro! Marcador não definido.** Desenvolvimento do leque de interesses da própria criança a partir da expansão e elaboração desses interesses feita pelos pais;
- **Erro! Marcador não definido.** Desenvolvimento dos sentimentos de auto-estima e competência da criança, através da aceitação que os pais têm do seu comportamento, independentemente da sua adequação em termos de desenvolvimento;
- **Erro! Marcador não definido.** Aumento da probabilidade de que as acções das crianças durante a interacção sejam bem sucedidas, satisfazendo ambos os elementos da díade interactiva.

Este modelo de intervenção pressupõe que as crianças com deficiência, embora com menor capacidade de progresso, têm motivação para progredir o que leva este autor a referir: "Esta motivação no sentido da competência não é uma simples função das capacidades inerentes à própria criança, mas é também influenciada pela forma como as pessoas interagem com elas. De facto, acreditamos que as dificuldades inerentes às crianças com deficiência também mitigam a intensidade da sua motivação intrínseca, tornando-as ainda mais susceptíveis às forças ambientais do que as crianças não deficientes" (Mahoney, op. cit., p. 218).

Para explicitar o modelo de intervenção proposto por Sameroff e Fiese (1990), consideramos ser importante explicitar alguns princípios básicos do modelo transaccional de Sameroff e Chandler (1975), citado por estes autores: "No modelo transaccional, o desenvolvimento da criança é visto como o produto das interacções contínuas e dinâmicas da criança e da experiência providenciada pela sua família e contexto social. O que é inovador no modelo transaccional é a igual ênfase posta nos efeitos da criança e do ambiente, de tal forma que as experiências proporcionadas pelo ambiente não são encaradas como independentes da criança.

A criança pode ter sido um forte determinante das experiências actuais, mas o desenvolvimento não pode ser sistematicamente descrito sem uma análise dos efeitos do ambiente na criança" (Sameroff & Fiese, op. cit., p. 122). No âmbito deste modelo, os autores realçam a importância dos processos de regulação entre a criança, a família e os sistemas culturais, que devem ser analisados na sua dimensão temporal, objectivos, níveis de representação e contribuições específicas da criança. Consideram três níveis nos processos de regulação em constante interdependência:

- **Erro! Marcador não definido.** Macroregulações - que marcam mudanças "cruciais" na experiência e continuam por um período alargado de tempo, sendo marcadas por factores culturais;
- **Erro! Marcador não definido.** Miniregulações - que são fundamentalmente actividades de rotina, que se repetem numa base diária e se desenvolvem no contexto familiar;
- **Erro! Marcador não definido.** Microregulações - que são interacções momentâneas automáticas e inconscientes entre a criança e o adulto que dela cuida.

No que respeita à intervenção, este modelo transaccional é proposto como modelo teórico de referência e tem consequências importantes, nomeadamente na identificação de objectivos e estratégias de intervenção: "As mudanças no comportamento são o resultado de uma série de trocas entre indivíduos no âmbito de um sistema partilhado, seguindo princípios reguladores específicos... Examinando as forças e fraquezas do sistema regulador, podem ser identificados objectivos que minimizam a amplitude da intervenção e maximizam a sua eficiência" (Sameroff & Fiese, op. cit., p.134). Os autores identificam três tipos de estratégias de intervenção:

- **Erro! Marcador não definido.** A *remediação* que se destina a introduzir modificação na criança com a ocorrência de eventuais modificações nos pais e que tem como principal objectivo a adequação da criança a competências parentais pré-existentes, que seriam adequadas se a criança tivesse as respostas apropriadas. Esta estratégia tem um âmbito de intervenção muito limitado (não pode ser usada, por exemplo, em situações de deficiência mental), mas pode ser suficiente em algumas outras situações;
- **Erro! Marcador não definido.** A *redefinição* que está indicada quando os códigos familiares não enquadram nem aceitam o comportamento da criança e tem como principal objectivo a facilitação de interacções parentais mais adequadas, actuando no contexto da experiência presente e não relativamente a acontecimentos do passado, implicando que os pais conseguem identificar áreas de funcionamento normal;

Erro! Marcador não definido. A *reeducação* que se refere ao ensino dos pais e está indicada quando estes não têm as competências parentais básicas para regular o comportamento do seu filho e o comportamento parental adequado não fizer parte do seu repertório.

Para além dos ritmos, responsividade e repertórios de ambos os intervenientes no processo interactivo, as abordagens centradas na interacção põem em destaque a importância das emoções e percepções dos pais e das próprias crianças com deficiência. O processo de adaptação das mães das crianças com deficiência é, como anteriormente vimos, frequentemente abalado ao longo do próprio processo de desenvolvimento dos seus filhos, num confronto constante entre as expectativas que são criadas e o próprio ritmo de desenvolvimento da criança. Os períodos etários que, socialmente se consideram adequadas para atingir determinados marcos de desenvolvimento, nomeadamente o sorriso, as progressivas aquisições motoras, a linguagem e a aquisição de comportamentos de autonomia, são particularmente importantes e os técnicos de intervenção precoce devem ter em devida conta as necessidades de caracter emocional das famílias que apoiam, renovando as estratégias de intervenção sempre que as reacções emocionais das mães afectem o processo interactivo com a criança (Hodapp, 1988).

Sugerindo também que uma base emocional é um pré-requisito para o estabelecimento de competências parentais mais complexas e que a intervenção deve ser sensível às necessidades dos pais, sendo estas tão importantes como as necessidades de estimulação de desenvolvimento do bebé, Bromwich (1990), propõe um modelo de intervenção centrado na interacção, que tem como objectivo fundamental aumentar a interacção mutuamente satisfatória entre os pais e o bebé com vista a facilitar o desenvolvimento e o bem-estar de ambos, pressupondo que ambos contribuem para a interacção e que uma multiplicidade de factores, quer ambientais quer internos, afectam a interacção que entre ambos se estabelece. Pressupõe ainda uma particular atenção aos níveis de auto-confiança e auto-estima dos pais, bem como aos seus sentimentos de ansiedade, ambivalência e culpabilidade, às suas expectativas por vezes irrealistas e às suas crenças sobre os efeitos da sua intervenção (característicos de pais superenvolvidos e que muitas vezes levam ao isolamento relativamente aos outros membros da família, família alargada e circulo de relações sociais) ou aos sentimentos e atitudes de não envolvimento e demissão, por vezes resultantes da incapacidade de enfrentar e lidar com a existência de um bebé com deficiência. Alerta ainda para os perigos de os pais se sentirem totalmente responsáveis pelas mudanças no comportamento dos seus filhos, já que em inúmeras situações de deficiência, essas mudanças e progressos podem ser limitadas.

O seu modelo (Bromwich, op. cit.) tem dois objectivos principais, cada um dos quais assenta em princípios gerais, que englobam objectivos específicos, dos quais decorrem várias estratégias de intervenção:

Erro! Marcador não definido. Melhorar a qualidade da interacção pais-bebé (apoiando a auto-confiança dos pais, reconhecendo as percepções dos pais relativamente a si próprios e à criança, aumentando as observações sensíveis dos pais, favorecendo o seu interesse na brincadeira espontânea da criança, apoiando a comunicação recíproca entre os pais e a criança, aplicando a abordagem centrada na resolução de problemas);

Erro! Marcador não definido. Usar o conhecimento das fontes de suporte e stress da família (identificando as fontes de apoio e de stress, desenvolvendo uma relação com ambos os pais, apoiando as interacções positivas entre os irmãos, aliviando a sobrecarga dos pais).

Nestes modelos de Sameroff e Fiese (1990) e de Bromwich (1990) é já visível uma preocupação em inserir a díade mãe-bebé no seu contexto familiar e assumir que a intervenção deve responder a necessidades globais da família, que, frequentemente, ultrapassam o âmbito da própria díade. Esta descentração progressiva, tem vindo a caracterizar as estratégias de avaliação e os programas de intervenção precoce que se inserem no modelo ecológico do desenvolvimento de Brofenbrenner.

4. O modelo ecológico e a intervenção centrada nas necessidades e recursos da família

As famílias que recorrem aos serviços de intervenção precoce, embora o façam porque têm um bebé em risco ou deficiente, têm frequentemente outros problemas associados, cuja avaliação é decisiva para o sucesso de qualquer programa que se venha a implementar. Referimo-nos em primeiro lugar a questões básicas de sobrevivência, que deveriam estar asseguradas antes de se colocarem outros objectivos, nomeadamente a nível da alteração dos padrões de sensibilidade, reciprocidade e vinculação. Beckwith (1990), não menosprezando as áreas mais tradicionais de intervenção - o desenvolvimento da criança, a atenção dos pais às suas necessidades cognitivas, a sensibilidade destes em relação às necessidades emocionais do bebé, a relação conjugal, etc. - considera que o enfoque de qualquer programa de intervenção deve ser posto na mudança da família - melhoria da competência parental e na relação intrafamiliar - e não exclusivamente no desenvolvimento da criança, chamando também a atenção para as fontes contextuais de stress e apoio, que podem justificar uma intervenção numa perspectiva ecológica e em questões que ultrapassam o próprio sistema familiar.

A intervenção precoce encarada nesta perspectiva, é centrada na família, subordinada a um modelo que dá particular relevo ao envolvimento parental, devendo orientar-se por princípios de:

- **Erro! Marcador não definido.** normalização - ajudando a que cada família tenha o estilo de vida que teria se não existisse uma criança com deficiência;
- **Erro! Marcador não definido.** individualização de programas - ajustando-os às necessidades específicas sentidas e consciencializadas pela família;
- **Erro! Marcador não definido.** flexibilidade - permitindo mudanças no nível de envolvimento parental em função da própria evolução da família e da criança;
- **Erro! Marcador não definido.** sensibilidade cultural - reconhecendo a influência dos padrões culturais nas expectativas das famílias relativamente a si próprias, às crianças e aos serviços.

São as necessidades particulares e específicas das famílias das crianças com deficiência - em termos de informação, de treino de competências interactivas ou de ensino, de apoio emocional, de mobilização de suportes informais de apoio, de procura de serviços ou equipamentos, etc. - bem como as condições específicas da sua vida - em termos de modos de guarda da criança, disponibilidade de tempo, recursos económicos, condições habitacionais, local de residência, etc. - que determinam o tipo de programa de intervenção que lhe é proposto e que, em última análise, será escolhido pela própria família e alterado sempre que as suas necessidades assim o determinem. Esta individualização e emparelhamento de programas às necessidades da família, pressupõe uma redefinição do papel dos técnicos que abandonam a relação de dominância que caracterizou os anteriores modelos de intervenção, e estabelecem com as família uma relação de igualdade, colaboração e parceria.

O trabalho de Dunst, Trivette e Deal (1988) é um marco fundamental na teorização de um modelo de avaliação e intervenção centrado nas necessidades e recursos específicos das famílias, que os autores fundamentam em quatro princípios donde decorrem objectivos e práticas a nível da avaliação e da intervenção.

- **Erro! Marcador não definido.** Promover o funcionamento positivo da criança, pais e família através de uma identificação das aspirações, projectos pessoais e prioridades que serão a base da intervenção;
- **Erro! Marcador não definido.** Aumentar os esforços para responder às necessidades, utilizando o estilo actual de funcionamento da família, identificando as suas forças e competências, dando ênfase ao que esta já faz bem e determinando as capacidades específicas que possam promover a mobilização de recursos;

Erro! Marcador não definido. Assegurar a disponibilidade e adequação dos recursos para responder às necessidades, identificando e reforçando a rede social de apoio da família e promovendo a utilização de potenciais redes informais de ajuda;

Erro! Marcador não definido. Aumentar a capacidade da família em se tornar independente na satisfação das suas necessidades, promovendo a aquisição e utilização de competências necessárias para mobilizar e garantir os recursos necessários para atingir os seus objectivos.

A abordagem baseada num modelo de funcionamento positivo da família (e não num modelo deficitário), o reforço ou aquisição de competências que permitam um funcionamento parental adequado (qualquer que seja o diagnóstico e as necessidades educativas da criança), a relação de parceria entre pais e técnicos (assente na existência de processos de comunicação marcados pela honestidade, respeito, confiança e confidencialidade), a ênfase posta nas soluções para os problemas (e não nas suas causas) e, finalmente, a procura activa de soluções, são as características principais deste modelo de avaliação/intervenção que assenta em alguns pressupostos gerais que Brown, Thurman e Pearl (1993) resumem em nove pontos:

1. Reconhecimento que a família é uma constante na vida da criança e os contextos de intervenção são temporários;
2. Facilitação da colaboração família/profissional no desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas para a criança;
3. Partilha de toda a informação relativa ao estado e comportamento da criança;
4. Implementação de programas que incluam apoio e suporte para a família e serviços específicos para a criança;
5. Reconhecimento da individualidade das famílias, incluindo os seus recursos e formas de enfrentar a situação;
6. Compreensão das necessidades desenvolvimentais das crianças com deficiência e sua integração nos programas;
7. Encorajamento dos sistemas de apoio informais entre os pais;
8. Delineamento de políticas e procedimentos que levem a um sistema coordenado, flexível, acessível e que corresponda às necessidades específicas de cada família;
9. Reconhecimento e respeito pelas diferenças culturais.

Adoptando esta perspectiva, poderíamos dizer que o primeiro objectivo de qualquer programa de intervenção precoce deverá ser o apoio à família no sentido desta atingir os seus próprios objectivos, promovendo a sua independência através do desenvolvimento das suas próprias redes de suporte, permitindo e favorecendo a actualização das suas competências e capacidades. Os objectivos específicos para as crianças com deficiência são, nesta perspectiva, a promoção do seu

envolvimento em interacções adequadas, da sua autonomia e independência relativamente aos outros, o que, evidentemente, pressupõe não só o seu desenvolvimento em áreas fundamentais, como a aquisição e generalização de competências a nível social. Em última análise, o objectivo fundamental de um programa de intervenção precoce é proporcionar à criança e à família experiências de vida normalizantes e actuar preventivamente face ao aparecimento de problemas ou alterações futuras (Bailey & Wolery, 1992).

Nesta perspectiva, as características das crianças, decorrentes da sua situação específica de desenvolvimento, são apenas um dos elementos a considerar no delineamento do programa de intervenção, não havendo por isso estratégias mais indicadas para um determinado tipo de deficiência ou situação de risco. Os efeitos que essas características têm nas famílias, as necessidades que delas decorrem, os recursos que obrigam a mobilizar, são particulares e específicas a cada família.

Field (1989) comentando um artigo de Rauh (1989) sobre o significado de risco na infância considera que "... os pais sensíveis devem aprender com e através dos seus filhos as tarefas e comportamentos parentais, nomeadamente aquelas que são adaptadas à individualidade daquela criança. Esta abordagem está em contradição com a atitude espontânea dos pais das crianças com deficiência ou em risco. Como um grupo, estes pais tendem a ser superprotectores com medo de que estes hesitem e falhem, tendem a ser demasiado activos e directivos quando a criança não realiza o esperado e desistem facilmente, substituindo-se à criança em vez de a desafiar a usar os seus próprios recursos e tomar riscos. Um pouco de stress e risco deste modelo (de Rauh) pode ser exactamente a intervenção necessária para que a criança de risco se torne resiliente e, em última análise, nas palavras de Rauh, se torne agente do seu próprio desenvolvimento" (Field, op. cit., p. 175).

Como síntese e em forma de conclusão, poderíamos fazer um paralelo entre esta afirmação e a nossa própria atitude enquanto técnicos de intervenção precoce. Também nós deveremos aprender com e através das famílias que nos procuram as intervenções mais adaptadas à sua individualidade. Também nós temos, frequentemente, uma atitude superprotectora relativamente às famílias com medo de que estas hesitem e falhem, somos demasiado activos e directivos quando não realizam o que delas esperamos, desistimos facilmente, ou tomamos decisões em seu lugar, em vez de as desafiar a usar os seus próprios recursos e tomar riscos. Um pouco de stress e risco da abordagem centrada na família pode assim ser a intervenção necessária para que as famílias se tornem agentes do seu próprio desenvolvimento.

"Ser um pai/mãe suficientemente bom é projectar-se no mundo da criança e simultaneamente tentar compreender os seus próprios sentimentos e objectivos" (Bettelheim, 1987, citado por Beckwith, 1990). Da mesma forma poderíamos dizer que um técnico de intervenção precoce suficientemente bom deveria ser capaz de se projectar no mundo da família, compreender os sentimentos e objectivos que a regem e, simultaneamente compreender os seus próprios sentimentos e objectivos face à situação em que é chamado a intervir.

PARTE II

ORGANIZAÇÃO E PLANIFICAÇÃO DO TRABALHO

Capítulo 1

Problemática geral do estudo

Ao longo dos primeiros capítulos deste trabalho debruçámo-nos sobre o desenvolvimento psico-social do bebé bem como sobre as perspectivas teóricas de alguns autores que, desde há mais de duas décadas investigam a interacção mãe--bebé, avançando modelos explicativos para os comportamentos da mãe e do bebé, assim como os trabalhos experimentais, daí decorrentes, em que se propõem vários instrumentos que permitem avaliar essa mesma interacção.

Abordámos seguidamente o estudo das atitudes, sentimentos e percepções que as mães têm sobre o desenvolvimento dos seus filhos, a sua influência no comportamento materno, no processo interactivo e no desenvolvimento da criança, assim como os instrumentos que têm sido usados para avaliar essas dimensões.

Analisámos ainda trabalhos teóricos e empíricos em que se estuda a interacção mãe-bebé nas díades com bebés de risco ou deficientes, assim como alguns estudos sobre os sentimentos e ajustamento materno face a esses bebés.

Por último, abordámos algumas questões relativas à evolução dos modelos e práticas de intervenção precoce, decorrentes dos avanços teóricos no campo da psicologia do desenvolvimento e aos estudos de avaliação dos efeitos dos programas de intervenção precoce.

Iremos seguidamente situar a problemática do nosso trabalho, procurando fundamentar as razões que nos levaram a integrar, num mesmo estudo, a análise dos processos interactivos e das atitudes e sentimentos maternos em díades com bebés normais, com bebés pré-termo e com bebés com síndrome de Down.

Não poderemos deixar de referir uma primeira razão de carácter pessoal que radica no trabalho há longos anos desenvolvido com crianças com deficiência e suas famílias, inicialmente numa perspectiva de diagnóstico e avaliação e, posteriormente, numa perspectiva de intervenção precoce. A reflexão feita a partir dessa prática leva-nos a considerar incompletos os trabalhos realizados sob um único ângulo, seja o da interacção mãe-bebé, seja o da análise das percepções e sentimentos maternos, já que pensamos serem estes aspectos indissociáveis.

Ao longo da revisão da literatura sobre esta matéria, encontrámos inúmeros trabalhos investigando a interacção mãe-bebé ao longo do primeiro ano de vida, numa perspectiva de análise de dimensões molares ou moleculares do comportamento da mãe, do bebé, ou da díade. Foram em menor número os trabalhos que analisavam as ideias, percepções, atitudes, sentimentos e expectativas de mães com bebés nesta faixa etária, já que quase toda a investigação neste domínio é realizada com mães de crianças a partir do segundo ou terceiro ano.

Foi a escassez dos trabalhos relacionando o estudo dos processos cognitivos e emocionais da mãe e o seu comportamento interactivo, que nos levou a investigar se os sentimentos e atitudes das mães, bem como a percepção e as expectativas sobre o desenvolvimento dos seus bebés, se traduziam, de alguma forma, no processo interactivo.

O trabalho de Shonkoff, Hause-Gram, Krauss e Upshur (1992), analisa simultaneamente estas dimensões complementares e, embora a perspectiva dos seus autores seja a de estudar os efeitos de um projecto de intervenção precoce, a sua abordagem e metodologia foi inspiradora do estudo que agora apresentamos. Pelo reduzido número de casos analisados, pudemos aprofundar características das mães e do seu processo de adaptação aos seus bebés normais, deficientes - com síndrome de Down - ou em risco - pré-termo.

Assim, à semelhança destes autores, podemos enunciar, o principal objectivo do nosso trabalho: contribuir para aumentar a compreensão das variações do desenvolvimento dos bebés com deficiência ou em risco e da adaptação das suas mães ao longo do tempo, encarando ambas as variáveis como processos multidimensionais que são simultaneamente influenciadas por factores externos e internos, ligados ao próprio processo de desenvolvimento da criança e relacionados com os sentimentos das mães e com a ecologia da família.

Trata-se de um estudo exploratório, de carácter longitudinal, em que utilizámos uma metodologia de estudo de caso, que permite não só estudar, desde os primeiros dias e até ao fim do primeiro ano de vida, o desenvolvimento dos bebés e o ajuste sucessivo que as mães terão de fazer às suas características, como estabelecer com as próprias mães uma relação continuada na base da qual se poderão abordar mais profundamente os seus sentimentos face ao bebé, acrescentando uma dimensão mais "clínica" às investigações que têm sido feitas sobre este assunto.

Nesta perspectiva, cada uma das doze díades que compõem a amostra, escolhidas pelas características de risco ou deficiência dos seus bebés e não por serem casos "médios", "típicos", ou "ideais", é tratada como um caso individual digno de um

estudo aprofundado, assumindo, pelo reduzido número de sujeitos, um impacto muito grande no estudo. Acreditando na individualidade de cada mãe e de cada bebé, no seu modo muito próprio de se ajustarem um ao outro, no seio de uma família e num contexto social específico, mais do que encontrar padrões comuns de funcionamento interactivo ou constelações de sentimentos para as díades com bebés com características semelhantes - normais, pré-termo ou com síndrome de Down - esperamos vir a encontrar e analisar as diferenças de cada uma delas, não descurando no entanto a análise das semelhanças entre as mesmas.

É também nosso propósito relacionar a individualidade de cada díade com as suas necessidades específicas em termos de intervenção precoce, salientando as características eminentemente individuais que estes programas devem ter, para corresponderem às necessidades, também individuais, dos seus destinatários.

O nascimento de um bebé diferente vai estar na base de um complexo processo que envolve não só a sua mãe, e toda a sua família nuclear, como pode originar um reajustamento de toda a rede social em que a família está envolvida. Apesar de não ter sido possível aprofundar este aspecto, parece-nos importante referi-lo, já que, por exemplo, o retomar da actividade profissional foi para algumas destas mães extraordinariamente complicado.

Uma última questão antes de continuarmos com a exposição da metodologia deste trabalho: a atitude de "neutralidade de investigação científica" face a esta problemática e neste design de estudo de caso. Mazet (1993, p. 131) resume bem as dificuldades deste trabalho de investigador no seio da interacção mãe-bebé quando, referindo-se ao observador, comenta: "... A sua formação pessoal, os seus referenciais teóricos, as suas contra-atitudes pessoais perante a situação e os parceiros nela implicados, não deixam de ter influência no material recolhido... Compreende-se a importância das capacidades de reflexão e de abordagem dos problemas nos diferentes níveis em que se situam, mas também a capacidade de sentir o que está presente nos parceiros observados e também em si próprio...".

Temos consciência que, no quadro da presente investigação não interviemos nunca numa perspectiva de técnicos de intervenção precoce, mas não nos sentimos, nem fomos sentidos como um "investigador neutro". Não sei se seria possível ou mesmo desejável que tal tivesse acontecido, quando se abordam, horas após o nascimento de um bebé com deficiência ou em risco, em momentos emocionalmente tão intensos - o primeiro contacto foi feito nos primeiros três dias de vida, estando as mães ainda na maternidade - questões tão delicadas como os sentimentos, desejos e expectativas das mães face a esse bebé e periodicamente se retomam questões que reabrem feridas ainda não cicatrizadas.

De entre as mães dos bebés que compõem a amostra, não houve qualquer desistência relativamente à participação no estudo, mas, pelo contrário, uma total disponibilidade de encontrar horários compatíveis para que este decorresse nos moldes previstos. Fica assim um sentimento, não objectivável nem mensurável de que a minha "intrusão" junto destas famílias, ainda que quase só exclusivamente através das mães, lhes proporcionou um apoio único, cujos efeitos não puderam ser avaliados no âmbito deste trabalho.

Capítulo 2

Metodologia

1. Introdução

Como se torna claro pelo que foi referido no capítulo sobre a problemática geral do trabalho, este só seria possível com a colaboração dos Serviços de Neonatalogia dos Hospitais e Maternidades de Lisboa, já que o contacto com as mães dos bebés pré-termo e dos bebés com síndrome de Down, imediatamente após o parto, pressupunha um aviso sobre o nascimento desses bebés.

Num primeiro momento, foi portanto necessário contactar com a Direcção desses serviços nomeadamente na Maternidade Alfredo da Costa, Hospital de Santa Maria, Hospital de S. Francisco Xavier, Maternidade Magalhães Coutinho e Hospital de D. Estefânia. Obtido a autorização necessária, foi possível fazer um acordo com os médicos e enfermeiras mais directamente responsáveis pelas Consultas de Genética ou Unidades de Cuidados Neonatais, que atempadamente nos informaram do nascimento dos bebés que integrariam a nossa amostra.

2. Composição e caracterização da amostra

A amostra inicialmente prevista era composta por quinze díades, com as seguintes características:

Cinco mães e bebés com síndrome de Down
Cinco mães e bebés pré-termo
Cinco mães e bebés sem problemas

Os bebés com síndrome de Down foram seleccionados aleatoriamente, após a sinalização feita pelos Serviços de Neonatalogia. A amostra comporta cinco dos primeiros seis bebés nascidos a partir do momento em que contactei com os Hospitais acima referidos, já que um dos casais recusou participar no estudo.

Os bebés pré-termo foram também seleccionados aleatoriamente. No caso destes bebés a amostra ficou reduzida a três: uma mãe mudou de residência logo após a primeira entrevista e, noutro caso, foi diagnosticado ao bebé catarata congénita, pelo que se tornou impossível a sua participação no estudo. Estes casos não foram substituídos pelo pouco tempo ainda disponível para a recolha dos dados.

Os bebés sem problemas foram seleccionados com a preocupação que as características das famílias e posição do bebé na fratria, não se afastasse muito das dos outros bebés. Seleccionamos apenas quatro bebés sem problemas.

Quadro nº 1 - Caracterização da amostra

Nome e característica do bebé	Data e condições do nascimento	Saída da maternidade e tipo de cuidados	Idade e Habilitaç. académicas do Pai e Mãe	Situação na fratria
C. Sínd. Down 38 sem. 4.080 gr.	24-2-94 eutócico	26-2-94 24h cuid. interm. dp. rooming in	P-33 Engenheiro M-29 Enfermeira	2ª filha Irmã com 2 A
H. Sínd. Down 41 sem. 4.050 gr.	21-3-94 eutócico	24-3-94 rooming in	P-22 11º ano M-35 9º ano	1º filho do Pai 2º filho da Mãe irmã 12 anos
J. P. Sínd. Down 40 sem. 3.360 gr.	5-4-94 cesariana 40 s. sofr. fetal	12-4-94 24h cuid. inter. por dific. resp. dp. rooming in	P-36 6º ano M-35 6º ano	3º filho do pai 4º filho da mãe 1º filho de ambos
M. Sínd. Down 40 sem. 3.200 gr.	10-4-94 eutócico	12-4-94 24h cuid. interm. dp. rooming in	P-26 Economista M-28 Enfermeira	1ª filha
R. Sínd. Down 38 sem. 2.600 gr.	13-4-94 eutócico	15-4-94 rooming in	P-27 9º ano M-23 11º ano	1º filho
M. Prem. 34 sem 1.800 gr.	1-3-94 forceps rot. águas	7-3-94 só cuidados intermédios	P-26 Economista M-26 Economista	1ª filha
A. Prem. 33 sem 1.716 gr.	28-3-94 cesariana por ACIU	20-4-94 cuid. intens. até 3/4 sai da inc. 8-4	P-28 12º + hotelar. M-25 Bachar. Decoradora	2ª filha Irmã 2 anos
F. Prem. 35 sem. 1.559 gr.	11-4-94 cesariana por placenta envelh.	27-4-94 só cuidados intermédios	P-21 7º ano M-23 11º ano	1º filho

F. normal 38 sem 2.780 gr.	8-2-94 cesariana por descol. da plac.	14-2-94 rooming in	P-27 Bach. public. M-26 Bach. public.	1º filho
M. normal 40 sem. 3.650 gr.	20-4-94 eutócico	21-4-94 rooming in	P-38 9º ano M-33 10º ano	2ª filha Irmã de 12 anos
C. normal 40 sem. 3.750 gr.	6-6-94 eutócico	8-6-94 rooming in	P-27 9º ano M-21 11º ano	1ª filha
J.C. normal 38 sem. 3.020 gr.	19-6-94 cesariana - não fez dilatação	24-6-94 rooming in	P-32 11º ano M-25 12º ano	3º filho Gémeas de 16 meses

3. Procedimento

As mães destes bebés foram inicialmente contactadas pelos médicos ou enfermeiras responsáveis, que fizeram uma primeira sondagem sobre a sua possível participação no estudo. Em todos os casos foram esses mesmos técnicos que nos introduziram junto das mães.

Após uma breve explicação da natureza, objectivos e contexto em que decorria esta investigação, foi deixado às mães um pedido formal de colaboração que, após terem obtido o acordo do marido, deveriam assinar. Obtido esse acordo, deu-se início ao trabalho de recolha de dados através de instrumentos uniformizados.

Todas as mães foram contactadas nas primeiras 48h. após o nascimento dos seus bebés, tendo primeira entrevista de recolha de dados sido realizada nas 48 h. seguintes, estando a mãe sozinha. No final da entrevista era passada uma escala de auto-estima materna, adaptada do Maternal Self-Report Inventory, de Shea e Tronick (1988).

A todas as mães das crianças com síndrome de Down foi dada a mesma informação sobre o tipo de serviços existentes e programas de apoio/intervenção precoce que aí eram desenvolvidos.

No final do 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses de vida as mães foram visitadas, em casa, em data e hora previamente combinada com elas, coincidindo com uma hora de

alimentação do bebé. No quadro nº 2 podemos verificar as idades dos bebés à data de todas as entrevistas de recolha de dados.

Após alguns minutos de conversa informal, as mães e os bebés foram filmados em várias situações: Alimentação (os 5 primeiros minutos), Interacção livre (5 minutos), Afastamento da mãe (1 minuto), Reaproximação da mãe (1 minuto). Após uma breve pausa, foram ainda filmados 3 minutos em situação de ensino. Estas situações foram escolhidas por permitirem a observação da interacção em contextos estruturados - situação de ensino - não estruturados - alimentação e interacção livre - e numa situação geradora de stress na criança e também na mãe - afastamento e reaproximação.

Com excepção da situação de alimentação, estes episódios são semelhantes aos analisados no trabalho de Stern, Robert-Tissot, Muralt e Cramer (1989) e codificados no Kiddie Infant Affect Profile. Entre nós, é também uma situação semelhante aquela em que, num contexto clínico se avalia a interacção mãe-bebé, na Unidade de Primeira Infância do Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa.

Quadro nº 2 - Idades dos bebés à data das entrevistas de recolha dos dados.

Tipo de Bebé	**Nomes e D.N.**	**1ª Entrevista**	**1º Mês**	**3º Mês**	**6º Mês**	**9º Mês**	**1º Ano**
S. Down	C. 24-2-94	48 H.	28 D.	3 M. 8 D.	6 M. 6 D.	9 M. 5 D.	12 M. 4 D.
S. Down	H. 21-3-94	48 H.	30 D.	3 M. 9 D.	6 M. 3 D.	9 M. 5 D.	12 M. 0 D.
S. Down	J. P. 5-4-94	72 H.	30 D.	3 M. 8 D.	6 M. 4 D.	9 M. 5 D.	11 M. 29 D
S. Down	M. 10-4-94	48 H.	32 D.	3 M. 6 D.	6 M. 7 D.	9 M. 8 D.	12 M. 16 D [1]
S. Down	R. 13-4-94	48 H.	33 D.	3 M. 7 D.	6 M. 3 D.	9 M. 9 D.	12 M. 2 D.
Diferença máxima de idades		24 H.	4 D.	3 D.	4 D.	4 D.	16 D. [1]

[1] Devido a doença grave e posterior falecimento de um familiar da mãe, a entrevista teve de ser adiada.

Pré termo	M. 1-3-94	48 H.	34 D.	3 M. 8 D.	6 M. 7 D.	9 M. 8 D.	12 M. 1 D.
Pré termo	A. 28-3-94	48 H.	38 D.	3 M. 9 D.	6 M. 3 D.	9 M. 8 D.	12 M. 2 D.
Pré termo	F. 11-4-94	5 D.	38 D.	3 M. 7 D.	6 M. 5 D.	9 M. 11 D.	12 M. 2 D.
Diferença máxima de idades		3 D.	4 D.	4 D.	4 D.	6 D.	1 D.
Normal	F. 9-2-94	24 H.	27 D.	3 M. 0 D.	6 M. 0 D.	9 M. 5 D.	12 M. 1 D.
Normal	M. 20-4-94	24 H.	28 D.	3 M. 4 D.	6 M. 2 D.	9 M. 8 D.	12 M. 2 D.
Normal	C. 6-6-94	48 H.	32 D.	3 M. 6 D.	6 M. 4 D.	9 M. 3 D.	12 M. 2 D.
Normal	J.C. 19-6-94	72 H.	30 D.	3 M. 10 D.	6 M. 0 D.	9 M. 7 D.	11 M. 29 D
Diferença máxima de idades		2 D.	4 D.	6 D.	4 D.	5 D.	3 D.

De salientar que as filmagens de todos os bebés foram realizadas, em cada idade prevista e salvo no caso assinalado, com escassos dias de diferença, num intervalo bastante menor do que é habitual em estudos deste tipo.

Com excepção da primeira entrevista realizada ainda na maternidade, em todas as outras estava também presente uma aluna finalista do curso de Psicologia, cuja função era registar exaustivamente tudo o que se passasse durante a entrevista. Após treino adequado, esta aluna, observadora não envolvida directamente na situação, ia completando uma escala de avaliação molar da interacção mãe-bebé, adaptada do Parent/Caregiver Involvement Scale, de Farran, Kasari, Comfort e Jay (1986), do Mother-Infant Communication Screening, de Raack (1989), do Mother Child Rating Scales, de Crawley e Spieker, na adaptação de Goldman e Martin (1986) e do Infant Parent Social Interaction Code, de Baird, Haas, McCormick, Carruth e Turner (1992). Este mesmo instrumento foi também preenchido por nós, imediatamente após o final da entrevista, já fora da presença da mãe. Posteriormente, as gravações efectuadas foram novamente codificadas, chegando-se a acordo em todos os parâmetros da escala.

Na entrevista do 9º mês, após um minuto de separação da mãe, era a mesma aluna que aparecia, como "estranha", ao bebé, retirando-se também ao fim de um minuto e ficando o bebé, sozinho, ainda mais um minuto. Esta situação foi escolhida por nos interessar verificar se os mecanismos de vinculação dos bebés estavam já estabelecidos.

Na entrevista do 12º mês, iniciámos sempre a entrevista com a filmagem da "Strange Situation" de Ainsworth e Wittig (1969), já que poucos estudos analisam os mecanismos de vinculação em bebés com síndrome de Down.

Após a filmagem das situações acima descritas, seguia-se uma entrevista semi--directiva, no decorrer da qual, e a propósito de algumas questões, as mães punham algumas dúvidas sobre as formas mais adequadas de lidar com os seus bebés a que, obviamente, não podíamos deixar de responder, sem no entanto assumir qualquer papel mais activo no sentido do aconselhamento ou intervenção, que foi sempre remetido para os serviços de apoio a que as mães estavam ligadas.

No 1º, 6º e 12º meses, a mãe respondia ainda a uma escala de sentimentos e atitudes, adaptada da Maternal Child Care Attitudes and Feelings - EMKK - de Codrenau (1984), citada por Engfer e Gravanidou (1986) e Alonso (1991).

A partir do 3º mês, o desenvolvimento da criança foi sempre avaliado através da Escala de Griffiths.

Optámos por não fazer a gravação das entrevistas, por não nos parecer uma forma adequada de recolher os dados, nomeadamente na primeira entrevista, em que, para além de não haver ainda um conhecimento mútuo, a situação emocional das mães dos bebés com síndrome de Down e também dos pré-termo, exigia da nossa parte grande cuidado e atenção. Assim, seguindo o guião, registámos a totalidade das respostas das mães, assim como todas as informações espontaneamente dadas por elas e que, à partida, não estavam previstas. Posteriormente, todo o conteúdo foi transcrito e organizado dentro de categorias globais, utilizando impressos próprios.

Como pode verificar-se, para além da avaliação e análise da interacção e da passagem de escalas de auto estima e sentimentos e atitudes, a maior parte dos dados foi recolhida através do método de entrevista, que, neste tipo de investigação nos pareceu particularmente valioso. Numa investigação com uma metodologia de estudo de caso, o principal enfoque é posto no aspecto único de cada sujeito, fornecendo a entrevista um material de grande riqueza (Kaplan, 1992). Foi, desde o início, muito claro, que a não total directividade das entrevistas permitiu que as

mães exprimissem sentimentos e opiniões, através de associações que, do ponto de vista individual, são altamente significativas, não só pelo seu conteúdo, como pelo momento em que foram ditas. Por outro lado, dada a repetição dos encontros - seis no período de doze meses - foi possível retomar aspectos referidos anteriormente pelas mães e dar particular atenção à evolução dos seus sentimentos, percepções e expectativas.

4. Instrumentos utilizados na recolha dos dados e fundamentos da sua construção ou adaptação

4.1 - Roteiro da 1ª entrevista (Anexo 1)

Como base para este guião, utilizaram-se vários roteiros de anamnese. O objectivo desta entrevista era, no entanto, mais ambicioso do que realizar uma simples recolha de dados sobre o período da gravidez e parto. Pretendia-se, sobretudo:

- **Erro! Marcador não definido.** Aprofundar os sentimentos com que a gravidez tinha sido vivida, nomeadamente eventuais problemas com a mãe ou com o bebé, que, no caso dos bebés nascidos prematuramente são frequentes;
- **Erro! Marcador não definido.** Conhecer a forma como a notícia da situação do bebé tinha sido dada e as reacções emocionais que provocara na mãe e nos elementos do seu núcleo familiar, nomeadamente marido e pais;
- **Erro! Marcador não definido.** Saber como é que a mãe percepcionava este bebé relativamente às rotinas de sono e alimentação, e às competências interactivas, bem como a comparação que fazia com "o bebé normal";
- **Erro! Marcador não definido.** Avaliar a sua capacidade de prever o desenvolvimento futuro do bebé.

Apesar de, na altura da 1ª entrevista, as mães já terem conhecimento do que se passava com o seu bebé, a informação que lhes tinha sido transmitida pelos médicos, foi sentida como demasiado escassa, referindo todas que foi nesta entrevista que puderam pôr todas as dúvidas que tinham sobre uma situação que lhes era totalmente desconhecida e, evidentemente, geradora de grande ansiedade.

Previa-se que, sobretudo com as mães dos bebés com síndrome de Down, mas também com as mães dos bebés pré-termo, esta fosse uma situação muito delicada, pelo que o guião da entrevista deveria ser o mais completo possível, mas sempre utilizado de forma não directiva. De facto, esta 1ª entrevista podia surgir, de certa forma, como uma intrusão na vida de uma pessoa que está a viver momentos dos mais dolorosos da sua vida, pelo que deveríamos "deixar-nos conduzir" mais do

que conduzi-la, de tal forma que fosse a mãe a encadear todas as suas preocupações, deixando sempre para o final o preenchimento de uma escala de auto-estima materna. Foi aliás desta forma que, com cada mãe, foram realizadas todas as seis entrevistas deste estudo.

No final de todas as entrevistas, procurámos fazer uma avaliação do estado emocional da mãe, em função dos elementos objectivos que recolhêramos, da forma como nos foram transmitidos e da atitude da mãe ao interagir com o seu bebé.

As dimensões emocionais analisadas foram alegria/depressão, ansiedade, negação, rejeição e revolta, sentimentos que, nos trabalhos consultados, nomeadamente de Solnit e Stark (1961), Mahoney e colaboradores (1990, 1992) e Widerstrom, Mowder e Sandall (1991), caracterizam simultânea ou sucessivamente o estado emocional das mães de bebés com deficiência ou em risco, durante os primeiros tempos de vida do bebé. Por outro lado, as escalas aplicadas, quer a escala de auto-estima materna (passada na 1ª entrevista), mas sobretudo a escala de sentimentos e atitudes (passada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses) analisam, como adiante veremos, estas mesmas dimensões.

4.2 - Escala de Auto-Estima Materna (Anexo 2)

Esta Escala foi construída por nós a partir do "Maternal Self-Report Inventory" de Shea e Tronick (1988), a que anteriormente já fizemos referência.

Parecia-nos que o Inventário de Shea e Tronick abrangia também as dimensões citadas por Fleming, Flett, Rubble e Shaul (1988), e seria portanto uma medida objectiva do estado emocional da mãe no momento da 1ª entrevista, após ter pleno conhecimento do estado do bebé, completando as informações recolhidas, de forma mais clínica, nessa mesma entrevista.

O estudo e análise detalhada que fizemos das questões da versão original e da forma abreviada, levaram-nos a fazer uma adaptação - com 32 itens - utilizando as questões que nos pareceram mais significativas para os objectivos e amostra do nosso trabalho, mantendo a maior parte das questões da forma abreviada, ainda que, por vezes, numa tradução que lhes desse maior amplitude. Antes de apresentarmos os itens que a compõem, vejamos as dimensões da auto-estima

originalmente consideradas pelos autores, o número de itens considerados na versão original, na forma abreviada e na nossa adaptação.

Quadro nº 3 - Dimensões da escala de Auto-Estima - Maternal Self-Report Inventory

	Nº de itens na versão original	Nº de itens na forma abreviada	nº de itens usados na adaptação
Capacidade de cuidar do Bebé	26 itens	6 itens	9 itens
Capacidade e preparação geral para a função materna	25 itens	8 itens	7 itens
Aceitação do bebé	10 itens	3 itens	6 itens
Relação esperada com o bebé	9 itens	5 itens	4 itens
Aceitação parental	6 itens	-	-
Imagem corporal e saúde	9 itens	-	-
Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto	15 itens	4 itens	6 itens (respeitantes à gravidez)
TOTAL	100 itens	26 itens	32 itens

A escala foi apresentada como sendo constituída por um conjunto de afirmações que tinham sido feitas por mães de bebés normais e de bebés com problemas, pedindo-se às mães que se posicionassem, numa escala de 1 a 5 - concordo completamente a discordo completamente - relativamente a essas afirmações.
A sequência da apresentação dos itens obedeceu aos mesmos critérios adoptados pelos autores.

Apenas em dois dos primeiros casos que avaliámos, foi a mãe a preencher sozinha a escala. Em todos os outros, preenchemos a escala à vista da mãe, segundo as suas indicações, acrescentando todos os comentários que espontaneamente fazia.

No anexo 2 poderemos ver os itens que utilizámos na nossa adaptação. Referir-nos--emos brevemente aos sentimentos avaliados por cada uma das dimensões que utilizamos.

A - Capacidade de tratar do bebé

Nesta dimensão os autores pretendiam analisar a percepção de cada mãe relativamente à sua capacidade ou dificuldades de lidar com o seu próprio bebé, perceber as suas necessidades quer nos aspectos práticos quer nos aspectos emocionais e responder-lhes adequadamente, avaliando os seus sentimentos de competência e adequação como mãe.

Os itens que pertencem a esta dimensão são: A1, A3, A6, A9, A10, A18, A21, A24, A26.

B - Capacidade e Preparação Geral para a Função Materna

Nesta dimensão os autores citam o trabalho de Schaefer e Bell (1958)) e as suas conclusões sobre o questionário "Child Rearing Attitudes", referindo que a satisfação com o bebé, a aceitação ou rejeição do seu papel de mãe e os sacrifícios pessoais de dispêndio de tempo estão correlacionados com a disponibilidade e a confiança que possuem para assumir a função materna como tarefa principal. Nesta sub-escala vão portanto avaliar-se os sentimentos de prazer/desprazer causados pelos cuidados com o bebé.

Os itens que utilizámos para avaliar esta dimensão foram: B5, B12, B15, B23, B28, B31, B32.

C - Aceitação do Bebé

Nesta dimensão os autores pretendem avaliar a adaptação conseguida pelas mães na adaptação ao seu bebé real, em confronto com as fantasias e expectativas que sobre ele fizeram durante a gravidez, já que estudos de Greenberg e Hurley (1971), citados por Shea e Tronick (1988), verificam que as mães cujas expectativas não foram realizadas tinham uma baixa auto-estima. Pareceu-nos importante dar realce a esta dimensão dadas as características dos bebés que tínhamos na amostra, pelo que temos mais itens do que os existentes na forma abreviada da escala original.

Os itens que utilizámos para avaliar esta dimensão foram: C2, C7, C8, C16, C20, C27.

D - Relação esperada com o bebé

Também nesta dimensão os autores procuram analisar a adaptação da mãe ao bebé real em confronto com o bebé imaginário, citando os trabalhos de Benedek (1949) e Greenberg (1971), que provam que uma boa relação com o bebé desenvolverá na mãe uma maior confiança nas suas capacidades maternas e portanto um aumento da sua auto-estima. Fleming, Flett, Ruble e Shaul (1988) consideram numa dimensão semelhante os sentimentos de vinculação ao bebé.

Os itens que utilizámos para avaliar esta dimensão foram: D4, D13, D19, D25.

E - Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto

Os autores relacionam os sentimentos da mãe durante a gravidez, nomeadamente sua aceitação, mas também durante o período do parto, com a facilidade ou dificuldade na aceitação do bebé e no estabelecimento de uma boa relação com ele. Esta foi a dimensão em que a escala utilizada mais se afasta da forma abreviada da escala original, já que apenas foram analisados os sentimentos respeitantes à gravidez. Parecia, com efeito inadequado pôr questões relacionadas com o trabalho de parto e parto a mães que acabaram de ter um bebé com deficiência ou cujo parto foi provocado por sofrimento fetal, muito embora houvesse certamente diferenças significativas relativamente às mães de bebés normais.

Os itens que utilizámos para avaliar esta dimensão foram: E11, E14, E17, E22, E29, E30.

As duas dimensões - Aceitação Parental e Imagem Corporal e Saúde - inicialmente consideradas na versão original do Inventário, foram abandonadas na forma reduzida, por os itens que as compunham, não terem tido, com os resultados da totalidade da escala, correlações significativas. Estas duas dimensões não foram também analisadas na escala que utilizámos.

4.3 - Roteiro para as entrevistas do 1º, 3º, 6º e 9º meses **(Anexo 3)**

Para além da análise da interacção que permitiria avaliar o estilo interactivo de cada díade, foi objectivo deste trabalho fazer um estudo aprofundado a vários níveis:

- **Erro! Marcador não definido.** Formas de adaptação da mãe às características de temperamento e ritmo de desenvolvimento do bebé;
- **Erro! Marcador não definido.** Estado emocional da mãe e evolução dos seus sentimentos e atitudes;

Erro! Marcador não definido. Evolução das competências de cada bebé, conhecimento e adaptação das mães a essa evolução e previsão do desenvolvimento futuro.

Sentimos a necessidade de construir um guião que abordasse estes vários aspectos e que, tal como já foi referido, seria utilizado numa situação de entrevista não directiva.

Num primeiro momento o roteiro inspira-se nos já referidos trabalhos de Broussard e Hartner (1971), nomeadamente no Neonatal Perception Inventory e no Degree of Bother Inventory, não se introduzindo, no entanto, a comparação com o bebé médio, na medida em que os bebés com síndrome de Down e os bebés pré-termo, têm características que os afastam muito do bebé normal. Assim, foi somente pedido para as mães avaliarem o grau de dificuldade sentida com o temperamento e rotinas de sono, alimentação e eliminação do bebé, bem como o prazer/desprazer na interacção com ele.

Aos itens incluídos nestes instrumentos foram acrescentadas algumas questões sobre as competências interactivas do bebé, nomeadamente capacidade de se acalmar, de ser consolado, de se manter atento e activo, dimensões do "Mother's Assessment of the Behaviour of her Infant" (Field, Dempsey, Hallock & Shuman, 1978), citados por Atkin, Olvera, Givaudan e Landeros (1991), que estes autores englobaram numa entrevista a que chamaram o "Inventario de Percepciones Maternas", e que se têm revelado extremamente importantes para a avaliação da percepção que a mãe faz do temperamento do seu bebé e do grau de prazer/desprazer que tem para cuidar dele.

Num segundo momento, o roteiro aborda aspectos do estado emocional da mãe, com questões sobre as suas principais preocupações - relativamente a si própria, ao seu bebé e aos restantes elementos da família - bem como aspectos relacionados com a sua vida familiar e actividade profissional.

À avaliação do "stress parental" e sentimentos de apoio e suporte social tem sido dada particular relevância nos estudos mais recentes sobre a adaptação mãe-bebé quando há um bebé com deficiência ou em risco (Shonkoff, Haus-Gram, Krauss & Upshur, 1992), parecendo-nos assim que esta dimensão deveria ser avaliada, quer de uma forma clínica, na entrevista, quer de uma forma mais objectiva, na escala de sentimentos e atitudes.

Por último, procura avaliar-se o conhecimento que a mãe tem da evolução e sucessivas aquisições feitas pelo bebé, comparativamente aos outros bebés da

mesma idade, bem como as previsões para o seu desenvolvimento futuro, obrigando as mães a um confronto permanente do seu bebé real com o bebé imaginário.

4.4 - Escala de Sentimentos e Atitudes para as entrevistas do 1º, 6º e 12º meses **(Anexo 4)**

Esta escala foi adaptada por nós a partir da "Maternal Child-Care Attitudes and Feelings - EMKK" de Codrenau (1984) citada por Engfer e Gravanidou (1986) e por Alonso (1991), já analisada anteriormente.

As cinco escalas que adaptámos foram as que nos pareceram mais relevantes para o objectivo do nosso estudo, já que apelam à situação actual da mãe e eventuais dificuldades que esta possa sentir no seu processo de adaptação à situação do seu bebé. Dada a dimensão da escala e dificuldade da sua aplicação mesmo em contexto experimental, reduzimos o número de itens em cada dimensão.

Quadro nº 4 - Dimensões da escala de Sentimentos e Atitudes

	Nº de itens na versão original	nº de itens usados na adaptação
Satisfação com o Bebé	9 itens	6 itens
Sobrecarga	11 itens	6 itens
Frustração relativamente ao papel maternal	15 itens	9 itens
Ansiedade	17 itens	5 itens
Tendência depressiva	15 itens	9 itens
TOTAL	67 itens	36 itens

Para melhor se compreenderem os factores em jogo e o que se pretende avaliar em cada dimensão, apresentamos seguidamente os itens que, na escala que utilizámos, compõem cada uma delas, atribuindo-lhes o nº de ordem pelo qual aparecem na escala.

Como se poderá constatar, as questões referidas são altamente significativas para avaliar os sentimentos de mães com bebés com deficiência ou em risco, prevendo-

se uma evolução positiva no caso das mães dos bebés pré-termo, e uma evolução negativa em algumas das sub-escalas, no caso dos bebés com síndrome de Down.

Embora não tenhamos conhecimento de estudos que tenham utilizado simultaneamente, ainda que em momentos diferentes, a escala de Auto-Estima e esta escala de Sentimentos e Atitudes, a análise comparativa de ambas permite verificar algumas semelhanças sendo portanto possível relacionar os resultados obtidos na escala feita na 1ª entrevista com os da escala realizada nas entrevistas posteriores.

A - Satisfação com a criança

Esta sub-escala analisa sentimentos de eficácia, interesse e afecto pelo bebé, sendo os seus resultados comparáveis aos da escala de Auto Estima nas dimensões de Capacidade de tratar do bebé e Relação esperada com o bebé.

Foram utilizados os seguintes itens: A1, A10, A17, A27, A34, A35.

B - Sobrecarga

Esta sub-escala descreve a impaciência ou mesmo raiva resultante da exaustão materna perante as dificuldades de um bebé difícil de tratar. Os seus resultados podem também relacionar-se com as mesmas sub-escalas da escala de Auto Estima.

Foram utilizados os seguintes itens: B2, B7, B11, B18, B21, B28, B31.

C - Frustração em relação ao papel maternal

Esta sub-escala analisa os sentimentos de desencanto perante o papel maternal, os cuidados do dia a dia com o bebé e os seus resultados podem ser relacionados com os obtidos na sub-escala Capacidade e preparação geral para a função materna, da escala de Auto Estima.

Foram utilizados os seguintes itens: C3, C8, C12, C14, C22, C25, C29, C30, C32.

D - Ansiedade excessiva

Esta sub-escala descreve factores de superprotecção ansiosa, medo irracional do que possa acontecer ao bebé ou dores que a própria mãe lhe possa provocar. Os autores referem que estes sentimentos são mais facilmente provocados por um bebé que não esteja bem de saúde.

Foram utilizados os seguintes itens: D5, D15, D23, D26, D33.

E - Tendência depressiva

Esta sub-escala descreve fundamentalmente sentimentos de sobrecarga emocional, tensão, dúvidas sobre as suas capacidades maternais e sentimentos de isolamento.

Foram utilizados os seguintes itens: E4, E6, E9, E13, E16, E19, E20, E24, E36.

4.5 - Roteiro da última entrevista (Anexo 5)

Para além da recolha do mesmo tipo de informação das entrevistas anteriores, seguindo portanto a mesma estrutura, nesta entrevista pretendíamos fazer com as mães uma revisão dos aspectos mais importantes deste primeiro ano de vida do bebé.

Foi nossa intenção colocar uma questão bastante aberta, perante a qual as mães fossem levadas a recordar o que viveram na altura do nascimento dos seus bebés, já que, não só pelo tempo que passara, como pela confiança e relação que entretanto se estabelecera entre nós, era levada a pensar que muitos dos sentimentos e emoções que não tivessem sido expressos na primeira entrevista, embora elaborados ao longo deste ano, poderiam agora ser referidos.

Considerando que quase todos os comportamentos sobre os quais era pedida uma previsão de aquisição tinham já sido adquiridos pelos bebés, interessava também saber, a posteriori, como é que as mães tinham sentido a evolução dos seus filhos relativamente às previsões por elas feitas.

Por último, e integrado na entrevista, apresentávamos algumas questões semelhantes à escala de Auto Estima Materna que tinha sido passada na 1º entrevista, o que nos permitiria comparar, face aos mesmos parâmetros, a situação emocional actual com a vivida pela mãe imediatamente após ter tido conhecimento do estado do bebé.

4.6 - Escala de desenvolvimento de Griffiths

A fim de analisar a progressão dos bebés ao longo deste 1º ano de vida, pareceu-nos importante utilizar um instrumento estandardizado de avaliação que permitisse estabelecer um perfil de desenvolvimento nas várias áreas, possibilitando não só a comparação dos vários bebés entre si, como também a análise dos progressos feitos pelo mesmo bebé ao longo do tempo.

A escala de Griffiths pareceu-nos ser, dos instrumentos que dominávamos, o mais completo e adequado. Esta escala abrange, para a idade dos 0 aos 2 anos, cinco áreas de desenvolvimento:

Locomoção - que avalia a motricidade global;

Pessoal-Social - que avalia os progressos na área da autonomia e socialização;

Audição e Linguagem - que avalia a capacidade de atenção, compreensão oral e expressão verbal;

Coordenação Olho-Mão - que avalia a motricidade fina e a manipulação de objectos;

Realização - que avalia o desenvolvimento cognitivo.

Esta escala foi passada a todos os bebés no decorrer da observação feita aos 3, 6, 9 e 12 meses, depois de terem sido realizadas as filmagens da alimentação, interacção livre, afastamento e reaproximação e situação de ensino.

Os dados que não podiam ser observados directamente foram, como a própria escala prevê, perguntados às mães.

Os resultados obtidos na escala, bem como a avaliação de desenvolvimento feita informalmente durante a situação de interacção e no decorrer da entrevista, foram confrontados com a avaliação que as próprias mães faziam das competências dos seus bebés, permitindo-nos apreciar a adequação da sua avaliação ou, pelo contrário, concluir sobre o irrealismo e sub ou sobrevalorização das competências atribuídas. Stern (1991) chama a atenção para o significado, não necessariamente patológico, duma representação distorcida da realidade que muitos dos pais das crianças com deficiência fazem, argumentando que "uma visão distorcida optimista por parte dos pais pode ser (pela auto-realização das suas profecias) um melhor preditor do que qualquer medida objectiva... devendo ser encarada na perspectiva do actual ambiente de desenvolvimento, em grande parte formado pelas construções parentais" (Stern, op. cit., p. 179).

4.7 - Grelha de avaliação da situação interactiva mãe-bebé (Anexo 6)

Esta grelha de avaliação foi construída por nós, adaptando vários instrumentos utilizados por diversos autores para o mesmo efeito e que foram já apresentados em maior detalhe no capítulo 3 parte I: Parent/Caregiver Involvement Scale de Farran Kasari, Comfort e Jay (1986), Mother-Infant Communication Screening de Raack (1989), Mother Child Rating Scales de Crawley e Spieker na adaptação de Goldman e Martin (1986) Infant Parent Social Interaction Code de Baird, Haas, McCormick, Carruth e Turner (1992). Como já vimos, as três primeiras escalas avaliam

dimensões molares do comportamento da mãe e/ou da criança e a última avalia também dimensões molares mas em termos de contagem de frequências.

Também as três primeiras foram elaboradas para avaliação da interacção de crianças com mais de um ano de idade, pelo que sentimos a necessidade de as adaptar de forma a que pudéssemos avaliar com rigor a interacção com bebés a partir do mês de idade.

Pareceu-nos importante que o instrumento a utilizar permitisse avaliar toda a situação interactiva por nós presenciada - mesmo aquela que ocorria durante o tempo em que entrevistávamos as mães ou em que estas prestavam alguns cuidados básicos ao bebé - e não só os episódios filmados, de forma a evitar que a própria situação de filmagem alterasse alguns dos parâmetros interactivos.

Esta grelha foi preenchida, no próprio momento em que decorria a interacção por uma observadora não envolvida directamente na situação de entrevista, por nós próprios imediatamente após o final da entrevista, já fora da presença da mãe. Posteriormente, as gravações efectuadas foram novamente codificadas, chegando-se a acordo em todos os parâmetros da escala.

Dividimos esta grelha em três partes - comportamentos do bebé, comportamentos da mãe e avaliação global da interacção - embora todos os comportamentos avaliados tenham uma dimensão interactiva. A sua cotação é feita numa escala de 1 a 5 (excepto um dos comportamentos do bebé - expressão dos afectos).

Erro! Marcador não definido. Comportamentos do bebé

1. *Iniciativa e interesse nos objectos*
   Avalia em que medida os brinquedos captam a atenção do bebé e em que este tem iniciativas de os utilizar. Embora não tenham como objectivo a interacção, estes comportamentos não a impedem.
   Deve cotar-se tendo em conta:
   - a duração total de comportamentos relacionados com os brinquedos (olhar consistentemente para os seus brinquedos, os da mãe, os que estão no chão, manipular e explorar os brinquedos);
   - a frequência, duração e intensidade de comportamentos que sugerem um desinteresse activo e manifesto relativamente aos brinquedos (olhar para

outras parte do quarto, afastar-se do local onde estão, resistir activamente à chamada de atenção da mãe, atirar ou afastar activamente os brinquedos).

2. *Nível de maturidade do jogo*
   Avalia o nível de maturidade no jogo observado durante a interacção, e não aquele de que o bebé é capaz.
   Deve cotar-se tendo em conta a utilização diferenciada que o bebé faz dos brinquedos, a sequência das suas acções e o seu conteúdo simbólico.

3. *Iniciativa de interacção social*
   Avalia em que medida o bebé é capaz de fazer "propostas" à mãe para directa ou indirectamente interagir com ele, utilizando o olhar, sorrisos, vocalizações, movimentos de braços, gestos ou apresentação de objectos, explicitamente dirigidos à mãe, que não sejam simplesmente respostas às iniciativas anteriores desta.
   Deve cotar-se tendo em conta a frequência, duração e intensidade e clareza destes comportamentos, mesmo quando é a mãe que lidera a interacção.

4. *Responsividade à mãe*
   Avalia em que medida o bebé presta atenção e responde às iniciativas da mãe, olhando para ela ou para os brinquedos que esta oferece, acalmando-se quando a mãe o consola, acedendo/respondendo verbalmente ou por um acto motor aos seus pedidos, seguindo os tópicos iniciados pela mãe, mesmo que esta se mantenha mais numa atitude de observação.
   Deve cotar-se tendo em conta:
   - a frequência, duração e intensidade de comportamentos de resposta (olhares, sorrisos, vocalizações ou movimentos dirigidos à mãe ou aos brinquedos que esta manipula);
   - a frequência, duração e intensidade de comportamentos que sugerem um desinteresse activo e manifesto relativamente às iniciativas da mãe (olhar para outras parte do quarto, afastar-se do local onde a mãe está, resistir activamente à chamada de atenção da mãe).

5. *Clareza de sinais e expressividade*
   Avalia o grau em que o comportamento manifesto do bebé permite identificar o seu foco de atenção e/ou mudança de estado emocional.
   Deve cotar-se tendo em conta a expressividade e vivacidade do olhar, movimentos e vocalizações e expressões positivas e negativas de afecto.

6. *Nível de actividade e animação*

Avalia o nível de energia, de interesse e de alerta com que o bebé participa na interacção.

Deve cotar-se tendo em conta a intensidade de respostas, nomeadamente envolvendo o movimento, com que o bebé procura atingir os objectivos que lhe são propostos.

7. *Expressão dos afectos*

   Avalia a forma como exprime os seus sentimentos (negativos e positivos) face à mãe e o clima emocional com que o bebé viveu a situação interactiva.

   Deve ser cotado tendo em conta:

   - a frequência, intensidade e duração das expressões positivas de afecto - sorrisos, risos, guinchos de excitação, abraços, beijos e festas, palmas de contentamento;
   - a frequência, intensidade e duração das expressões negativas de afecto - lamúrias, rabugices, choro, gritos, gestos negativos (empurrar, afastar, etc.).

   A cotação é feita numa escala de 7 pontos (-3 - afecto muito negativo a +3 - afecto muito positivo).

8. *Comunicação intencional*

   Avalia a capacidade e interesse do bebé em comunicar intencionalmente com a sua mãe, sobre um tópico fora da díade, esperando por uma resposta ou persistindo no acto comunicativo.

   Deve cotar-se tendo em conta a frequência, diversidade e duração dos actos comunicativos a nível motor (apontar, mostrar objectos ou pessoas), a nível vocal (vocalizar ou dizer o nome de objectos ou pessoas) ou a nível de olhar (olhar referencial alternando entre um objecto ou pessoa e a mãe).

Erro! Marcador não definido. Comportamentos da Mãe

1. *Sensibilidade/responsividade*

   Avalia a sintonia entre o comportamento da mãe e o do bebé e o grau em que o comportamento da mãe reflecte o conhecimento dos sinais e pistas do bebé.

   Deve ser cotado tendo em conta a adequação, consistência e contingência das iniciativas e respostas da mãe em função quer do foco de atenção e interesses do bebé quer em função do seu grau de desenvolvimento e estado emocional.

2. *Aprovação/Desaprovação*

   Avalia a aceitação do adulto face às características específicas e comportamento do bebé, e o grau de aprovação/desaprovação que este obtém do adulto.

Deve cotar-se tendo em conta a frequência dos comportamentos manifestos de aprovação (quantidade de comentários positivos, reforços e aprovações dados quer física quer verbalmente) ou de desaprovação (quantidade de comentários negativos ou irritados, críticas, troça, interpelações ríspidas ou atitudes motoras negativas por parte do adulto), a qualidade da emoção expressa e a adequação no tempo em que esses comentários são feitos, relativamente ao comportamento do bebé, bem como os comentários e descrição que faz das características e temperamento do bebé.

3. *Calor/Afecto*

   Avalia a forma como a mãe exprime os seus sentimentos relativamente à criança, o prazer/desprazer sentido e expresso pela mãe na interacção global com o bebé (não numa actividade específica).

   Deve ser cotado tendo em conta os comportamentos manifestos, a qualidade, intensidade e frequência das manifestações positivas ou negativas de afecto.

4. *Qualidades de Estimulação*

   Avalia o grau com que a mãe providencia uma estimulação cognitiva "óptima", através da sua participação e interacção, da sua capacidade de inventar e associar novas actividades no sentido de manter o interesse do bebé.

   Deve ser cotado tendo em conta:

   - a sensibilidade da mãe às pistas e grau de desenvolvimento do bebé;
   - a frequência de comportamentos de motivação para que o bebé leve a cabo tarefas adequadas ao seu nível de desenvolvimento;
   - a frequência e qualidade com que a mãe segue e elabora os comportamentos iniciados pelo bebé (através de comentários, pistas verbais de clarificação, modelação ou ajuda física);
   - a qualidade global do ambiente relativamente às possibilidades que oferece de desenvolvimento em termos de existência, número e acessibilidade de brinquedos.

5. *Clareza de comportamento e expressividade*

   Avalia o grau em que as intenções da mãe, expressas verbalmente e de forma não verbal, são claras para o bebé e para o observador.

   Deve ser cotado tendo em conta:

   - a organização, clareza de comportamento e coerência de acções da mãe;
   - a linguagem que usa na sua interacção, a nível da expressividade, entoação e adequação relativamente ao nível de desenvolvimento do bebé e tipo de actividades desenvolvidas;
   - a qualidade da interacção a nível das expressões faciais, do olhar mútuo, sorrisos, imitação dos comportamentos e gestos do bebé.

6. *Directividade/Controlo/Intrusividade*

   Avalia o grau - intensidade e frequência - com que a mãe tenta liderar o ritmo, conteúdo e forma do comportamento do bebé, bem como o grau em que o comportamento directivo ou elaborativo da mãe interrompe a actividade e foco de atenção do bebé, podendo até levá-lo a ter comportamentos negativos.

   Deve ser cotado tendo em conta o grau de desenvolvimento do bebé e as suas capacidades de iniciativa, bem como o grau de sensibilidade da mãe às suas pistas e nível de desenvolvimento (já que algumas mães podem usar a directividade de forma muito sensível, e outras serem intrusivas).

   Esta escala é cotada de 1 a 5, sendo 1 o comportamento passivo, 3 o comportamento sensível com o grau de directividade necessária para bebés desta idade e 5 o comportamento intrusivo.

Erro! Marcador não definido. Avaliação global da interacção

1. *Atmosfera geral*

   Avalia a harmonia e sincronia da interacção.

   Deve cotar-se tendo em conta os parâmetros de comportamento da mãe e do bebé anteriormente citados, nomeadamente:

   - mutualidade - aceitação mútua das iniciativas e respostas do outro;
   - contingência - em termos de tempo e qualidade da resposta;
   - ritmo - na proposta de actividades e suas mudanças;

   No que se refere ao comportamento da mãe, deve ainda atender-se à adequação da brincadeira, adaptando-a ao nível de desenvolvimento do bebé e à sensibilidade ao seu estado emocional.

2. *Disponibilidade da díade para a interacção social*

   Tendo por base o conceito de interacção social - definido operacionalmente como uma troca activa mútua/reciproca, envolvendo obrigatoriamente um comportamento manifesto de cada um dos parceiros da díade dirigido ao outro parceiro - avalia simultaneamente a acessibilidade do adulto, a sua capacidade de modificar o seu comportamento em função das pistas fornecidas pelo bebé, pressupondo portanto, da parte deste, sensibilidade e responsividade e a acessibilidade do bebé, implicando da parte deste atenção e responsividade às iniciativas da mãe.

   Deve ser cotado tendo em conta a frequência, duração e intensidade das iniciativas interactivas de ambos os parceiros e a sua responsividade às iniciativas do outro.

3. *Prazer*

   Avalia o prazer manifestado por ambos os parceiros durante o episódio interactivo.

   Deve cotar-se tendo em conta a frequência, duração e intensidade do afecto positivo/negativo demonstrado pelo bebé e pela mãe, os comportamentos carinhosos manifestos bem como o grau de aprovação que a mãe demonstra relativamente às características, temperamento e comportamento do bebé.

PARTE III

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE, DISCUSSÃO DOS CASOS E CONCLUSÕES GERAIS

Capítulo 1

Estudo Longitudinal

1. Introdução

A análise longitudinal que vamos apresentar, vai reportar-se fundamentalmente ao estudo do processo de adaptação mãe-bebé e comportamento interactivo da díade no 1º ano de vida.

Neste primeiro capítulo os casos estudados são apresentados de uma forma descritiva, já que pensamos ser essencial que as unidades de comportamento interactivo, operacionalmente definidas e observadas num contexto experimental, sejam enquadradas numa perspectiva holística e abrangente.

Procurámos analisar o nível competência e de iniciativa atingido em cada etapa pelo bebé, o grau de reciprocidade conseguido na interacção mãe-bebé e a estabilidade dos mecanismos reguladores dessa mesma interacção, enquadrando estes dados nos referenciais teóricos de Sander, Stern, Brazelton, Trevarthen e Greenspan, anteriormente apresentados.

Assim, e para cada caso, com base nos elementos recolhidos ao longo dos seis momentos em que contactamos com cada díade, apresentamos:

1 - Caracterização da situação no período neo-natal, englobando:
   - Dados significativos do enquadramento familiar, da gravidez e do parto
   - Conhecimento do bebé, expectativas, preocupações
   - Estado emocional da mãe

2 - Dados significativos das entrevistas no 1º, 3º, 6º, 9º, 12º meses, englobando:
   - Caracterização do processo de adaptação e comportamento interactivo: formas preferenciais de interacção, harmonia, reciprocidade e contingência do processo de adaptação mãe-bebé
   - Competências do bebé - avaliadas pelas mães e confrontadas com as observadas
   - Expectativas e preocupações da mãe
   - Estado emocional da mãe

Os resultados da escala de Auto-Estima Materna e da escala de Sentimentos e Atitudes obtidos por cada mãe, separados por sub-escalas, serão apresentados no final de cada estudo de caso.

2. As díades com bebés com síndrome de Down

A CATARINA E A SUA MÃE

Elementos significativos da 1ª entrevista

A Catarina é um bebé com síndrome de Down. É a 2ª filha de um casal jovem (mãe de 29 anos e pai de 33), com formação académica de nível superior, bem enquadrados familiar e profissionalmente.

Têm uma filha com 2 anos a quem, durante toda a entrevista, a mãe faz referências constantes, quer comparando a Catarina com ela, quer dizendo que está ansiosa por regressar a casa por lhe custar muito estar separada dela.

Esta 2ª gravidez foi desejada, planeada e seguida mensalmente por obstetra a nível privado, mas a mãe nunca se refere ao período de gravidez como tendo sido de alegria, referindo explicitamente *"Quando soube, não foi como da primeira... Depois foi muito diferente da gravidez da minha outra filha em que trabalhei até ao fim. Sentia-me sem vontade de fazer nada nem de trabalhar, com muito sono... Às vezes chorava e no dia seguinte já estava bem disposta"*. Refere sinais ligeiros de ansiedade durante toda a gravidez, com mal estar generalizado, que culminaram às 24 semanas, quando fez uma ecografia que revelou espessamento da nuca, levantando ao médico suspeitas de síndrome de Down. Nessa altura a mãe pediu para fazer amniocintese que lhe foi recusada por opinião de outro médico que considerou não se justificar. Apesar de estar já com gravidez adiantada a mãe refere explicitamente: *"Se tivesse sabido que a Catarina tinha síndrome de Down, teria feito interrupção de gravidez".*

O parto foi por cesariana com epidural, situação previamente combinada com o obstetra já que no parto anterior fizera também cesariana. Foi assistido pelo obstetra que seguira a gravidez. Sentia-se muito nervosa antes do parto mas quando viu o bebé pela primeira vez não se apercebeu de qualquer situação anómala: *"Naquela altura não reparei em nada. Se não me tivessem dito nada não tinha reparado".*

Depois de lhe terem dado a notícia da situação da Catarina a mãe refere grande depressão e ansiedade, embora com uma grande contenção: *"Fiquei muito triste*

mas a controlar-me". Aliás, a equipe de enfermagem da maternidade, enquanto o bebé permaneceu no berçário, não se tinha sequer apercebido que se passava qualquer coisa com ela ou com o bebé.

Apesar de ser enfermeira e da médica já lhe ter falado detalhadamente, a mãe não tem grandes conhecimentos sobre a síndrome de Down, tendo começado a ficar desperta no decorrer da própria entrevista: *"A ideia que eu tinha era que nos primeiros meses eles eram iguais aos outros. Só na escola é que se notaria mais a diferença. Mesmo no andar pensava que era igual... Eles alguma vez conseguem trabalhar?... Estou a começar a ficar muito aflita...".* Não sabia que seria necessário qualquer apoio ou cuidados especiais relativamente ao bebé, mas diz: *"Vou ter mais cuidados em relação a estimulá-la e a protegê-la das infecções".*

Na escala de auto-estima materna feita nesta 1ª entrevista, e cujos resultados detalhados podem ser analisados no final do estudo deste caso, obtém resultados bastante homogéneos em quatro das sub-escalas, mas francamente mais baixos na sub-escala "Aceitação do bebé", embora por contraste, seja a sub-escala "Relação esperada com o bebé" aquela onde obtém uma pontuação mais elevada.

Alguns dos comentários que faz perante as afirmações da escala parecem-nos significativos da ansiedade e depressão em que se encontra: *"Não fiquei muito contente quando a vi, fiquei, não sei... Não sei que dificuldades vou sentir em lhe dar o que ela precisa... Estou conformada com a ideia de tratar dela... Já pensei que ela vai ser um peso para a família, para a irmã... Vou sentir dificuldades em tratar da Catarina, já sinto... Agora já tenho muitas dúvidas sobre o desenvolvimento dela... Vou ficar assustada com as responsabilidades de tratar dela... Não sei se vou ser capaz de lhe ensinar o que ela precisa... Agora não vejo grande diferença em relação à minha outra filha, mas preocupa-me a escola, o emprego, o futuro dela".*

Conta com todo o apoio da sua família e do marido. Acha que: *"Ele está mais iludido do que eu. Quando soube começou a chorar, embora também contido, mas não quer acreditar que haja qualquer problema, está com esperanças que o resultado do cariotipo venha negativo... Os meus pais quando souberam nem se quiseram aproximar da menina, mas acho que vai passar... O que estava pensado era que ela ficasse com a minha mãe até eu chegar do trabalho, porque vou fazer só o turno da manhã, mas agora não sei... Disseram-me que há também a trissomia 18 que dá os mesmos sinais mas não tem consequências... Eu agora estou muito optimista, ainda tenho esperanças que não seja nada, mas depois... Estou com esperanças que não venha nas células todas".*

A mãe compara o comportamento da Catarina com o da sua outra filha, dizendo: *"Ela mama melhor e com mais força do que a irmã"*. Quanto aos restantes aspectos do desenvolvimento futuro diz: *"A minha filha sempre foi muito adiantada em tudo. Eu nunca pensei nisso, mas acho que não vai haver nenhum atraso em relação à irmã".*

Durante toda a entrevista há uma necessidade enorme de obter informações sobre a síndrome de Down que mostram que, apesar da negação que verbalmente faz da situação, a mãe se encontra extremamente ansiosa e deprimida.

Elementos significativos da 2ª entrevista - 1º mês

A mãe abriu a porta com a Catarina ao colo, apresentando um ar deprimido, fisicamente muito desarranjada e despenteada. A filha mais velha estava presente. Durante o tempo que permaneceu, teve um comportamento muito absorvente e a mãe dá-lhe muita atenção.

Quando, durante a entrevista, nos relata o que tem sido o primeiro mês do seu bebé, a mãe mostra-se satisfeita. Considera a Catarina um bebé fácil: chora pouco, acalma-se com facilidade e por vezes até sozinha. Não tem dificuldades em adormecer nem dormir de noite ou entre as mamadas. Alimenta-se bem a peito ou com biberão, chupando com força. Os seus intestinos funcionam bem. Não há rigidez nem imposição de horários nem são relatados episódios significativos de desconforto.

A mãe acha que a Catarina já sorri muito bem para ela e para a avó materna e que o seu desenvolvimento é completamente igual ao dos outros bebés da sua idade. Continua a prever para ela um desenvolvimento como o dos outros: *"Nestas primeiras coisas acho que vai ser igual"*. No entanto, questionada com mais detalhe, não consegue ainda prever a idade de aquisições mais tardias, por exemplo, gatinhar, ou andar, ou dizer as primeiras palavras. Quanto ao desenvolvimento social, considera que ela já mostra interesse pelas pessoas e pelos objectos e que também neste aspecto não terá dificuldade.

A mãe refere que se sentiu muito pouco à vontade durante a gravação da interacção livre. Achou que a Catarina "*estava mais mole e mais rabugenta. Não falou como é costume. Acho que ela queria logo ir dormir. Às vezes acontece*".

Na sequência interactiva que presenciámos, não só nos episódios filmados como em todo o período que durou a entrevista, foi possível verificar que as pistas ou o

estado do bebé obtêm, por parte da mãe, uma resposta apropriada em termos de modalidade, especificidade e timing. Este bebé apresenta-se alerta mas sem qualquer responsividade às iniciativas da mãe - e neste sentido não falamos em sintonia interactiva exactamente porque a contribuição do bebé é quase inexistente. A mãe é pouco expressiva na linguagem que utiliza e também na expressão facial e de olhar. Mostra-se sensível ao estado do bebé mas não tem para com ele expressões de afecto positivo.

Na avaliação feita informalmente, é a apatia e falta de resposta na interacção que se tornam mais evidentes, tendo a Catarina, nos restantes aspectos do desenvolvimento, um perfil adequado à sua idade.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 1º mês

A mãe parece conhecer bem os ritmos deste bebé que, no período da Homeostase (Greenspan & Lieberman, 1989) ou da Regulação Inicial (Sander, 1969), parece estar a adquirir um ritmo estável nos estados de alerta e sono, e nos processos biológicos de alimentação e eliminação, o que permite que a mãe adquira confiança nas suas capacidades maternais de conhecimento das necessidades do bebé e lhes dê uma resposta adequada e atempada.

Na escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados detalhados podem ser analisados no final do estudo deste caso, as pontuações elevadas obtidas na sub-escala "Satisfação com a criança", "Frustração em relação ao papel maternal" e "Sobrecarga" mostram a sua satisfação com estes aspectos da interacção inicial.

Os sinais de depressão são sobretudo evidentes no aspecto exterior da mãe - expressão facial e do olhar, estado de desalinho do seu vestuário e penteado - na tonalidade da sua voz ao interagir com a Catarina. Nunca diz explicitamente que se sente deprimida, mas nas respostas à escala de sentimentos e atitudes concorda que desde o parto ficou mais triste, que se sente interiormente muito tensa e que tem chorado algumas vezes, o que faz com que o resultado obtido na sub-escala "Tendência depressiva", seja significativamente mais baixo do que os das sub-escalas anteriormente referidas, revelando a existência de sentimentos de depressão.

A mãe só uma vez refere estar ansiosa e, mesmo assim, condicionada ao resultado do cariotipo: "*Se se confirmar o problema tenho receio do futuro".* No entanto, algumas das questões que põe, o pedido que faz para apoio em programa de intervenção precoce e algumas respostas na escala de sentimentos e atitudes,

permitem-nos concluir que há ansiedade, sendo de facto na sub-escala "Ansiedade" que obtém a pontuação mais baixa de toda a escala, revelando a existência de fortes sentimentos de ansiedade.

A negação da deficiência parece ser ainda um dos sentimentos dominantes. A mãe refere-se sempre à Catarina como um bebé normal, atribuindo-lhe competências muito precoces: *"Com 8 dias sorriu para mim com intenção"*. Considera que o seu desenvolvimento é e será em tudo semelhante ao de um bebé normal.

A avó materna, que esteve presente por uns momentos, nega convictamente que haja qualquer deficiência, referindo também o sorriso precoce do bebé e a sua força.

No final da gravação e da entrevista, chegou o pai que fez inúmeras perguntas sobre o futuro destas crianças, as suas capacidades, escolaridade possível, independência na vida adulta, tipo de apoio existente após a morte dos pais, parecendo-nos que está bem consciente da situação, muito ansioso e deprimido com ela.

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

A mãe veio receber-nos ao portão, pois a Catarina estava ainda a dormir. Está bem arranjada e parece muito mais animada, calma e comunicativa. Está um pouco preocupada com as manifestações de ciúmes da filha mais velha a quem, no entanto, diz dar muito mais atenção do que dá à Catarina.

Continua a considerar a Catarina um bebé fácil e fácil de perceber: chora pouco, acalma-se com facilidade, embora agora já não se acalme sozinha e dá sinais claros quando tem fome ou sono ou quando está sentida porque a mãe não lhe pega. Já só toma biberão, alimentando-se bem e chupando com força. Os seus intestinos funcionam bem. Está claramente estabelecido um ritmo de alimentação de 4 em 4 h., durante o dia. Não gosta de adormecer ao colo pelo que, quando dá sinais de sono, a mãe a põe no carrinho e ela adormece rapidamente. Faz já um intervalo de 8h. à noite e dorme sempre um pouco entre as mamadas.

Refere novamente que a Catarina tem um desenvolvimento completamente igual ao dos outros bebés da sua idade. Acha que ela já segura muito bem a cabeça e faz as vocalizações adequadas aos 3 meses, tal como ela previra. *"É muito sorridente e já sorri de forma muito diferente consoante as pessoas".* De uma forma global, a mãe

acha que ela irá atingindo as várias etapas no período adequado, referindo-se especificamente à posição sentada, que põe como próxima meta.

No entanto, na avaliação feita através da Griffiths e também informalmente durante a interacção, nota-se já algum atraso no controlo tónico do pescoço, bem como notável falta de resposta na interacção. A Catarina pega nos brinquedos que a mãe lhe dá, abana-os, pode até fixar os olhos da mãe, mas não presenciamos nenhum dos jogos interactivos envolvendo actividades motoras, sorrisos e vocalizações mútuas que são talvez, num bebé normal, a característica mais marcante deste período. Nos aspectos da coordenação olho-mão, a Catarina tem um perfil ligeiramente superior à sua idade.

Na avaliação da situação interactiva, verifica-se que este bebé, embora alerta e fixando a mãe, nunca altera a sua expressão nem mostra vivacidade ou animação perante as iniciativas que a mãe toma. Esta, está sistematicamente a valorizar e a interpretar o estado do bebé, mostrando-se muito afectuosa e sensível aos sinais muito ténues que este emite.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

Terminadas as tarefas de controlo homeostático (Brazelton *et al.*, 1975; Greenspan & Lieberman, 1989), o bebé e a mãe poderiam estar disponíveis para iniciar uma segunda fase de Troca recíproca (Sander, 1969) ou de Prolongamento da atenção e da interacção (Brazelton *et al.*, 1975), embora, por falta de competência interactiva do bebé, tal não se verifique nesta díade. Com efeito, apesar dos esforços desenvolvidos pela mãe, este bebé parece não ter ainda atingido um grau de desenvolvimento suficiente das suas capacidades interactivas - sorriso, vocalização, comportamento facial e motor - ou não saber ainda utilizá-las para manter um processo de comunicação. Não aprendeu ainda a adaptar-se às tomadas de vez de uma relação sincronizada (Brazelton *et al.*, 1975).

Durante esta sessão, não é visível qualquer sinal de depressão. O óptimo desenvolvimento físico da Catarina, os seus ritmos já regulares parecem dar grande satisfação à mãe que, não só não verbaliza qualquer sentimento depressivo, como não demostra esses sentimentos na interacção que estabelece com a Catarina e que, da parte da mãe, é bastante diferente da observada no 1º mês.

A negação continua a ser a característica mais evidente da atitude e comportamento da mãe, que procura justificar com "má disposição ou sono" da Catarina o facto de ela não ter nunca realizado, perante nós, os comportamentos que a mãe diz ela já

ter adquirido, nomeadamente o controlo da cabeça, os sorrisos e as vocalizações. Há irrealismo e sobrevalorização sistemática das competências da Catarina. Alguma ansiedade é, no entanto, patente nas perguntas que faz sobre o seu nível de desenvolvimento, quando se apercebe que estamos a fazer a Escala de Griffiths e quando faz comparações entre a Catarina e a irmã.

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

Esta entrevista decorreu na casa de férias onde toda a família passou alguns dias e onde, nesta altura, estão a mãe, as duas filhas e os avós maternos. Pudemos presenciar a interacção muito adequada dos avós com a Catarina.

A Catarina tinha trocado os horários, tinha comido há pouco tempo e estava ainda a dormir, prevendo a mãe que ela só acordasse mais tarde, pelo que aproveitámos este momento para fazer a entrevista.

A mãe continua a considerar a Catarina um bebé fácil e fácil de perceber: continua a chorar pouco e embora já não adormeça com a mesma facilidade, mantém ritmos regulares de sono, dormindo sempre um pouco entre as refeições. Já não se acalma sozinha, mas quando lá vão, é fácil resolver a situação. A introdução de novos alimentos iniciada aos 4 meses e meio processou-se sem dificuldades, tendo agora duas refeições sólidas diárias, tomando biberão nas restantes. Tem aceite bem todos os alimentos que progressivamente a mãe introduziu. Está claramente estabelecido um ritmo de alimentação semelhante ao do adulto, muito embora tome ainda um biberão à meia noite, após o qual dorme 8h. seguidas.

Considera que a Catarina faz tudo o que pode ser esperado de um bebé desta idade em termos de primeiros sons por imitação, controlo postural, manipulação de objectos, interesse pelas pessoas e distinção face aos adultos estranhos. *"O desenvolvimento da Catarina é praticamente igual ao da irmã, embora esta fosse muito precoce. Em relação aos outros miúdos acho que talvez haja 1 mês de atraso"*. Esta fase, contendo uma contradição de que a mãe não se apercebe, parece caracterizar a forma como a mãe vê o desenvolvimento da Catarina e a negação que faz de um atraso que se vai começando a notar. Refere explicitamente: *"Nunca me preocupei muito com o futuro, é mais com os problemas actuais, mas como ela está óptima, não estou nada preocupada".*

Nesta entrevista, a mãe consegue de facto perspectivar todo o desenvolvimento da Catarina, sempre dentro dos padrões normais. Acha que ela vai sentar-se sem

apoio aos 8 meses, andar aos 14 meses e que aos 12 meses já será capaz de dizer pelo menos uma palavra com significado.

Com o barulho que a irmã fez, a Catarina acabou por acordar mais cedo, o que, para a mãe justificou a sua "moleza" durante este episódio. Assim, a situação de interacção livre foi filmada antes da alimentação.

Ao analisar a situação interactiva, verificamos que o bebé está agora alerta e activo, respondendo, embora brevemente, às iniciativas da mãe, sobretudo quando esta apresenta brinquedos. A mãe dirige, de forma muito sensível, a interacção, mostrando grande contentamento com as manifestações da Catarina. A passividade do bebé só é patente na expressão facial que raramente se altera.

Na avaliação feita através da escala de Griffiths, e também informalmente, durante a interacção, nota-se algum atraso no controlo postural - a posição de sentada está ainda longe de estar adquirida e em decúbito ventral não faz qualquer tentativa de se movimentar para a frente ou para trás - e na preensão de objectos, já que raramente ela os apanha sozinha. Nos aspectos da interacção e comunicação, pelo contrário, há uma diferença notável relativamente à observação anterior e foi possível presenciar sequências interactivas com tomadas de vez, ainda que relacionadas com brincadeiras envolvendo fundamentalmente o seu corpo.

Quando, ainda antes de passarmos a escala de sentimentos e atitudes, chegou a hora da alimentação, após os primeiros três minutos em que tudo decorreu normalmente, a Catarina começou com vómitos, engasgou-se, começou a ficar cianosada, sem conseguir respirar apesar de todos os esforços da mãe que a virou de cabeça para baixo tentando provocar-lhe o vómito. Esta situação foi muito inquietante para todas as pessoas que estavam em casa, originou comentários muito depreciativos da avó materna para a mãe e só se resolveu sem ser necessário ir ao hospital porque a mãe nunca perdeu a calma e, pela sua profissão, tinha conhecimentos da forma como deveria proceder. A situação só normalizou cerca de 30 minutos depois, tendo a Catarina acabado por adormecer, exausta, muito embora ainda com uma respiração ofegante e o nariz muito tapado.

Tal facto impediu-nos de fazer a escala de sentimentos e atitudes que veio a ser realizada apenas três semanas depois, já na residência habitual. Nesta ocasião a mãe foca muitos aspectos significativos da sua vida e dos seus sentimentos que "escondera" noutras alturas. Este segundo momento da entrevista dos 6 meses revelou-se extremamente importante tendo a mãe abordado temas que até aí não mencionara e de que aparentemente ainda não tinha falado com ninguém.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

Apesar de já ter 6 meses, a Catarina parece estar ainda na fase em que não tendo ainda grande competência sobre os objectos, está sobretudo focalizada na mãe, motivada em estabelecer um "envolvimento pessoal" (Trevarthen, 1990). Parece ter já competências para iniciar e terminar a interacção, regulando o seu próprio estado de excitação e envolvimento interactivo: *"Há um mês atrás o que eu notava era que ela precisava que puxassem por ela, que a estimulássemos. Agora não, é ela que puxa por nós".* Esta frase dita pela sua mãe parece, por um lado, corresponder a este estádio e, por outro, marcar o início da fase que Sander (1969) chama "Iniciativa" e Brazelton *et al.* (1975) "Aparecimento da Autonomia", marcando neste bebé o aparecimento de algumas de iniciativas nos planos motor, de troca social ou de actividades de exploração de objectos. A mãe da Catarina não só se deu conta disso, como parece reconhecer os seus comportamentos de iniciação e interrupção da interacção, as suas preferências específicas por determinados tipos de objectos e saber responder adequada e contingentemente, garantindo assim uma harmonia interactiva que se pode verificar nos episódios interactivos que observámos. De facto, as brincadeiras que presenciámos são semelhantes às descritas por Trevarthen (1990) quando caracteriza a interacção entre os 4 e os 9 meses e fala dos jogos "pessoa-a-pessoa" com o corpo da mãe, com o agarrar de cabelos e dedos, mordidelas no queixo e no nariz, embora no caso desta díade eles partam quase exclusivamente da iniciativa da mãe.

Explicitamente a mãe só refere estar ansiosa quando fala da ida ao pediatra e de todas as perguntas que lhe colocou. Diz não ter dúvidas quanto à forma como lida com ela, refere estar sempre mais preocupada com a filha mais velha e diz: *"A relação com o 2º filho é mais vivida do que com o primeiro. No primeiro bebé uma borbulhinha... Ai meu Deus, que horror!".*

Continua a negar na Catarina quaisquer sinais de deficiência. Refere-se-lhe como um bebé normal, atribui-lhe as competências consideradas normais para um bebé daquela idade, espera que ela continue a desenvolver-se normalmente e acha-a um bebé muito bonito.

Nega também quaisquer sentimentos de depressão. No entanto, à questão sobre o facto de se sentir sozinha com os seus problemas a mãe responde: *"Sozinha não, mas há muitas coisas que estão cá dentro e que eu não digo a ninguém. Aquela 1ª hora antes de eu a ver e depois de me terem dito que ela era assim, foi horrível e fica cá dentro. É como se eu não me sentisse realizada por ter sido mãe. Há uma falha que eu não consigo explicar. Há uma frustração. Parece que não existiu*

aquele período. É a primeira vez que lhe digo isto. Com o meu marido não posso falar, ele emociona-se muito. Mesmo quando vamos ao pediatra, eu tenho de me conter. Desta vez, como fui sozinha, aproveitei para fazer todas as perguntas".

Apenas os resultados obtidos na escala de sentimentos e atitudes, que podem ser analisados adiante, denotam a existência de sentimentos depressivos. De facto, todas as pontuações são bastante elevadas e homogéneas, com excepção da sub--escala "Sobrecarga" e "Tendência depressiva".

Outros comentários que a mãe faz às afirmações da escala de sentimentos e atitudes, parecem-nos caracterizar um comportamento que na escala é considerado como total falta de ansiedade mas que, neste caso, parece poder significar alguma rejeição: *"Com a Catarina não sei porque é, mas nunca me preocupo que lhe possa acontecer alguma coisa. Estou sempre preocupada é com a minha outra filha. Acho que a Catarina é mais forte, mais desenrascada... Às vezes começo a pensar se sou um bocadinho mazinha e dura com ela. Sou muito diferente do que fui com a outra. Exijo mais coisas em relação à idade. Ela é muito refilona mas basta eu dizer "já chega...ai, ai Catarina" e ela já percebe. Coitadinha, é tão pequenina ainda... Ela tem uma relação comigo diferente do que com os outros. Para o pai não se ri; a minha mãe é só paródia, basta ouvir-lhe a voz. Comigo ri-se muito, gosta imenso, mas é sempre diferente. Quando está comigo não descansa e quando passa um dia com a minha mãe acho-a logo mais mole. Com a irmã ri-se muito mas está sempre de pé atrás. O meu marido tem um sentimento de protecção exageradíssimo, não deixa, por exemplo, que a irmã se meta com ela porque lhe pode fazer mal. Eu não a protejo muito. A outra foi só colo e muitos miminhos... Não é que eu não goste dela, se fosse outra pessoa a ouvir isto dizia que eu não gostava dela, mas não é isso. Talvez seja por ela ser assim".*

Parecem-nos ainda significativas as alterações que fez à sua vida profissional. Com efeito, nesta altura, a mãe deveria já ter reiniciado a sua actividade profissional. Decidiu, no entanto, requerer uma licença por um ano, pois teria de continuar um trabalho por turnos e era-lhe difícil deixar a Catarina com a avó, embora a filha mais velha vá iniciar o Jardim de Infância.

Fez novos projectos para a sua vida profissional e embora não pareça ter consciência deste facto, parece-nos evidente que as escolhas feitas estão directamente ligadas ao facto da Catarina ter síndrome de Down:

- Matriculou-se num curso de Psicologia (como se quisesse adquirir mais conhecimentos que lhe permitissem maior competência na estimulação à Catarina).

- Inscreveu-se no Instituto Português de Emergência Médica, para trabalhar um dia por semana só com Recém-nascidos de alto risco (como se pudesse reparar noutros bebés o que não foi possível reparar com o dela).
- Irá trabalhar, na sua profissão, noutro local, só no horário que lhe for mais vantajoso.

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

Nesta entrevista a mãe pareceu-nos muito cansada porque as duas filhas estão doentes, há já algum tempo, com tosse coqueluchoide e todas as rotinas familiares foram alteradas, nomeadamente no que respeita aos sonos, porque a Catarina chega a passar 2/3 horas sem conseguir parar de tossir, ficando depois muito quebrada. Assim, e desde há já algum tempo, a mãe dorme no mesmo quarto da filha mais velha, para que esta não acorde a Catarina com a tosse e o pai dorme com a Catarina, porque agora é a irmã que já está boa e a Catarina que tosse a noite toda.

Existe neste momento uma única área de conflito entre a mãe e a Catarina: A alimentação nas refeições em que deve comer sopa. *"Agarrou uma aversão à sopa que é uma guerra para lhe dar".* Em todas as restantes áreas, as rotinas diárias parecem bem estabelecidas e as características da Catarina parecem satisfazer a mãe, que diz: *"É curiosa, teimosa e muito persistente. Gosta muito de fazer festinhas... A Catarina diferencia muito bem as pessoas conhecidas das que não conhece, faz beicinho quando os estranhos se aproximam e na consulta dos 8 meses fez uma grande birra ".* Desde há um mês, fica grandes períodos no parque a brincar sozinha, o que agrada à mãe.

A mãe está mais defensiva na avaliação que faz do comportamento da Catarina, embora de uma forma global continue a achar que ela não tem um grande atraso: *"Pelos livros, eles têm uma ligeira hipotonia. Acho que ela está sempre mais ou menos um mês desfasada em relação aos outros bebés, embora a gente saiba que os bebés não são todos iguais".* Pela primeira vez, mostrou-se muito ansiosa quando da aplicação da escala de Griffiths, justificando qualquer insucesso por falta de estimulação da Catarina nesse sentido: *"Só a tenho ensinado a pegar nos objectos, o resto ela tem aprendido sozinha".*

Também pela primeira vez a mãe admite que: *"Vai haver uma altura em que se vai notar mais o atraso. Por volta dos 2/3 anos vai-se notar mais. Às vezes, pode ser que não. Deus queira que não, mas tenho muito medo".*

Como se verifica pela análise da situação interactiva, este bebé está muito interessado nos brinquedos que toma a iniciativa de procurar e manipular, não respondendo às iniciativas de interacção social directa que a mãe toma. Esta mostra-se mais directiva, nem sempre seguindo as iniciativas do bebé, mas mantém-se sensível e organizada no seu comportamento.

Na avaliação feita com a escala de Griffiths e também a partir dos dados observados na situação de interacção, a Catarina apresenta algum atraso na área da linguagem - as vocalizações são menos variadas - na escala pessoal-social - que a mãe justifica por não lhe proporcionar esse tipo de aprendizagens - e da locomoção - nomeadamente no que respeita ao gatinhar, não tendo qualquer esboço desse comportamento. Consegue no entanto manter-se em pé com grande apoio da mãe e dar pequenos passos em direcção a ela, quando esta a segura. Mantém-se sentada sem qualquer apoio, mas parece não ter ainda qualquer reacção de defesa quando se desequilibra, caindo desamparada no chão. As actividades de manipulação de objectos são realizadas de forma adequada à sua idade.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês

A Catarina está claramente numa fase em que domina o interesse para experimentar um ambiente mais vasto, a que Murray (1988) e Trevarthen (1990), chamam de Necessidade para explorar e dominar os objectos. O seu interesse é ainda mutuamente exclusivo - ou dá atenção aos objectos, manifestando condutas de exploração e manipulação, ou procura interagir com a mãe. Não há, portanto, actividades que envolvam simultaneamente a mãe e os objectos. Se quer um brinquedo que está fora do seu alcance, não é ainda capaz de olhar para a mãe para lhe dirigir a atenção para o que quer, movimentando-se ou gesticulando apenas em direcção ao objecto. As suas respostas aos objectos não estão, ainda, integradas com as respostas relativas às pessoas (Brazelton *et al.*, 1974).

Não tem ainda quaisquer capacidades de locomoção pelo que as suas iniciativas são limitadas aos objectos que a mãe põe ao seu alcance ou às iniciativas de interacção que a mãe ofereça. Esta, continua a parecer muito disponível, embora nesta entrevista se queixe que com as doenças está exausta e sem qualquer tempo para si própria.

O comportamento de ansiedade perante os estranhos, referido pela mãe, demonstra um comportamento de vinculação claramente estabelecido e é característico da fase de Diferenciação Somato-Psicológica que Greenspan e Lieberman (1989) situam

entre os 3 e os 10 meses. No entanto, este comportamento não foi por nós observado com a nossa presença, muito embora o facto de ela estar no seu ambiente possa explicar a tranquilidade com que aceitou a nossa aproximação.

A negação deixou de ser a característica mais evidente da atitude e comportamento da mãe que, pela primeira vez, admite haver um certo atraso no comportamento da Catarina e prevê como possível um acentuar desse atraso no 2º ou 3º ano de vida. Há, no entanto, ainda alguma sobrevalorização das competências da filha e irrealismo nas expectativas que tem do seu desenvolvimento no futuro próximo.

Encontramos alguma ansiedade nas perguntas que faz sobre o seu nível de desenvolvimento e as justificações que dá dos seus insucessos quando se apercebe que estamos a fazer a Escala de Griffiths: *"Faz coisas muito difíceis. Eu sei o que é que quer fazer com isso, mas ainda nunca fiz com ela"*.

Durante esta sessão, são visíveis alguns sinais de depressão, que podem também ser justificados pelo cansaço dos últimos dois meses. A mãe sente-se exausta e sem qualquer tempo para si ou para outra coisa senão tratar das filhas doentes: nunca conseguiu ainda ir regularmente às aulas do ISMAG. Quanto ao trabalho na Emergência Médica nem sequer foi falar, embora gostasse muito desse trabalho. Acrescenta: *"Se continuarem as doenças, acabo por desistir do projecto de estudo e retomo o trabalho no hospital logo que acabe a licença sem vencimento".*

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

A mãe estava muito mais bem disposta e tranquila do que na entrevista dos 9 meses, menos ansiosa, com uma atitude de muita ternura relativamente à Catarina.

Nesta última entrevista, para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé. Relativamente a estes aspectos, a mãe refere: *"Acho que correspondeu ao que eu pensava. O choque foi só aquela 1ª meia hora antes de a ver. Em relação a mamar, foi logo bom. Mas continua a existir aquele choque inicial, aquele sentimento de vazio, de frustração, qualquer coisa que não se realizou... Já nunca passa... Parece que não nasceu, que sempre existiu, porque nos compreendíamos tão bem... Com o nascimento há sempre aqueles parabéns, mas eu não me sentia felicitada. Há sempre um vazio em relação ao nascimento dela que não passava mesmo que me dissessem agora que tinha havido um engano e que ela não tinha síndrome de Down. Ficava contente pelos outros e por ela, mas não alterava em nada os meus sentimentos".*

Quanto à progressão do desenvolvimento, acha que a Catarina tem correspondido ou ultrapassado as suas expectativas, adquirindo alguns comportamentos muito mais cedo do que a mãe pensava (sorrir e falar, por exemplo), mesmo que ache que dessas aquisições só o sorriso tenha sido precoce: *"Aos 8 dias, nunca pensei... Esperava que fosse um atraso de 1 mês ou 1 mês e meio, mas agora não acho grande atraso. Agora tenho mais esperanças do que aos 7/8 meses. Ela demorou muito tempo a sentar-se, mas agora a andar já desloca os pés".* Quanto ao desenvolvimento da linguagem, considera que a Catarina diz já "Mamã" intencional e consistentemente, tendo começado a utilizar essa palavra quando a mãe chegava ao pé dela. Acha ainda que ela diz " Dá ou Aidá " quando quer pedir alguma coisa. No aspecto motor, a mãe considera que a Catarina se desloca de qualquer maneira e para toda a parte onde quer chegar, pelo que não está preocupada com a aquisição do gatinhar e do andar. Aliás ela considera que a Catarina já anda desde o momento, 15 dias atrás, em que ela deslocou pela 1ª vez os pés apoiada no parque.

No entanto, quando indagada sobre as datas de aquisição de comportamentos específicos, várias vezes referiu ter sido mais tarde do que tinha pensado e ter estado preocupada com isso, no entanto remata: *"Ao fim deste ano começo a pensar que ela vai conseguir fazer a sua vida normal, a fazer uma vida independente e tudo. Não vai ser como a irmã, mas vai ser uma adolescente e adulta normal"*. Esta frase da mãe retrata bem as elevadas e certamente irrealistas expectativas que tem relativamente ao futuro da Catarina. Quanto às metas de desenvolvimento mais próximas, as expectativas são também optimistas.

O que nos parece importante salientar, é que nenhuma das novas competências referidas pela mãe foram presenciadas em qualquer momento da interacção livre ou durante a entrevista, enquanto a Catarina se mantinha por perto. No entanto, este facto não parece preocupar a mãe, que desta vez não apresenta a habitual "desculpa" do cansaço ou do sono que a filha tem.

Os valores obtidos na escala de Griffiths apresentam-nos um atraso global no desenvolvimento, sendo mais penalizadas as áreas do desenvolvimento motor e a de autonomia e socialização (Pessoal-social).

Quanto às características do temperamento da Catarina, acha que ela é fiteira: *"Se, quando faz beicinho, lhe digo coitadinha, ela chora, se não ligo, ela disfarça".* Esta afirmação parece referir-se ao fenómeno de "referenciação social" (Campos & Sternberg, 1981, citados por Murray, 1988). Não gosta que a mãe dê muita atenção à irmã: quer participar se for brincadeira e fica muito séria a olhar se for mais pacato.

A Catarina continua a ser, para a mãe, um bebé fácil de compreender e fácil de tratar, com rotinas bem estabelecidas e sem características que tornem difícil a interacção. Considera, no entanto, que ela já tem as suas exigências e faz birras se não quer estar no parque, mas sabe como resolver essas situações.

Como se pode ver na grelha de análise da situação interactiva (anexo 10), este bebé continua muito interessado nos brinquedos, moderadamente responsivo às iniciativas da mãe e com uma expressão muito neutra, embora mais viva e animada. A mãe continua muito afectuosa e aprovadora do seu comportamento, mostrando-se sensível, embora lidere a interacção e nem sempre siga as pistas do bebé.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 12º mês

Ao longo deste ano a mãe parece ter aprendido o significado das condutas e pistas do bebé, consoante os contextos em que estas ocorrem e mostra-se capaz de lhes responder adequada e consistentemente, tarefa que permite a harmonia da interacção que temos vindo a presenciar e que se mantém neste período.
Os esquemas interactivos utilizados pela mãe são semelhantes aos que esta usou na entrevista anterior, já que, embora a Catarina tenha feito alguns progressos, o facto de não ter ainda adquirido qualquer esquema de locomoção, a impede de manifestar comportamentos de autonomia e tomar iniciativas no plano motor. A grande diferença está na tentativa, por parte da mãe, de iniciar brincadeiras que a envolvam simultaneamente a si e aos objectos: dá e toma. A Catarina não é ainda capaz de associar objectos a situações sociais e assim manter "interacções acerca dos objectos" (Schaffer, 1984, citado por Bremner, 1988), não conseguindo, portanto, corresponder a esse tipo de jogo e a mãe não insiste.

As novas competências da Catarina - dizer adeus e bater palminhas - são aproveitadas e introduzidas pela mãe na interacção, conseguindo obter comportamentos de imitação que não tínhamos nunca presenciado. A Catarina não parece, no entanto, ter adquirido competências suficientes no processo de comunicação interpessoal, nomeadamente nos processos de comunicação "à distância".

Não há ainda sinais da fase que Schaffer (1977 b) chama "Simetria na relação": a Catarina não compreendeu ainda a interacção social como uma sequência coordenada em que cada parceiro tem um papel activo que pode inclusivamente ser trocado.

A negação volta a ser o sentimento dominante da mãe, visível nos comportamentos que atribui à Catarina, nas expectativas que faz relativamente ao seu desenvolvimento próximo e futuro e no irrealismo com que interpreta os menores progressos no desenvolvimento. Algumas das afirmações que faz, ao longo da entrevista, podem levar-nos a pensar que a rejeição que fez ao nascimento desta criança foi de tal forma profunda que não lhe é possível admitir a existência de uma deficiência. A negação da depressão é também evidente. Referindo-se à sua reacção ao nascimento da Catarina diz: *"Foi só aquele choque inicial, mas depois passou e nunca fiquei muito triste"*. No entanto, a propósito de uma das afirmações da escala de sentimentos e atitudes que se relaciona com o sentimento de solidão diz: *"Eu não sou de desabafar, nem de preocupar a minha mãe ou o meu marido. Se começo a desabafar, fica a casa tristíssima".*

Especificamente em relação à Catarina não são visíveis sinais de ansiedade. Existe, no entanto, uma ansiedade global relacionada com alguma coisa que possa acontecer, mas imediatamente a mãe refere que isso se passa em relação às duas filhas. É na sub-escala "Ansiedade" que obtém a pontuação mais baixa de toda a escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados detalhados podem ser analisados adiante.

Tem sentido um grande apoio por parte da sua mãe, que considera uma pessoa com muita força e energia. Quanto ao marido, diz: *"Ele até se esquece que ela é assim. Toda a gente a acha normal... Inicialmente teve um choque muito grande. Aos 4-5 meses, ao ver as gracinhas, ele foi-se modificando. Tem uma adoração com ela que até chateia. É parcial e superprotege-a um bocado em relação à irmã"*. Sente que tem o seu apoio, embora menor do que o que a mãe lhe dá por causa do trabalho. No entanto, aos fins de semana, sobretudo da parte da manhã, saem sempre os quatro juntos para dar um passeio.

Embora tenha recorrido a um serviço oficial para ter apoio em intervenção precoce e lhe tenha sido proposto um apoio domiciliário semanal, ao longo de todo o ano, a mãe nunca o refere espontaneamente. Apenas diz que não têm havido visitas regulares, que justifica desmarcar por dificuldades com o horário ou doenças das filhas.

A mãe não conseguiu ainda concretizar nenhum dos planos que fez, quer no aspecto de estudo, quer no aspecto de trabalho. Não retomou qualquer actividade profissional, mas não parece ter qualquer consciência de que este facto pode dever-se à forma como tem vivido a situação da Catarina.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão.

Resultados da Escala de Auto Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dimensões	Pontos	Média
Capacidade de tratar do bebé	29	3.22
Capacidade e preparação global para a função materna	23	3.28
Aceitação do bebé	13	2.16
Relação esperada com o bebé	15	3.75
Sentimentos respeitantes à gravidez	21	3.50
TOTAL	101	3.15

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

Meses	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	30 x-5	27 x-4,5	27 x-4,5
Escala B Sobrecarga (7 itens)	29 x-4,14	25 x-3,57	27 x-3,85
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	42 x-4,66	40 x-4,44	41 x-4,55
Escala D Ansiedade (5 itens)	15 x-3	21 x-4,2	17 x-3,4
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	32 x-3,55	34 x-3,77	33 x-3,66

Elementos significativos da 1ª entrevista

O Helder é um bebé com síndrome de Down. É o 1º filho deste casal, que coabita já há 6 anos. A mãe, de 35 anos, tem uma filha de um anterior casamento, já com 13 anos, que vive com eles. O Pai tem 22 anos. Têm uma formação académica de nível médio: a mãe tem o 9º ano e o pai o 11º ano de escolaridade.

Esta gravidez foi desejada, sobretudo pelo pai e a notícia da sua confirmação recebida com alegria por toda a família. Essa alegria manteve-se durante todo o período de gravidez, referindo a mãe: *"Andava orgulhosíssima, felicíssima, até as colegas diziam que eu parecia outra".*

Foi regularmente vigiada e tudo decorreu sem quaisquer complicações, e sem sinais de ansiedade: *"Nunca pensei que o bebé pudesse vir a ter problemas... Fiz os exames todos, estava sempre tudo bem..."*. Não há também quaisquer sinais de depressão apesar de ter havido problemas graves de saúde dos avós maternos: a avó materna foi internada e faleceu no início da gravidez, o avô paterno fez amputação dos dois membros inferiores, por diabetes. Mesmo a morte da mãe não parece ter desencadeado uma situação de depressão.

Ao fim da 41ª semana, a mãe exigiu ser internada para lhe provocarem o parto, porque já na 1ª gravidez não tinha feito a dilatação. O período expulsivo foi muito prolongado e o bebé foi tirado com fórceps, mas a mãe refere que apesar de ter sido muito doloroso se sentia muito feliz.

Quando lhe mostraram o bebé, a mãe ficou muito inquieta: *"Vi o bebé muito roxo porque tinha o cordão à volta do pescoço. Depois perguntaram-me se na família havia alguém deficiente. Fiquei muito aflita, insisti com o médico que me disse que estava tudo bem. Insisti para mo trazerem para ao pé de mim. Fiquei muito triste e muito preocupada, mesmo antes de saber alguma coisa... Depois de me dizerem senti desânimo, raiva e muita tristeza... Não sei se vou aguentar".*

Parece-nos importante referir alguns aspectos da forma como decorreu a entrevista. A mãe já estava avisada da minha chegada e quando a enfermeira me levou perto dela, levantou-se imediatamente, como se precisasse de falar com alguém. Começou imediatamente a chorar, permanecendo assim durante grande parte da entrevista. Muitas das coisas que foram registadas - o registo foi feito imediatamente a seguir, não na presença da mãe - foram ditas pela mãe espontaneamente, pois ela ia encadeando os seus comentários e desabafos, sem quase ser preciso fazer perguntas. Evidenciou inúmeros sinais de ansiedade, quer relativamente à situação

do bebé e seu desenvolvimento, quer relativamente à reacção do marido e seus familiares. Fez inúmeras perguntas sobre o futuro destes bebés e pediu-me para ser eu a dar a notícia aos sogros. Parece sentir-se culpada e ter medo de ser acusada de ter tido um bebé assim e, embora este sentimento não seja abertamente expresso, algumas respostas a perguntas sobre o marido fazem supor que tem medo que o marido não aguente esta situação. Já lhe disse que iam ter outro bebé, que ela faria todos os exames, como se se sentisse obrigada a dar ao marido um bebé saudável.

São também evidentes os sinais de revolta perante a situação, quando a mãe, espontaneamente, diz: *"Quando me disseram, pensei que mais valia que eu não o tivesse visto e que ele, já que vinha tão roxo, tivesse morrido sem eu o ver. Passei a noite e o dia todo a pensar o que ia acontecer, revoltada a pensar porque é que outras abandonam os filhos ou os matam e a mim me havia de acontecer uma coisa destas. Agora estou com altos e baixos. Custa tanto a aceitar... Porque é que isto aconteceu?... Eu só queria que eu pudesse dar alguma coisa ao meu filho e ele ficasse bom... Só penso que era melhor eu morrer... Mas agora ninguém mo tira. Vou fazer tudo para ele ficar bom... Agora só acredito quando vir a análise e o grau".*

Não parece contar com o apoio de ninguém. Não fala de qualquer elemento da sua própria família e tem muito receio do que vai ser a reacção do marido e dos sogros: *"Fui eu que disse ao meu marido pelo telefone. Ele não acredita. Eu, ao pé dele, não choro para ele não ir abaixo... Aos meus sogros ainda não tive coragem de dizer nada. Eles notaram que eu não estava bem, mas nunca lhes disse nada".*

Antes de os médicos terem falado com ela, não tinha qualquer informação sobre o que era a síndrome de Down. Durante toda a entrevista há uma necessidade enorme de obter informações sobre a situação do seu bebé, pedindo-me sistematicamente a confirmação das suspeitas dos médicos.

Dada a situação emocional da mãe durante a entrevista, não foi possível pôr questões relativas às suas expectativas sobre o desenvolvimento do seu bebé. No entanto, pelas perguntas que me foi fazendo, suponho que não seria capaz de prever quaisquer metas de desenvolvimento.

No processo da mãe estão registadas algumas informações significativas, que o obstetra confirmou numa entrevista e que parecem relevantes: a mãe foi informada da situação logo no 1º dia. A atitude que tinha até aí era de embevecimento, dizendo que o bebé era muito bonito, muito perfeitinho. Quando lhe disseram - o pediatra, na presença do obstetra e da enfermeira - houve um enorme abalo, não queria acreditar, mostrava como ele era perfeito, com força nas pernas, etc. Encarou

a situação como uma doença e achava que o bebé não tinha quaisquer sintomas. O bebé tem estado sempre junto da mãe que, a partir dessa altura, tem passado o tempo a chorar. Todos acham o pai muito jovem e muito imaturo e têm medo do que possa vir a acontecer relativamente ao futuro do casal.

Elementos significativos da 2ª entrevista - 1º mês

Quando chegámos, o Helder já estava ao colo da mãe que o acalmava por achar que ele estava cheio de fome. A mãe mostra-se demasiado animada durante quase toda a entrevista.

No final chegou a avó paterna, muito interveniente e sentenciosa em tudo, mas muito carinhosa com o Helder, que acaba por adormecer ao colo dela.

A mãe considera o Helder um bebé fácil: quase não chora, é muito calmo e consegue acalmar-se sozinho. Não tem dificuldades em adormecer nem dormir de noite ou entre as mamadas: *"Tem um dormir muito descansado".* Toma muito bem o biberão que é feito com leite materno que a mãe tira com uma bomba, porque ele nunca chupou bem no peito. No biberão chupa com força e muita velocidade. A mãe refere, aliás, a situação de alimentação como o que tem sido mais agradável na interacção com ele: *"Se não fosse isso, não estava aqui a tirar o leite com a bomba"*. Os seus intestinos funcionam bem. Parece haver alguma rigidez e imposição de horários: *"Eu, às vezes, acordo-o para lhe dar de comer, por isso já tem um ritmo certo"*. A mãe está muito satisfeita com este 1º mês de vida do Helder, referindo: *"Ele não é nada difícil. Se ele for sempre assim é uma maravilha. Come, está a brincar um bocadinho e dorme".*

No que respeita ao desenvolvimento, a mãe faz uma avaliação bastante objectiva das competências do Helder e diz: *"Acho-o normal em relação aos outros bebés menos no peso da cabeça, ainda anda muito com a cabeça. Mesmo em relação à minha filha, é muito parecido. Não vejo grande diferença de um bebé normal, mesmo a resmungar. Olha para os bonecos com atenção, ouve música, mexe-se todo, olha para os bonecos a andar à volta. Fixa muito as cores, as luzes e as sombras".*

Quanto às expectativas de desenvolvimento futuro diz: *"Não sei. Gostava de saber. Agora pode ser assim e quanto mais crescido for, que se venha a atrasar mais"*. Apesar desta afirmação, a mãe prevê um desenvolvimento igual ao dos outros

bebés, fazendo muitas comparações com a irmã, dizendo: *"Ele vai ser muito puxado... Obrigamo-lo a dar os passinhos na banheira. Conforme mete os pés no chão, fica direito. De barriga para baixo, se o deixarmos, ele tenta levantar a cabeça".*

Na avaliação feita informalmente, o Helder mostra-se muito atento ao que o rodeia, estabelece contacto visual prolongado com a mãe sendo, no entanto, bastante hipotónico.

Ao analisarmos a situação interactiva, verifica-se que este bebé está bem alerta, atento e responsivo à mãe que se mostra sensível e tem um comportamento adequado, embora haja alguns gestos e expressões verbais bruscas a que o Helder responde com sinais de desconforto. Há algumas manifestações de carinho, mas a atitude é de ambivalência.

Conclusões sobre a adaptação mãe-bebé no 1º mês

Não são relatados quaisquer episódios de desconforto, pelo que, aparentemente, a mãe soube adaptar as suas rotinas aos ritmos deste bebé que, no período da Homeostase (Greenspan & Lieberman, 1989) ou da Regulação Inicial (Sander, 1969), parece estar a adquirir um ritmo estável nos estados de alerta e sono, e nos processos biológicos de alimentação e eliminação.

Pelo discurso verbal da mãe, não há quaisquer sinais de que a interacção possa estar a decorrer de uma forma pouco harmoniosa. No entanto, na sequência interactiva que presenciámos, não só nos episódios filmados como em todo o período que durou a entrevista, foi possível verificar que a mãe, embora atenta aos sinais do bebé, que interpreta verbalmente de uma forma adequada, é frequentemente brusca na forma como intervém, provocando algumas vezes desconforto e choro que parece suportar dificilmente e se apressa a reduzir com a introdução da chucha. Não podemos, assim, falar de uma adequada sintonia mãe--bebé, já que os sinais do bebé, embora correctamente interpretados, nem sempre obtêm, por parte da mãe, uma resposta apropriada.

Na escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados detalhados podem ser analisados no final deste estudo de caso, são as sub-escalas "Satisfação com a criança", Frustração em relação ao papel maternal" e "Sobrecarga" aquelas onde a mãe obtém pontuações mais elevadas, próximas do valor máximo, equivalentes a sentimentos positivos nestas dimensões.

Refere, no entanto, explicitamente, estar muito preocupada e ansiosa com o futuro do Helder: *"Ele é saudável dentro da deficiência que tem. A minha única preocupação é ele um dia ficar dependente"*. Não está ansiosa nem insegura relativamente aos cuidados com o bebé, mas refere que de noite verifica várias vezes se ele está a respirar, obtendo na sub-escala "Ansiedade" uma pontuação significativamente mais baixa.

Durante a entrevista, a mãe mostra-se muito animada e tranquila, atitude que só desaparece na altura de responder às questões das escalas. Aí, vêm-lhe as lágrimas aos olhos e ela tenta reprimi-las, controlando-se rapidamente.

Para além destes sinais visíveis de depressão, a mãe refere que se sente muito enervada e tensa desde que o Helder nasceu, com episódios de choro frequentes quando está sozinha, obtendo também na sub-escala "Tendência depressiva" uma pontuação baixa que reflecte a existência de fortes sentimentos de depressão.

Em contraste com o momento da 1ª entrevista, há alguns sinais de negação, nomeadamente na animação com que nos recebe e que mantém durante grande parte do tempo. Embora fale por vezes na deficiência do Helder, a mãe refere-se-lhe como um bebé que tem todas as reacções de um bebé normal.

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

A mãe recebe-nos muito animada e satisfeita, referindo sempre o óptimo desenvolvimento do Helder. No entanto, houve vários momentos de desconforto, sem razão aparente, durante as quais a mãe falou ao Helder com voz áspera e irritada, numa atitude contraditória relativamente ao que afirma fazer nessas ocasiões.

No final de entrevista, a mãe põe várias questões sobre o desenvolvimento futuro destas crianças, nomeadamente sobre o seu desenvolvimento sexual, comportamentos com rapazes e com raparigas, etc. Nessa altura parece mais inquieta, mais deprimida, mas imediatamente reage controlando essas manifestações.

Continua a achar que o Helder é um bebé fácil: *"É uma criança que se cria muito bem"*. Considera que ele chora pouco: *"Mas às vezes faz birras, sem lágrimas. Nessa altura pego-lhe logo ao colo muito ao alto para ele ver as coisas todas"* . A mãe sabe acalmá-lo, mas só ao colo: *"Ando com ele ao colo: dou beijinhos e faço festinhas. Se for preciso ando o dia todo com ele ao colo. Se está sozinho, cala-se às vezes, mas se não formos, lá volta outra vez. No berço se está acordado, entretém-se um bocadinho e depois berra para lhe pegarmos".*

Desde há três semanas, após consulta de pediatria, só lhe dá o leite do peito de manhã e cerca da meia-noite, sempre no mesmo sistema de tirar o leite para o biberão. Os outros três biberões são dados em horário rígido com leite artificial, que a mãe acha que ele estranhou: *"Só bolsou desde que começou com o leite artificial. Os intestinos também se ressentiram. Só com ajuda faz cocó. Piorou desde a introdução do leite artificial".*

Estão claramente estabelecidos os ritmos de sono e alimentação: de noite faz 8/9h. seguidas sem comer. Durante o dia toma biberão de 4 em 4 h. De manhã dorme bem, à tarde tem sonos mais curtos.

Refere como sendo muito agradável a interacção com ele: *"Estar com ele de manhã à noite tem sido um prazer. E depois ver que ele também colabora. Porque ele também colabora. Se ele não se risse, nem se mexesse... Acho que ele é como os outros. Eu brinco com ele, faço trinta por uma linha, mas ele também ajuda. Provoca, gosta de brincar, não está para ali apático..." .*

Quanto às expectativas de desenvolvimento futuro, a mãe não quer fazer grandes previsões e diz: *"Vamos ver. Eu e o pai, quando estamos com ele estimulamo-lo muito...".*

Na avaliação feita através da escala de Griffiths e também informalmente, durante a interacção, nota-se um pequeno atraso no controlo tónico do pescoço, mas uma boa responsividade na interacção social e sobretudo perante os objectos que lhe são apresentados, o que lhe dá um perfil de desenvolvimento global adequado à sua idade.
Pela análise da situação interactiva, verificamos que este bebé está intensamente motivado para a interacção directa com a mãe, a quem responde sempre que esta o solicita. Está também interessado nos brinquedos. A mãe mostra-se muito adequada e embora dirija a interacção, respeita o ritmo do bebé.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

Terminadas as tarefas de controlo homeostático (Brazelton *et al.*, 1975; Greenspan & Lieberman, 1989), o bebé e a mãe parecem disponíveis para iniciar uma segunda fase de Troca recíproca (Sander, 1969) ou de Prolongamento da atenção e da interacção (Brazelton *et al.*, 1975), e a interacção que pudemos presenciar nesta díade é bem característica deste período intensamente social, em que o Helder e a sua mãe aparecem mutuamente envolvidos.

A mãe mostrou-se sensível aos sinais e focos de atenção do Helder, respondeu-lhes, a maior parte das vezes, de forma contingente e atempada, deixando-se guiar pelo seu bebé, mostrando nisso grande prazer. Há, no entanto, sinais de desarmonia sempre que o Helder manifesta sinais de desconforto e começa a chorar.

A mãe vai retomar o trabalho no dia seguinte. Terá um horário regular entre as 9h. e as 17h., com folgas à 2ª e 3ª feira, dias em que ficará com o Helder em casa. Nos restantes dias da semana ele ficará com uma ama, já conhecida da família. Aos fins de semana ficará em casa com o pai e com a irmã.

Durante a maior parte da entrevista a mãe mostra-se muito animada e tranquila, satisfeita com a evolução do Helder, embora no final seja evidente a sua depressão, vindo-lhe lágrimas aos olhos o que ela tenta reprimir, controlando-se rapidamente: *"É uma dor muito grande, mas já que não há nada a fazer, tem que se ir para a frente".*

Explicitamente, a mãe refere estar muito preocupada e ansiosa com o futuro do Helder, sendo essa ansiedade patente nas inúmeras perguntas que me faz sobre o aspecto e comportamento destas crianças quando são mais velhas. Está também ansiosa com a próxima separação, por motivos da retoma da sua vida profissional: *"Estou preocupada com a ida para a ama e ver se ele se vai dar bem. Há sempre aquela coisa da separação. Eu acho que amanhã quando o for lá deixar vou chorar...".*

A mãe acha que todos o têm tratado como uma criança normal, ela própria acha que ele está com um bom desenvolvimento, mas não há negação da deficiência. Tenta esconder e controlar a sua depressão, refere como situações de um enorme prazer toda a interacção com ele, mas não há também negação dos sentimentos depressivos.

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

A mãe recebeu-nos muito bem disposta e sorridente, com o Helder ao colo. Está satisfeita com a evolução que ele tem feito e não quer fazer quaisquer previsões quanto ao seu desenvolvimento no futuro.

Continua a considerar o Helder um bebé muito fácil: *"É uma criança óptima para qualquer pessoa tomar conta dela".* Acha que ele já chora mais, não se acalma

sozinho, mas não é difícil de consolar: *"Chora quando o contrariam e quando ouve os outros bebés a chorar, ou quando as pessoas falam muito alto... No dia a dia choraminga para pedir colo... mas andando com ele ao colo, ouvindo a minha voz ou a do pai, acalma-se logo... se o deixarmos, cala-se mas volta a rabujar para o levantarem...".* É completamente regular nos seus ritmos de sono: *"De noite faz 10/12 h. seguidas. De dia há intervalos que quase não dorme... para adormecer, cantamos-lhe, pomos-lhe a chucha, anda um bocadinho ao colo ou adormece na nossa cama..." .* Tudo isto é referido pela mãe com prazer.

A introdução de novos alimentos, iniciada aos 4 meses e meio, processou-se sem dificuldades. Nessa altura, a mãe deixou de tirar o seu leite e passou a ter só leite artificial e papa. Adaptou-se bem à colher no sistema da mãe lhe dar uma colher e lhe enfiar imediatamente a chucha para ele não cuspir nem se sujar.

A mãe refere algum atraso na aquisição do controlo do pescoço e tem uma percepção adequada das competências actuais dele a nível motor. Acha que ele faz já sons muito diversificados e consegue imitar gracinhas com a boca: *"Acho que o Helder está a acompanhar o desenvolvimento dos outros. Dentro dos limites dele é uma criança muito sociável, de fácil captação e uma pessoa fica facilmente com ele"*. Esta afirmação denota a percepção que esta mãe tem das competências a nível da interacção social que foram bem visíveis nos episódios por nós presenciados.

Na avaliação feita através da escala de Griffiths, e também informalmente, durante a interacção, nota-se algum atraso no controlo postural - a posição de sentada está ainda longe de estar adquirida e em decúbito ventral não faz qualquer tentativa de se movimentar para a frente ou para trás. Demostra competências adequadas nas restantes áreas do desenvolvimento.

A mãe tem uma recusa sistemática em prever as datas em que o Helder vai gatinhar, andar ou dizer as primeiras palavras e diz: *"Prefiro ir acompanhando lentamente e ver como vão as coisas do que andar cheia de pressa e depois ele não as fazer ".*

Na análise da situação interactiva, verificamos que o Helder se mostra responsivo às iniciativas da mãe, quer quando esta lhe apresenta objectos, quer face a propostas de interacção sem objectos, que ela faz menos frequentemente, não se mostrando muito disponível para a interacção directa. Não há sinais de conflito, mas também não há um prazer evidente na interacção.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

A mãe considera que o mais gratificante na interacção com ele é: *"É ele corresponder, até parece que percebe o que a gente quer dele, está sempre bem disposto, só quer brincar"*. Esta afirmação da mãe mostra que ela conhece bem o seu bebé, e se apercebe da sua responsividade. Tem, aliás, brincadeiras semelhantes às descritas por Trevarthen (1990) quando caracteriza a interacção entre os 4 e os 9 meses e fala dos jogos "pessoa-a-pessoa" com o corpo da mãe. No entanto, a mãe parece oferecer-se pouco como parceira interactiva a este bebé pelo que não parecem existir, nesta díade, características comunicativas em que os dois interlocutores pareçam experimentar um estado de espírito comum - Intersub-jectividade primária (Trevarthen, 1990).

Acha que ele se interessa muito pelas pessoas e já as diferencia bem: *"Aquelas que ele conhece e convive diariamente está sempre à vontade. As que não conhece fixa-as muito e se as pessoas falam mais alto, ele chora logo".* Esta afirmação da mãe parece indicar que o Helder demonstra já algumas características da fase de "Vinculação" (Greenspan & Lieberman, 1989).

Apesar do Helder não ter tido qualquer doença, a mãe parece agora preocupada com esses aspectos e está sempre com medo que lhe aconteça qualquer coisa: *"A minha única preocupação é que não lhe aconteça nada de mal, que não adoeça para não retroceder em vez de avançar".* Sente-se insegura e ansiosa na forma como trata dele e continua a ir de noite verificar se ele está bem. As situações de desconforto parecem provocar-lhe grande ansiedade, obtendo nesta sub-escala da escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados poderão ser analisados no final, uma pontuação muito baixa que reflecte grande ansiedade.

Durante a entrevista a mãe mostra-se geralmente animada e tranquila, quando fala da evolução do Helder, mas continua a achar que está mais nervosa e mais tensa desde que o Helder nasceu: *"Já não choro tanto, mas de vez em quando...",* obtendo na sub-escala "Tendência depressiva" uma pontuação média também baixa, equivalente a depressão.

Continua a não haver sinais de negação da deficiência do Helder, parecendo-nos que a recusa que a mãe tem em fazer previsões acerca do seu desenvolvimento futuro é um sinal de que ela está consciente das dificuldades do bebé.

O prazer que tem na interacção com o filho é bem evidente nos resultados obtidos na sub-escalas "Satisfação com a criança" e "Frustração em relação ao papel maternal " onde mantém valores muito elevados.

A mãe continua com o mesmo trabalho e o Helder mantém-se com a mesma ama, com quem a mãe não está inteiramente satisfeita: *"A ama não é como nós. Quando o vou buscar, mesmo que se tenha sujado, assim ficou. Ele é que puxa por ele próprio. A senhora é boa, mas não é o que eu esperava... Mas como só lá está 3 dias por semana .."*.

Após uma consulta num serviço oficial, vai começar a ter visitas domiciliárias semanais através da Equipa de Educação Especial da zona, com base no Programa Portage.

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

Nesta entrevista, a mãe mostra-se muito ambivalente: por um lado diz que o Helder está óptimo, corresponde a tudo o que se lhe pede, que não tem dificuldade nenhuma em lidar com ele, mas em vários momentos mostra-se muito irritada com o bebé, fala-lhe com um tom de voz muito ríspido e agressivo e tem comportamentos não verbais de grande tensão e revolta. Foi para nós uma entrevista muito difícil.
O Helder, que inicialmente estava muito calmo e bem disposto, perante as sucessivas e exageradas exigências da mãe e as suas manifestações de desagrado, fica progressivamente muito rabugento, acabando a mãe por ir deitá-lo, achando que ele tinha sono.

Pela primeira vez, a mãe fala-nos do Helder de uma forma depreciativa e diz: *"Faz birras muito frequentes se não lhe ligamos, se não lhe damos colo ou se lhe tiramos um brinquedo e se não vamos lá, cada vez grita mais forte... mas se lá vamos, basta pegar-lhe ao colo... cala-se logo. É mesmo manha dele".*

Acha que agora já é difícil prever os ritmos de sono: *"Ele não dorme já tanto e eu não o acordo às horas certas. Da meia noite às 8h. dorme de seguida. Durante o dia, dorme relativamente pouco entre cada refeição. Se não dorme as horas suficientes fica com birras e rabugento. Se dormir, depois acorda muito bem disposto".* Quanto às situações de alimentação, também estas são descritas como mais complicadas do que anteriormente, nomeadamente quando come sopa: *"É sempre preciso que o adulto cante, toque uma campainha para o distrair. Não é daqueles que seja só abrir e fechar a boca. Mas já não é preciso meter a chucha de cada vez".* Os intestinos não funcionam bem e é ainda frequente precisar de massagens na barriga.

Apesar desta descrição a mãe diz que não tem dificuldades em tratar dele: *"Lido bem com ele, não sinto dificuldade nenhuma. Às vezes irrito-me mas é porque estou cansada e me quero despachar... Nessa altura peço ao pai que pegue nele... A gente já percebeu que ele só faz as coisas quando quer. Se lhe pedimos ou exigimos muito, então é que ele não faz nada".*

Refere os momentos do banho como muito agradáveis: *"Farto-me de rir. Adora estar lá menos molhar a cabeça. A dificuldade é tirá-lo".* Também considera agradável: *"Brincar com ele. Ele corresponde ao que eu lhe peço, ou ao que falo com ele. Tem aquela cara patusca... Quando está bem disposto!...".*

Acha que ele distingue muito bem pessoas conhecidas das que não conhece e diz: *"Não é dado. Primeiro fica muito sério. Se a pessoa pegar ele chora logo. Há pessoas de quem ele não gosta mesmo".*

A mãe avalia correctamente o desenvolvimento do Helder nas várias áreas: *"Palra mais quando está com os bonecos e já imita estalinhos da boca e o BRRBRR, DÁDÁDÁ, AI-AI-AI... que nós ensinamos".* Relativamente à preensão, diz: *"Ele agora apanha com mais segurança. Coisas mais finas apanha com a ponta dos dedos. Coisas grandes com a mão toda".* Nos aspectos do desenvolvimento motor, diz: *"Acho que ele não vai gatinhar, porque detesta estar de barriga para baixo. Põe as pernas para cima e não dá balanço... A única coisa que eu tinha medo era que ele não tivesse força para se pôr de pé, mas já vi que ele vai conseguir. É uma luta entre mim e ele, mas quanto ao andar, prefiro não comentar e quando chegar logo vejo".* Acha que desde que ele se começou a sentar bem, aos 8 meses, o Helder começou a conseguir estar sozinho entretido com os brinquedos.

Quantos às expectativas de desenvolvimento futuro, diz: *"Eu estou sempre a pensar que ele vai evoluir... Como ele aceita tão bem o que a gente diz eu acho que ele não vai ter muita dificuldade em seguir. Não sei mesmo... Tudo depende do que ele poderá ou não continuar a acatar. Ele ainda é tão pequenino e já exigimos tanto dele... Eu sei que é preciso, mas é tão pequenino...".*

Nesta avaliação e também a partir dos dados observados na situação de interacção, o Helder apresenta atraso acentuado na área da linguagem - as vocalizações são menos variadas. Não gatinha, ainda, embora movimente vigorosamente o corpo. Consegue, no entanto, manter-se em pé com grande apoio da mãe e dar pequenos passos empurrando um carrinho próprio. Mantém-se sentado sem qualquer apoio, mas não tem ainda qualquer reacção de defesa quando se desequilibra, e a mãe diz: *"Eu ainda lhe ponho almofadas porque ele se mexe muito ao brincar, vira-se quando passamos junto dele e cai desamparado".* As actividades de manipulação

de objectos são realizadas de forma adequada à sua idade, no entanto, não demonstra ainda capacidades de imitação de comportamentos envolvendo a realização de tarefas simples. Comparativamente à avaliação dos 6 meses, começa a notar-se um atraso mais acentuado.

A atmosfera geral em que decorreu este episódio é marcada por grande desarmonia, atitudes quase sistematicamente desaprovadoras, por parte da mãe, que dirige com intrusividade toda a interacção, sem qualquer respeito pelos sinais bastante claros que o Helder dá. Todas as propostas são feitas sem respeito pelo ritmo do bebé e são excepcionalmente difíceis para que ele as possa realizar, desencadeando sinais de desconforto e protestos por parte do Helder.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês

O Helder está claramente numa fase em que domina o interesse para experimentar um ambiente mais vasto a que Murray (1988) e Trevarthen (1990) chamam de "Necessidade de explorar e dominar objectos" e Sander (1969) "Iniciativa". Este período marca o aparecimento de um número significativo de iniciativas por parte do bebé, nos planos motor, de troca social ou de actividades de exploração de objectos, que mostram à mãe as preferências específicas e individuais do seu filho. O Helder não tem ainda quaisquer capacidades de locomoção pelo que as suas iniciativas são limitadas aos objectos que a mãe põe ao seu alcance ou às iniciativas de interacção que lhe ofereçam. A mãe tem ao seu dispor inúmeros brinquedos, e a qualidade da interacção que presenciáramos nas anteriores entrevistas faziam prever que a mãe soubesse adaptar-se a esta nova fase e responder adequadamente aos interesses do Helder. No entanto, a interacção que presenciámos, quer durante os momentos de gravação, quer durante as entrevistas, mostraram-nos uma dificuldade grave na adaptação mãe-bebé: a mãe quer liderar todo o processo interactivo, não permite ao Helder qualquer iniciativa que não esteja dentro dos seus planos, exige que ele cumpra as suas ordens quanto à manipulação de objectos, e não demonstra qualquer sensibilidade aos interesses que ele manifesta. Propõe e exige a realização de tarefas que estão manifestamente fora das competências do Helder, numa atitude de completa desadequação relativamente ao seu nível de desenvolvimento. Não há, assim, qualquer reciprocidade e contingência das respostas da mãe às iniciativas ou estado emocional do bebé, que seriam garantes de uma harmonia neste período. Apesar do bebé dar sinais muito claros das suas preferências, o que facilitaria a interacção, as respostas

da mãe são claramente, ou Não-contingentes - nada tendo a ver com as pistas ou sinais dados pelo bebé, ou Anti-contingentes - contraditórias relativamente à intenção e pista do parceiro interactivo (Greenspan, 1981; Greenspan & Lieberman, 1989). Parece assim ter-se estabelecido entre a mãe e o bebé um padrão de comunicação marcado pela intrusividade da mãe, que pode comprometer a harmonia do desenvolvimento futuro, já que esta não reforça no bebé quaisquer sentimentos de competência, pelo contrário, agride-o verbalmente por não conseguir corresponder às suas exigências.

Toda a atitude da mãe durante esta entrevista, os comentários que faz sobre as características do Helder e, sobretudo, a forma como interage com ele, parecem indicar uma grande rejeição deste filho deficiente. Toda a interacção mãe-bebé, que até esta entrevista, considerámos harmoniosa se transformou numa luta constante para que o Helder realize as tarefas de estimulação que a mãe considera adequadas - embora sejam exageradamente difíceis para as competências de qualquer bebé de 9 meses e, evidentemente, muito mais para o Helder. A incapacidade manifestada pelo bebé, ou a recusa deste em cumprir as suas ordens, desencadeiam situações de agressividade que nem na nossa presença foram controladas, sendo frequentes afirmações do tipo *"O Helder é mau! É mau!!... Vá, chore, chore muito...",* que evidentemente provocam no bebé crises de choro a que a mãe não responde também de forma adequada.

Embora o comportamento manifesto seja de rejeição, parece-nos que há uma ansiedade e depressão muito fundas nesta mãe, quer relativamente à evolução do Helder, quer relativamente à sua vida pessoal.

Continua a ter visitas domiciliárias semanais através da Equipa de Educação Especial da zona, com base no Programa Portage. Sobre esta situação, a mãe refere: *"A monitora diz sempre que ele está muito bem e que nem sabe porque cá vem porque eu já faço tudo antes dela dizer!".*

Pelo que pudemos presenciar e já referimos, parece-nos que esta intervenção não se encontra adequada às necessidades desta díade, podendo estar a reforçar a directividade da mãe e não a ajudá-la a aceitar a realidade das limitações do seu bebé e a depressão que estas lhe acarretam.

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

A mãe está mais tranquila do que na entrevista dos 9 meses, menos ansiosa, com uma atitude de maior sensibilidade em relação ao Helder. No entanto, nota-se uma

extrema exigência no que lhe solicita, que a mãe justifica dizendo: *"Faço tudo para que ele seja normal".*

Nesta última entrevista para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé.

A mãe emociona-se muito quando se recorda dos primeiros momentos em que soube que o Helder tinha síndrome de Down, mas refere-se a este primeiro ano de vida do Helder de forma ambivalente: *"Foi muito mais fácil do que eu pensava. Uma pessoa tem uma imagem de uma criança assim. Dizem-nos de uma determinada maneira, eu nem queria acreditar nem dizer à família. Há um ano atrás nunca pensei ele ser o menino que é. Eu vejo os jovens da Associação, assim deformados e esquisitos e ponho-me a pensar: será que o Helder vai ser assim? Quem não sabe o problema dele, quando eu digo ficam admiradas porque à primeira vista não parece que ele tem esse problema. Ele é muito vivo. Assim ele continue. É uma gracinha. Eu ao princípio pensava que ele não ia conhecer ninguém, não se ia interessar por nada... Quando me lembro do dia em que ele nasceu, eu estava tão nervosa porque já da minha filha eu não tinha feito a dilatação e tive de ser eu a exigir que me internassem. O Helder nasceu já com 42 semanas. Foi tudo muito demorado, acabou por ser fórceps, mas devia ter sido uma cesariana. O Helder nasceu com a pele toda gretada e seca, se o deixassem mais tempo tinha murchado dentro de mim. Quando olhei para o bebé, nem lhe vi um braço, tal era o trauma com que eu estava... Depois quando me perguntaram se eu tinha alguém deficiente na família fiquei muito aflita... Disseram-me que estava tudo bem mas eu sempre a pensar o que se passava. No dia seguinte depois de saber, a forma como as enfermeiras olhavam para mim, era tipo coitadinha...".*

Todos os comentários que a mãe faz espontaneamente indicam que se sente completamente sozinha, sem qualquer apoio para lidar com a sua ansiedade em relação ao problema do Helder: *"A gente não fala do problema. Eu acho que o problema existe e ninguém quer encarar. O meu marido teve um choque muito grande porque foi um menino muito desejado. A adaptação tem sido boa porque o Helder é uma criança activa. Se fosse diferente, talvez a gente sofresse mais. O Helder tem uma paixão muito particular pelo pai. O pai acha sempre que ele há-de fazer as coisas. Quando eu falo com o meu marido ele diz sempre "lá estás tu com essa mania". Mas eu acho que não podemos esperar que ele faça as coisas porque ele não vai fazer. Se eu fosse como o meu marido ele não estava assim. Se eu lhe peço para brincar com o Helder, ele diz: "mas ele está tão bem aí na aranha, deixa-o estar ..". A minha sogra também diz: "sempre a falar do mesmo, já passou, já passou!". Ninguém quer encarar a situação e por isso também não assumem que*

ele tem de ser ensinado. Se o Helder tivesse mais problemas era uma situação muito delicada... As pessoas dizem que gostam muito dele e que sofrem também por ele mas quem fica aqui à noite a andar com ele sou eu, eu é que me preocupo com a alimentação para ele não engordar... Gostam todos muito dele mas quem continua a lutar com ele sou eu. Ele ajuda-se também, muito embora eu puxe muito por ele. Por acaso o Helder deu comigo, mas se fosse outra mãe, ele não estava assim. Estou sempre a tentar que ele seja normal, não tenho aquela coisa de esconder o Helder, embora haja pessoas que ainda se põem a olhar. Acho que é estupidez das pessoas... Eu acho que as pessoas pensam que eu sabia que ele ia nascer assim e não fiz nada porque não quis. Eu, durante a gravidez, perguntei se estava tudo bem. Se eu tivesse sabido, tinha feito um aborto sem problemas nenhuns".

A mãe acha que, actualmente, o Helder não tem qualquer característica que dificulte a interacção que tem com ele. Desde o início da entrevista que diz frequentemente: *"Está tão giro. A sério que acho que ele está cada vez mais giro... Ele é tão fofinho. Só às vezes é que ele é chato. Quando quer as coisas e eu digo não mexe aí. Faz logo beicinho. É só mimo".* Descreve-o como um bebé que chora pouco: *"Só quando a gente o contraria ou ralha. Manda cada berro! Quando é contrariado, eu digo: coitadinho... Pega-se ao colo e já está. É um choro já sabido. Aproveita-se disso. É esperto e atrevido. Não é mau, mas às vezes eu digo: tu és mau!".* Considera que as rotinas de vida do bebé são as de um bebé normal: *"À noite dorme das 24h às 7h. e volta a adormecer até cerca das 11h. Depois a seguir ao almoço dorme cerca de 1 hora. Para adormecer, ponho a chucha e embalo-o ao colo. Na cama, só adormece se estamos os dois deitados e de mão dada. Mas fomos nós que o habituámos...".* Já come de tudo sem problemas, com os horários normais. A seguir ao jantar, fica na sala com o resto da família.

Refere a interacção com o Helder como algo que lhe dá muito prazer: *"Passar um dia com o Helder é de rir. Faz muitas brincadeiras. Ri-se muito e dobra muito o riso. Acha graça quando dizemos coisas e fazemos festas à irmã. A fazer Cú-cú põe-se atrás do cortinado, enrola-se e espreita".*

A mãe fala de todas as aquisições e competências do Helder com grande satisfação: *"Acho que ele está o normal de uma criança normal porque há muitos bebés normais desta idade que também ainda não andam. Já não o posso deixar sozinho em parte nenhuma. Já caiu da cama abaixo de gatinhar para trás. Mexe-se muito. Anda tudo e mexe em tudo no andarilho".* Acha-o desperto para o que o rodeia: *"A monitora que vem cá diz que estes meninos dormem muito, mas o Helder não. Vejo que não é uma criança desinteressada das coisas. Vê TV, olha para as coisa na rua...".* Quanto ao desenvolvimento da linguagem, considera que o Helder diz já "*Mamã*" e "*Papá*" mas só quando quer. No aspecto motor a mãe considera

que o Helder não vai gatinhar: *"Não quer. Está sentado, brinca, corre tudo na aranha, mas gatinhar não. Acho que não vai gatinhar. Gosta de dormir de barriga para baixo, mas não gosta de estar naquela posição".* Pela primeira vez, parece-nos que a mãe atribui ao Helder competências que ele ainda não tem, ou que pelo menos não demonstrou durante todo o tempo que decorreu a entrevista e observação.

A mãe consegue, neste momento, fazer algumas previsões. Relativamente a andar sozinho, admite que seja breve: *"Talvez para o mês que vem. Até aqui não se queria pôr de pé. Dos 10 para os 11 meses, comprei a aranha e gostou logo. Se soubesse, tinha comprado mais cedo".* Refere o seu grande desejo: *"O que eu quero é que ele seja o mais independente possível".*

Na escala de Griffiths verifica-se, neste momento, existir um atraso em todas as áreas, embora tenha de facto havido algumas aquisições, principalmente na área da manipulação de objectos e linguagem.

Pela análise da situação interactiva, podemos verificar que o bebé continua a mostrar-se muito interessado na exploração de brinquedos, ainda com poucas iniciativas de interacção social mas moderadamente responsivo às iniciativas da mãe. Estas são desorganizadas, com ritmo desadequado, raramente seguindo as pistas do bebé. Há frequentes manifestações de irritação perante o comportamento espontâneo do Helder.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 12º mês

A mãe refere que o que tem sido mais difícil para ela é: *"O problema que ele tem. O resto é superado. Mas lido com ele como se ele fosse uma criança normal. Já me habituei a ele assim. Tenho perdido mais tempo com o Helder do que perdi com a minha filha".*

Na interacção que presenciámos foi possível verificar que, embora não haja os episódios de desarmonia da observação anterior, há ainda muitos momentos em que não há sintonia entre a mãe e o Helder. Mantém-se, da parte da mãe, uma atitude de liderança quase sistemática da interacção havendo, contudo, menos intrusividade do que aos nove meses.

O Helder parece estar a conseguir associar objectos a situações sociais e assim manter "interacções acerca dos objectos" (Schaffer, 1984, citado por Bremner, 1988), sendo a interacção à volta de uma pandeireta um indício claro dessa nova competência, conseguindo a mãe obter comportamentos de imitação que não tínhamos nunca presenciado.

A mãe refere que o Helder é já capaz de cumprir ordens simples *"Eu digo: vai levar ao pai, e ele vai"*. No entanto não nos parece que o Helder tenha já adquirido competências suficientes no processo de comunicação interpessoal, nomeadamente nos processos de comunicação à distância. Não há ainda sinais da fase que Schaffer (1977 b) chama "Simetria na relação". Aliás, com o tipo de interacção que esta mãe estabelece, muito directiva e por vezes mesmo intrusiva, vai ser difícil que o Helder compreenda a interacção social como uma sequência coordenada em que cada parceiro tem um papel activo que pode inclusivamente ser trocado. Apesar de mais atenuados, ainda persistem sinais de uma perturbação interactiva, que a nosso ver, deverá merecer especial atenção.

A mãe está satisfeita com a evolução do filho, o que pode ser comprovado pela pontuação obtida em duas sub-escalas da escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados podem ser analisados adiante: "Satisfação com a criança" e "Frustração em relação ao papel maternal" e que demonstram sentimentos positivos nestas dimensões.

No entanto, continua a ter sinais de grande ansiedade e dúvidas relativamente ao modo como trata o bebé, a recear sempre que lhe possa acontecer alguma coisa, sendo a pontuação obtida na sub-escala "Ansiedade" a mais baixa de sempre reflectindo grande ansiedade.

São também evidentes na sub-escala "Tendência depressiva" os sinais de depressão e isolamento desta mãe que exprime a sua grande mágoa pelo facto de o Helder ser assim: *"Foi um trauma muito grande... É a tristeza da minha vida e eu vou sempre sentir aquela mágoa... Eu ainda estou muito aflita. Ando muito cansada com todo este ano".* Apesar do marido insistir em terem outro bebé, ela diz: *"Eu não quero arriscar. Foi um desgosto muito forte para mim e nada me diz que não volte a acontecer. Se acontecesse outra vez e eu tivesse de desmanchar tudo era um grande choque para mim. Não aguentava outra dor assim. E o Helder precisa muito de mim".*

Embora, comparativamente com a entrevista dos 9 meses, não sejam tão evidentes os sinais de rejeição em relação ao comportamento do Helder, a sua vontade de o estimular para superar o atraso que ele já manifesta, levam-na a ser demasiado dura e exigente. A mãe refere que sente uma grande revolta: *"Não é com a situação do Helder, é porque eu fiz tudo o que devia. Porquê eu? Há pessoas que não querem os filhos... Deus não devia dar filhos a essa gente... E têm filhos normais".*

Continua a ter visitas domiciliárias semanais através da Equipa de Educação Especial da zona. *"Ele também está assim pela forma como nós o temos ajudado,*

mas ele também se ajuda a si próprio pelo feitio que tem. Desde que me disseram que era preciso estimulá-lo muito, eu estimulo-o porque acho que isso é importante para ele".

Continuamos com dúvidas que a intervenção que está a ser feita seja a mais adequada para esta díade.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista - Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas, as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão.

Resultados da Escala de Auto-Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dado o estado emocional da mãe durante a 1ª entrevista, não foi possível passar a escala de auto-estima materna, onde seriam avaliadas as seguintes dimensões: capacidade de tratar do bebé, capacidade e preparação global para a função materna, aceitação do bebé, relação esperada com o bebé, sentimentos respeitantes à gravidez.

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

Meses	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	30 x-5	30 x-5	29 4,83
Escala B Sobrecarga (7 itens)	31 x-4,42	24 x-3.42	26 x-3,71
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	41 x-4,55	42 x-4,66	40 x-4,44
Escala D Ansiedade (5 itens)	14 x-2,8	10 x-2	7 x-1,4

Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	29 x-3,22	32 x-3,55	18 x-2

O JOÃO PAULO E A SUA MÃE

Elementos significativos da 1ª entrevista

O João Paulo é um bebé com síndrome de Down. É o 1º filho de um casal que coabita há 8 anos. A mãe, de 35 anos, natural de Angola, é viúva e tem 3 filhos que residem com a avó materna. O pai, de 36 anos, tem 2 filhos de um anterior casamento, que residem com a mãe e com quem tem pouco contacto. Têm ambos o ciclo preparatório.

Esta gravidez foi desejada sobretudo pelo pai que, durante dois anos, pressionou a mãe para terem um filho. A mãe tirou o DIU, mas refere-se ao início da gravidez da seguinte forma: *"Eu não queria engravidar. Aceitei quando soube, mas passei o tempo da gravidez a chorar. Eu dizia ao meu marido: Tu queres um filho para não te largar. Ele fez chantagem comigo, até me disse que compraria uma casa para eu fazer um lar".*

A mãe não se refere nunca ao período de gravidez com tendo sido de alegria, pelo contrário, diz: *"Sentia-me deprimida. Estava sempre a chorar. Tinha pesadelos horríveis. Um dia acordei a chorar porque tinha tido o bebé e ele tinha morrido... Sentia-me zangada quando me punha a pensar que era mais um filho e eu já tinha três".*

Foi regularmente vigiada e tudo decorreu sem quaisquer complicações, embora tenha tido diabetes gestacional. No entanto tinha frequentemente ansiedade: *"Pensava muitas vezes que o meu bebé poderia vir a ter problemas ".*

Na 40ª semana de gravidez começou com contracções ligeiras e dores, foi para o hospital, onde fizeram cesariana de urgência, por sofrimento fetal. Fez anestesia geral.

Quando acordou da anestesia, puseram o bebé perto dela e disseram que ele teria de ir para os Cuidados Intensivos: *"Achei-o muito pálido, mas não notei nada. Quando me disseram que ele ia lá para cima fiquei com muito medo que ele pudesse morrer. Fiquei muito inquieta".*

No dia seguinte umas médicas e o pediatra vieram falar-lhe: *"Perguntaram-me se eu tinha notado alguma coisa e disseram que o bebé estava em risco de vida e que, se sobrevivesse, ia ser mongolóide".*
Quando contactei com a mãe pela primeira vez, para lhe pedir autorização para a realização do trabalho, o bebé, com dois dias, estava ainda na Unidade de Cuidados Intermédios. A mãe estava extremamente reactiva a toda a situação, notava-se que estivera a chorar, mas que se controlava quando falava com outras pessoas, perante as quais assumia mais uma atitude de agressividade.

Na altura da entrevista, a atitude da mãe é diferente, mas há sinais evidentes de revolta, quando nos diz: *"Quando me disseram, pensei que mais valia que ele não tivesse nascido. Chorei imenso. Fiquei tão chocada que nem forças tinha, nem queria ir ver o bebé... Passei o resto do dia e a noite toda a chorar. Às vezes era de raiva da maneira como me deram a notícia. No meu estado podiam ter-me poupado".*

Todos os sinais de depressão tinham desaparecido: *"Desde que ele está aqui comigo estou feliz da vida... Estes dias, olhando para ele tenho estado mais optimista".*

Não há sinais de negação da deficiência, a mãe refere que acredita no que lhe disseram, no entanto, continua a dizer: *"Talvez vá mudar, mas neste momento é igual aos outros bebés... Talvez vá ter mais dificuldade do que os outros, mas vejo as reacções dele como as reacções de um bebé normal. Assusta-se, é porque ouve. Eu falo para ele e ele põe-se a olhar para mim"*. Apesar de dizer isto, a mãe não consegue fazer quaisquer previsões sobre o seu desenvolvimento futuro, nomeadamente sobre a idade em que o João Paulo fará as principais aquisições motoras.

A reacção do marido tem sido muito violenta: *"Ele soube logo a seguir a mim. Foram as médicas que lhe disseram. Diz que mais valia que morresse. Anda com raiva a dizer isto, mas ainda chora mais do que eu... Agora acha que os médicos lhe andam a atirar areia para os olhos. Não quer falar a ninguém e recusa-se a aceitar que o bebé tenha algum tipo de problemas".*

Fala da deterioração da sua relação conjugal, pondo explicitamente a hipótese de separação, se o marido continuar com as atitudes que tem tido.

Tenciona ir para casa da sua mãe, onde estão os seus filhos, pelo menos nos primeiros meses de vida do João Paulo, e tem a certeza que todos os elementos da sua família a vão ajudar muito.

Na escala de auto-estima materna feita nesta 1ª entrevista, e cujos resultados detalhados podem ser analisados no final do estudo deste caso, obtém resultados muito elevados em três das sub-escalas, mais baixos na sub-escala "Aceitação do bebé" e ainda mais na sub-escala "Sentimentos respeitantes à gravidez", que reflectem bem a forma como viveu esse período.

Elementos significativos da 2ª entrevista - 1º mês

A entrevista e filmagem decorreram no local de trabalho da mãe para onde ela trará sempre o João Paulo.

Não foi possível passar nesse dia a escala de Sentimentos e Atitudes. Quando voltamos para a fazer, chegou o pai, que nega completamente a situação de deficiência, faz inúmeros comentários sobre o engano em que os médicos os induziram: *"Nem tirámos fotografias no hospital quando o bebé nasceu, mas com o que os médicos diziam ficámos sem vontade... O miúdo quando estava na incubadora estava completamente diferente, por isso parecia ter problemas... Cá para mim, o problema que diziam dele no hospital é ao contrário, ele vai é muito avançado!"*

A mãe considera o João Paulo um bebé que quase não dá trabalho: *"Não chora muito porque o vão logo buscar e põem-no ao colo... Basta isso para ele ficar calminho... Se não vamos lá, às vezes acalma-se e adormece sozinho".* Está só com peito e come muito bem. Desde há uns dias, a mãe nota-o diferente: *"Agora só adormece encostado à minha cara... Antes era muito regular, agora está tudo descontrolado. Desde há uns dias já não dorme à toa e quer maminha a toda a hora".* Não há rigidez, nem imposição de horários, nem são relatados episódios significativos de desconforto: *"Se ele fosse muito chorão, tirava-me a paciência".* A mãe está muito contente com ele: *"Já há onze anos que não tinha um bebé e agora que tenho aqui o João Paulo, acho-o um querido... com ele tudo é agradável".*

Relativamente ao desenvolvimento do bebé, a mãe diz: *"Só o pescoço é que ele ainda não segura bem ou é a cabeça que é grande demais, que lhe faz peso. O resto acho igual aos outros... Na banheira já quer andar, acho-o muito activo".* Na altura em que foi feita a escala de atitudes, uma semana depois, a mãe diz: *"Ele já sorri e já conversa... Acho que ele está é muito adiantado".*

Na avaliação feita informalmente, o João Paulo mostra algumas competências interactivas e tem um perfil de desenvolvimento adequado à sua idade.

A mãe faz previsões muito contraditórias quanto ao futuro. Tanto segue aquilo que ouviu dizer sobre estes bebés - prevendo que as aquisições serão feitas tardiamente - como a seguir prevê um desenvolvimento igual ao dos outros bebés: *"A médica diz que vai ser mais tarde do que os outros. Acho que vai ser atrasado mas não acho que deva ser assim muito".*

Durante a entrevista solicitou informações sobre serviços onde possa ter aconselhamento, embora diga: *"Tem de ser às escondidas do marido porque ele não quer nada dessas coisas".*

Na análise da situação interactiva, verificamos que o João Paulo mostra já alguma responsividade à mãe. Esta mostra-se sensível, expressiva e organizada nas propostas que lhe faz, tentando prolongar os breves momentos em que o bebé lhe responde.

Conclusão sobre o processo de adaptação inicial mãe-bebé no 1º mês

Este bebé, que parecia estar a adquirir um ritmo estável nos estados de alerta e sono e nos processos biológicos de alimentação e eliminação, tal como se espera no período da Homeostase (Greenspan & Lieberman, 1989) ou da Regulação Inicial (Sander, 1969), está neste momento a ter algumas dificuldades nessas tarefas. A mãe parece, no entanto, estar consciente delas e ser capaz de se adaptar aos ritmos desorganizados do filho, não os encarando como fonte de conflito ou problema.

Na sequência interactiva que presenciámos, não só os episódios filmados como todo o período que durou a entrevista, foi possível verificar que as pistas ou o estado do bebé obtêm, por parte da mãe, uma resposta apropriada, demostrando uma adequada sintonia interactiva.

A mãe refere explicitamente que está ansiosa relativamente ao desenvolvimento futuro do João Paulo, no entanto, na escala de Sentimentos e Atitudes, cujos resultados detalhados podem ser analisados no final, a sua ansiedade revela-se nas dúvidas que tem sobre os cuidados a ter com o seu filho e no medo com o que possa vir a acontecer-lhe, obtendo na sub-escala "Ansiedade" uma pontuação muito baixa, equivalente a grande ansiedade.

Mostra-se muito contente com o João Paulo, não nos parecendo que esta satisfação corresponda a uma negação da deficiência. Diz explicitamente: *"Fiquei nervosa quando me deram a notícia mas agora tenho andado mais calma e sinto-me bem".* As pontuações elevadas nas sub-escalas "Satisfação com a criança", "Frustração

em relação ao papel maternal", "Tendência depressiva" e "Sobrecarga" revelam uma boa adaptação durante este período, embora a mãe faça previsões e expectativas irrealistas do desenvolvimento do João Paulo.

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

Excepcionalmente esta entrevista foi feita no serviço de intervenção precoce onde a mãe foi com o João Paulo, e onde estivemos sozinhas com ela.

A mãe estava bem disposta e calma. Ainda não disse ao marido que tinha este tipo de apoio porque acha que ele não vai aceitar: *"Ele diz que os filhos dele não precisam dessas ajudas".*

O João Paulo continua a ser para a mãe um bebé fácil, embora às vezes só se acalme quando a mãe lhe dá de mamar. Começou a tomar biberão aos dois meses e a alimentação é dada, um pouco a pedido, sem horários rígidos. No entanto, a mãe considera que os ritmos de sono e alimentação estão bem estabelecidos e o João Paulo faz já 7/8 h. de intervalo à noite.

A mãe contradiz-se muito durante a entrevista, quer no que respeita à opinião do marido quer à dela. *"Já nem sei bem o que acho bem nele ou não. Acho que está um bocadinho atrasado. No segurar do pescoço, o segurar das coisas. Mesmo a conversar é um bocadinho lento... Só vejo o pescoço mais diferente e as mãos: é lento a fechar, dobra muito a mão... O meu marido agora está a reagir bem. Ao princípio estava com medo que fosse um daqueles bebés muito deficientes. Mas como os médicos dizem que não é tão mau como os outros... Ele também acha que ele está um bocadinho atrasado. Não está lá muito satisfeito com o pescoço e com a moleza dele".*

Continua inquieta sobre o desenvolvimento futuro e diz: *"Já nem sei. Não sei se se vai desenvolver normalmente".*

Na avaliação feita através da escala de Griffiths, e também informalmente, durante a interacção, notam-se algumas dificuldades no controlo tónico do pescoço, sendo a área motora aquela onde se nota um atraso mais acentuado. Não dá ainda muita atenção aos objectos, nem procura localizar as fontes sonoras.
Nos restantes aspectos do desenvolvimento, nomeadamente desenvolvimento social, coordenação olho-mão e realização, o João Paulo tem um perfil mais adequado à sua idade.

Ao analisar a situação interactiva, verificamos que o João Paulo mostra já algum interesse pelos brinquedos que lhe são apresentados mas está sobretudo interessado e responsivo na interacção com a mãe. Esta, nem sempre se mostra sensível aos sinais bastante claros que ele emite. No entanto, a atmosfera geral mantém-se harmoniosa e há da parte do bebé e da mãe sinais de afecto positivo e prazer na interacção.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

Terminadas as tarefas de controlo homeostático (Brazelton *et al.*, 1975; Greenspan & Lieberman, 1989), este bebé e a sua mãe parecem disponíveis para iniciar uma segunda fase de Troca recíproca (Sander, 1969) ou de Prolongamento da atenção e da interacção (Brazelton *et al.*, 1975). De facto, o João Paulo parece ter já atingido um grau de desenvolvimento suficiente nas suas capacidades interactivas - sorriso, vocalização, comportamento facial e motor - para manter um processo de comunicação e adaptar-se às tomadas de vez de uma relação sincronizada (Brazelton *et al.*, 1975). Durante a interacção que pudemos presenciar, vimos claros sinais desse processo e, embora a mãe tenha mostrado algumas dificuldades em manter com ele uma interacção face-a-face prolongada, interrompendo-a frequentemente ao apresentar brinquedos, parece-nos que tal não sucede sempre, já que ela se refere às brincadeiras com ele como algo de muito agradável: *"O melhor é o brincar... Quando está na brincadeira é uma festa... às vezes até me canso porque quando está a brincar não quer parar..." .*

Os pais receberam o resultado do cariotipo na semana anterior, quando foram à consulta de genética, embora numa consulta de cardiologia, em meados de Junho já tivessem dito à mãe. Durante esta sessão, são visíveis alguns sinais de depressão, havendo momentos em que a mãe fica muito calada, com um ar muito triste que contrasta com a exuberância habitual com que fala e mesmo com a forma como interage com o João Paulo.

A sua ansiedade é patente nas contradições em que entra quando fala do desenvolvimento do João Paulo e das expectativas relativamente ao seu futuro.

Recorreu a um serviço oficial para ter apoio em termos de intervenção precoce, mas sem dizer nada ao marido, porque acha que ele não vai aceitar. *" Ele diz que os filhos dele não precisam dessas ajudas ".* Ainda não começou o apoio.

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

Quando chegámos o João Paulo estava sentado numa manta, no chão, sem apoio. A mãe está muito contente com a evolução do filho e mostra-se, durante toda a entrevista, muito disponível para ele, demonstrando uma interacção muito adequada.

Continua a considerar o João Paulo um bebé que não lhe dá muito trabalho: *"Só chora quando tem fome ou está mal disposto... Vou lá, ponho-me a brincar com ele e fica logo bem. Se ninguém lá vai, não se cala. Chora mais".* Ainda mama uma ou duas vezes por dia, a introdução de novos alimentos nem sempre tem sido fácil e as horas de alimentação são, por vezes, complicadas, mas a mãe fala disso com humor: *"Biberão todo. Fruta toda. Sopa manda-me comer a mim!".* Os ritmos de sono estão estabelecidos, mas já é mais difícil adormecê-lo: *"À noite adormece instantaneamente a seguir ao biberão e dorme mais de 9 horas. De dia normalmente dorme sonos curtos e agora quer colinho para dormir".*

Refere ainda que desde os 4 ou 5 meses que ele mostra interesse pelas pessoas e que já distingue pessoas conhecidas das que não conhece: *"Fixa muito sério as que não conhece. As que conhece põe-se a rir. Derrete-se todo. Mas não faz reacção de estranheza".*

A mãe caracteriza o desenvolvimento do João Paulo da seguinte forma: *"Agora está a animar, mas ao princípio era tão mole!".* É realista na apreciação que faz das competências e capacidades que ele demonstra.

Nesta entrevista, a mãe hesita muito quando perspectiva todo o desenvolvimento do João Paulo, mas diz: *"Acho que vai ser agora mais rápido. Houve uma grande diferença nesta última semana".*

Na avaliação feita através da escala de Griffiths, e também informalmente, durante a interacção, nota-se uma grande evolução no aspecto motor - nomeadamente com a recente aquisição da posição sentada - assim como nos aspectos da socialização e da linguagem. A preensão e manipulação de objectos são as áreas neste momento mais deficitárias.

Na análise da situação interactiva, verificamos que este bebé mostra pouco interesse nos brinquedos, mas mantém-se responsivo à mãe. Esta demonstra sensibilidade e ritmo adequado nas propostas que apresenta, embora as iniciativas sejam pouco variadas. A mãe mostra-se afectuosa e aprovadora, mas da parte do bebé há menos demonstrações de afecto positivo, mantendo-se mais neutro.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

Talvez por estar sentado - posição que não domina ainda bem - o João Paulo mostrou muito pouco interesse pelos objectos que a mãe lhe apresenta, não demonstrando ainda iniciativas de os agarrar, nem grande competência na sua manipulação. A sua reacção à apresentação dos brinquedos é muito lenta.

Durante a situação de alimentação pudemos ver que ele está ainda muito focalizado na mãe, motivado em estabelecer um "envolvimento interpessoal" (Trevarthen, 1990). Aliás, a mãe refere que a situação que maior prazer lhe dá na interacção com ele é: *"Na brincadeira. Ele puxa-me os cabelos, eu faço-lhe coceguinhas na barriga e ele mata-se a rir".*

A situação de interacção que pudemos presenciar, foi sobretudo caracterizada por passividade, sem qualquer característica da fase a que Sander (1969) chama "Iniciativa" e Trevarthen (1990) "Impulso para experimentar um mundo mais vasto".

A mãe está muito satisfeita com o João Paulo, com as suas características e com o seu papel de mãe. Este sentimento pode analisar-se nas pontuações obtidas em quatro das sub-escalas da escala de Sentimentos e Atitudes cujos resultados podem ser analisados adiante: "Satisfação com a criança", "Frustração em relação ao papel maternal", " Tendência depressiva" e "Sobrecarga".

Explicitamente a mãe não refere estar ansiosa, embora continue a ter dúvidas na forma como lida com ele e receios do que lhe possa vir a acontecer, obtendo na sub-escala "Ansiedade" uma pontuação que revela alguma ansiedade.

Começou em Setembro a ter visitas domiciliárias semanais, segundo o Programa Portage. Está satisfeita com esse apoio que é dado no seu local de trabalho para onde quase sempre traz o João Paulo.

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

A mãe está um pouco desorientada com o desenvolvimento do João Paulo, mas mantém uma atitude positiva, mostrando-se sempre muito afectuosa com ele.

Continua muito satisfeita com as suas características: *"Eu até digo para o meu marido que ele teve muita sorte porque tem um bebé que não lhe dá o mínimo trabalho. Fixa tudo, fica muito atento, por isso eu digo que é coscuvilheiro. Está*

sempre a olhar para tudo e gosta muito de fixar as cores". Acha que ele chora pouco e é muito fácil de consolar: *"Desde que nasceu que não sabe chorar! Só quando cai ou se magoa" .* Dá sinais claros e reconhecíveis quando tem fome ou sono. As rotinas de sono parecem bem estabelecidas: *"De noite dorme cerca de 11h., de manhã ainda dorme. Depois, durante o dia só dorme 30/40 min".* Quanto à alimentação, nem sempre corre tudo bem: *"Não tem horários fixos porque se ele não come uma vez, daí a duas horas dou-lhe outra vez. Ou então, quando não come, dou-o para a minha mãe".*

Desde há 1 mês, fica grandes períodos a brincar sozinho, o que agrada à mãe.

Mais uma vez a mãe mostra que conhece bem as competências do bebé, sabe avaliar os seus progressos e as suas áreas de maior dificuldade: *"Agora está a começar a ficar activo. Eu antes até pensava que ele ia ficar sempre mole. Está um maroto. Quando não quer fazer as coisas, afasta tudo. Não aceita ser ensinado. Está preguiçoso para dizer Papá e Mamã. Eu às vezes digo que é o problema dele que o faz estar atrasado. Eu vejo bebés da idade dele que já gatinham, correm a gatinhar. Só agora é que as minhas filhas entenderam que ele precisava de ser ensinado".*

Recusa-se agora a fazer previsões: *"Eu já disse tanta bobagem ao princípio que agora já não sei quando é que ele vai falar, andar... Acho que vai continuar assim, vai ser lento. Agora é que eu estou a ver que ele vai ser mesmo assim".*

Nesta avaliação e também a partir dos dados observados na situação de interacção, o João Paulo apresenta atraso na área da linguagem - as vocalizações são menos variadas - da coordenação olho-mão e realização e da locomoção, nomeadamente no que respeita ao gatinhar, não tendo qualquer esboço desse comportamento. Consegue, no entanto, manter-se em pé com grande apoio da mãe e dar pequenos passos em direcção a ela, quando esta o segura. Mantém-se já bem sentado sem qualquer apoio. Os aspectos de autonomia e socialização - área pessoal-social - estão bem desenvolvidos.

Ao analisar a situação interactiva, podemos verificar que o João Paulo se mostra muito responsivo às iniciativas da mãe e tem já frequentes iniciativas interactivas. A mãe mostra-se menos sensível, com comportamentos que vão contra o interesse do bebé, mas aos quais ele não responde negativamente, pelo que a atmosfera interactiva se mantém harmoniosa.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês

A situação interactiva que presenciámos, mostrou-nos que o João Paulo está claramente na fase a que Sander (1969) chama "Iniciativa", período marcado pelo aparecimento de um número significativo de iniciativas por parte do bebé, nos planos motor, de troca social ou de actividades de exploração de objectos, que mostram à mãe as preferências específicas e individuais do seu filho. Não tendo ainda quaisquer capacidades de locomoção, as suas iniciativas são limitadas aos objectos que a mãe põe ao seu alcance ou às iniciativas de interacção que lhe ofereça. Pela primeira vez, há nítidos sinais de interesse pelos objectos e também, pela primeira vez, as respostas da mãe não são adequadas. Com efeito, esta tem sobretudo "respostas anti-contingentes" no sentido que Greenspan e Lieberman (1989) dão a este conceito, como resposta contraditória relativamente à intenção e pista do parceiro interactivo. Em algumas destas situações pudemos, por momentos, ver o João Paulo a olhar alternadamente para a mãe e para o objecto que esta retirou do seu alcance, num sinal que prenuncia uma fase de integração das pessoas e objectos numa mesma brincadeira (Brazelton *et al.*, 1974) e que será característica da fase de "partilha intersubjectiva do mundo" (Trevarthen, 1990).

A inexistência de protestos por parte do João Paulo só pode explicar-se pela sua passividade, já que a mãe quase não permitiu que o bebé levasse a bom termo as actividades iniciadas.

"O João Paulo está-me a conhecer agora. Quando está ao colo do pai ou irmãs foge para o meu. Às vezes fica muito sério a olhar para mim. Com as pessoas que não conhece, fica muito sério e só depois é que dá o seu arzinho". Esta frase da mãe permite-nos afirmar que os mecanismos de vinculação estão estabelecidos e que o João Paulo tem comportamentos característicos da fase de Diferenciação Somato--Psicológica que Greenspan e Lieberman (1989) situam entre os 3 e os 10 meses.

Durante esta sessão, são visíveis alguns sinais de depressão e ansiedade, e a mãe diz explicitamente estar muito preocupada com desenvolvimento futuro do seu filho: *"Agora estou a pensar quando ele for para a escola, se se vai adaptar, se vai conseguir fixar as coisas, captar os ensinamentos, porque eu já lhe ensino "Pai" e "Mãe" e a bater palminhas e ele não consegue. Também vai ter problemas na escola".*

Começou em Novembro a ir à piscina com um técnico de psicomotricidade. Vão ambos os Pais, e cada um vai alternadamente para dentro de água com o bebé. Mantém o Programa Portage. Normalmente vai ao serviço a seguir à piscina.

Já não o traz sempre para o trabalho: *"É conforme me dá jeito a mim. A minha mãe queria que ele ficasse lá, mas eu acho que ela está esquecida e não dá conta do recado".*

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

A mãe tem estado doente com problemas graves na coluna, acha que tem estimulado pouco o João Paulo, mas está satisfeita com a evolução que o filho tem feito, faz-lhe muitos elogios e diz: *"Ele ainda vai ser um Super-Homem da aprendizagem!"*

Nesta última entrevista, para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé. Sobre este aspecto, a mãe refere: *"O desenvolvimento dele parece que foi... A princípio foi mais difícil... Tinha tudo encaixado na cabeça, o que o pediatra me disse. Tenho andado bem. Não tenho andado muito preocupada com o desenvolvimento dele. O que eu imaginei e que me disseram que havia de ser, acabou por ser tudo mais fácil... Senti muita tristeza e muita revolta. Passei bem por isso. Foi horrível o que passei, mas foi sobretudo naqueles momentos no hospital. O choque foi a notícia. Nem me apetecia ir lá vê-lo. Descreveram-mo como se ele viesse a ser uma criança deficiente profunda. Só na consulta de genética é que me disseram outra coisa. Explicaram-me o que era, eu fui lendo algumas coisas e não o acho assim tão mau... Quando vim para casa, fui-me mentalizando. Agora só sinto alegria dele ter nascido. Estou feliz da vida. E os meus filhos não se conformam com a ideia que ele é um ser humano e pensam que ele é um boneco. Se eles o incentivassem mais, eu faço ideia o que seria. Assim que vê o irmão vai para ele mesmo se está ao meu colo. Eu esqueço-me que ele é assim".*

Tem sentido um grande apoio por parte da sua mãe, e dos seus filhos. Quanto ao marido, após uma reacção muito má ao nascimento e ao conhecimento da deficiência, acha: *"Tem sido da mesma maneira que eu. Agora então sente-se ainda mais babado do que eu".*

O João Paulo está agora um pouco mais difícil para adormecer: *"Quer que eu cante, imagine! Só depois é que dorme. Adormece em cima de mim. Há pr'aí dois meses que não dorme sem brincadeira... De dia, dorme no máximo 1 hora. De noite, dorme desde cerca das 23 h. até às 8.30 h. Agora, mesmo de olhos fechados grita à noite. Devem ser pesadelos".* Isto é dito pela mãe sem aborrecimento já que considera que ele não é rabugento nem chorão: *"Desde que nasceu até agora, contam-se as vezes que chorou! Às vezes, se se demora mais tempo a chegar quando ele chora, demora mais tempo a acalmar, mas é raro".*

O João Paulo dá alguns sinais com conteúdo comunicativo evidente, de que a mãe se apercebeu e aos quais responde de forma adequada: *"Para pedir colo, abre e estende os braços... Quando nós chegamos ele entrega as mãos para vir para o nosso colo, como quem diz "Já chegaram!"... Quando acorda, para me chamar, dá gritinhos até eu abrir os olhos... Se não consegue alcançar um brinquedo, grita".*

Quanto à progressão do desenvolvimento, acha que o João Paulo tem correspondido às suas expectativas e, em certa medida, até já excedeu as que tinha, a partir do que lhe disseram no Hospital, e que eram muito baixas: *"Nunca pensei que ele fosse ficar assim".*

Está consciente de que ele tem um desenvolvimento mais lento do que os outros bebés, que as aquisições motoras que tem feito são mais tardias e que ele ainda não diz qualquer palavra com significado. Todas as novas competências referidas pela mãe foram presenciadas durante a situação interactiva.

Na avaliação feita com a escala de Griffiths, o João Paulo apresenta um atraso ligeiro em todas as áreas do desenvolvimento, mais marcado nas áreas motora, de audição e linguagem e de coordenação olho-mão, embora nos pareça que ele está numa fase de rápido desenvolvimento nos aspectos motores e de comunicação. Demonstra já algumas competências nas actividades de manipulação de objectos, nomeadamente na imitação de tarefas simples.

Pela análise da situação interactiva, verifica-se que o bebé é bastante responsivo à mãe e tem inúmeras iniciativas interactivas, manifestando frequentemente afecto muito positivo. A mãe é sensível e adequada nas suas propostas, alternando entre a interacção directa e a apresentação de brinquedos. A harmonia e prazer que ambos demonstram na interacção é evidente.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 12º mês

O João Paulo parece ter iniciado a aquisição de competências no processo de comunicação interpessoal, nomeadamente nos processos de comunicação "à distância", que Greenspan e Lieberman (1989) consideram precursores da representação mental organizada.

A mãe acha que ele aprendeu a brincar mesmo sozinho com os brinquedos, de há 3 meses para cá e na interacção que presenciámos, não só isto foi visível, como vimos a mãe iniciar brincadeiras que a envolvem simultaneamente a si e aos objectos (jogar à bola). O João Paulo começa a ser capaz de associar objectos a

situações sociais e assim manter "interacções acerca dos objectos" (Schaffer 1984, citado por Bremner, 1988), o que é interpretado pela mãe como um grande progresso, começando a haver alguns sinais da fase que Schaffer (1977 b) chama "Simetria na relação": o João Paulo parece ter já compreendido a interacção social como uma sequência coordenada em que cada parceiro tem um papel activo que pode ser trocado.

Ao longo deste ano a mãe parece também ter aprendido o significado das condutas e pistas do bebé, consoante os contextos em que estas ocorrem e mostra-se capaz de lhes responder adequada e consistentemente, tarefa que permite a harmonia da interacção que temos vindo a presenciar e que se mantém neste período.

A mãe continua muito satisfeita com o João Paulo, com as suas características e com o seu papel de mãe. Este sentimento pode analisar-se nas pontuações obtidas em três das sub-escalas da escala de Sentimentos e Atitudes, cujos resultados detalhados podem ser analisados adiante: "Satisfação com a criança", "Frustração em relação ao papel maternal" e "Sobrecarga" onde obtém pontuações que revelam a sua boa adaptação.

Todos os sinais de depressão que a mãe manifesta na escala de atitudes, são atribuídos a outros factores que não a deficiência do João Paulo, mas a mãe concorda que existem sobretudo desde o seu nascimento. A pontuação que obtém na sub-escala "Tendência depressiva", embora não revele depressão acentuada, é a mais baixa desde o 1º mês.

Embora a mãe nunca refira estar ansiosa, continua a ter dúvidas na forma como lida com ele e receios do que lhe possa vir a acontecer e a pontuação obtida na sub- -escala "Ansiedade" continua a ser a mais baixa de toda a escala.

O João Paulo mantém o Programa Portage no serviço e a ida semanal à piscina.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão.

Resultados da Escala de Auto Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dimensões	Pontos	Média
Capacidade de tratar do bebé	44	4.88
Capacidade e preparação global para a função materna	34	4.85
Aceitação do bebé	22	3.66
Relação esperada com o bebé	20	5
Sentimentos respeitantes à gravidez	18	3
TOTAL	138	4.31

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

Meses	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	28 x-4,66	30 x-5	30 x-5
Escala B Sobrecarga (7 itens)	28 x-4	32 x-4,57	32 x4,57
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	39 x-4,33	44 x-4.88	45 x-5
Escala D Ansiedade (5 itens)	13 x-2,6	18 x-3.6	17 x-3.4
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	40 x-4.44	45 x-5	37 x4.11

Elementos significativos da 1ª entrevista

A Mariana é um bebé com síndrome de Down. É a 1ª filha de um casal jovem (mãe de 28 anos e pai de 26), com formação académica de nível superior, bem enquadrados familiar e profissionalmente.

Esta gravidez, ocorrida um ano após o casamento foi desejada e planeada. Refere grande alegria quando soube que estava grávida. Este sentimento manteve-se durante toda a gravidez e foi partilhado pelo marido e por toda a família: *"Só chorei duas vezes sem razão. Só nessa altura me senti particularmente sensível. De resto estava normal. Dizia sempre que fosse qual fosse a situação que o bebé tivesse haveria de gostar dele".*

Seguida regularmente durante toda a gravidez, não houve quaisquer complicações até aos últimos dias. No entanto, ao 6º mês é referida uma situação particular de ansiedade: *"Muitas vezes pensava que iria ter uma criança com problemas e que podia nascer um bebé mongolóide, porque conheço muitos miúdos que vão ser operados ao coração no hospital onde eu trabalho. Tentei falar com uma colega e com o meu marido, mas eles não queriam falar disso".*

Às 40 semanas de gravidez, fez CTG no hospital, o bebé estava com uma frequência cardíaca muito baixa, pelo que foi internada para lhe provocarem o parto. O parto foi eutócico, mas muito prolongado porque foi provocado com soro e não reagiu. A mãe sentiu-se muito cansada, mas emocionalmente estava bem. Refere que ficou muito inquieta quando fez o CTG imediatamente antes do parto e que depois não a ouviu chorar, o que lhe provocou também ansiedade. No entanto, diz: *"Quando a vi achei-a muito querida".*

O bebé foi imediatamente para os Cuidados Intensivos. Uma hora depois, a pediatra veio dizer-lhe o que se passava. A mãe refere que nessa altura chorou imenso, mas que depois se controlou: *"Quando a fui ver, ao fim de duas horas, sentia-me deprimida e amargurada, mas não tinha vontade de chorar. Passei o 1º dia a aguentar-me sem chorar e a tratar dela. Ainda não chorei o que penso que vou chorar, mas só quando chegar a casa, no meu espaço e rotina é que acho que isso vai acontecer".*

Não há sinais de negação da situação nem da deficiência nem da depressão e a mãe diz explicitamente que nem ela nem o marido se sentem revoltados.

São, porém, claros, os sinais de ansiedade: *"Despi-a para a observar porque tinha muita curiosidade para a ver toda".*

A equipe de enfermagem, refere que nunca a viram chorar, embora anotem que ela está muito triste. Do que aparece escrito no processo e da entrevista feita com a enfermeira, é opinião geral que a mãe está a aceitar "bem demais" a situação, embora muito consciente. Toda a família mostra sinais de grande depressão e ansiedade, incluindo o pai.

A mãe confirma estes aspectos mas afirma saber que pode contar com todo o apoio da sua família e do marido, embora neste momento todos estejam muito inquietos: *"O meu marido soube o que se passava logo a seguir ao parto... Chorou imenso... Ele está muito triste, mas ainda não quer acreditar que seja verdade. Os meus pais estão muito chocados. A minha mãe não pára de me dizer que ela é normal. Eu acho que é pior porque depois terá um choque maior. O meu pai já cá esteve e fez questão de a ver".*

No processo da neonatologia está referido o facto de desde o 1º dia os pais terem tratado da bebé, quer na alimentação, quer nos cuidados de higiene.

A mãe tem alguma informação quanto à síndrome de Down e diz: *"Igual às outras crianças não vai ser nunca, mas talvez o atraso não seja nunca tão grande".* Mostra-se, no entanto, incapaz de fazer previsões sobre o desenvolvimento futuro da Mariana: *"Ainda não pensei minimamente nessas coisas. Acho que vai ser tudo mais tarde do que as outras, mas que não vai ser tão tarde porque ela vai ser muito estimulada".* Quanto às suas competências actuais, diz: *"Acho que ela já dá alguma atenção quando eu falo, ou quando me debruço porque vira os olhos".*

Tem acompanhado a filha a todos os exames mesmo fora do hospital e tem procurado informações sobre o que pode fazer-se. Durante a entrevista, pôs-me todo o tipo de perguntas e dúvidas relativamente ao desenvolvimento futuro da Mariana, integração na escola, serviços que podem desde já dar apoio, etc.

A entrevista iniciada ainda no hospital quando a Mariana tinha 48h. teve de ser interrompida para a mãe acompanhar o bebé ao exame de cardiologia. Nos dois dias seguintes, a mãe e a bebé tiveram várias consultas, pelo que a entrevista foi completada já em casa, estando nesse momento o pai também presente.

Nessa altura a mãe referiu que tal como previra, logo que chegou a casa, chorou imenso sem conseguir parar, tendo acontecido o mesmo quando foi à consulta da

pediatra, logo que entrou no consultório e viu as crianças deficientes que lá estavam e também a meio da consulta. Para o pai, o pior momento foi o choque inicial.

É o avô paterno que vai tomar conta da Mariana durante o dia enquanto a mãe estiver a trabalhar no turno da manhã. Moram na mesma rua, isso já estava combinado e, em princípio, não vai ser alterado.

Na escala de auto-estima materna feita nesta primeira entrevista e cujos resultados poderão ser analisados no final do estudo deste caso, a mãe refere que tem muito receio que a Mariana não se venha a desenvolver normalmente, mas como "c*ada um dá a sua opinião, não sei o que hei-de pensar".* Obtém resultados que revelam uma boa auto-estima, sendo apenas na sub-escala "Aceitação do bebé" que tem uma pontuação mais baixa.

Elementos significativos da 2ª entrevista - 1º mês

A mãe abriu-nos a porta com ar tranquilo. A Mariana estava ainda a dormir quando chegámos. Refere que já foi à consulta de genética e que a Mariana tem uma translocação do cromossoma 21 para o 14.

Apesar de referir que a Mariana chora quando tem cólicas ou quer atenção, a mãe considera-a um bebé fácil. Não tem dificuldades em adormecer nem dormir de noite ou entre as mamadas: *"Dorme das 24h. às 8h. e depois do biberão volta a dormir até às 11.30/12h. Só à tarde é que está mais acordada".* Alimenta-se sempre com biberão, que tem sido quase sempre de leite materno tirado com bomba, chupando com força. Os seus intestinos funcionavam bem, mas desde que começou também com leite artificial tem cólicas e prisão de ventre. A mãe tem especial prazer na altura do banho: *"Nota-se que ela gosta imenso do banho. Geralmente damos eu e o pai... Ela dá às pernas e passeia na banheira. Dá-me prazer a mim e a ela. Ela já é capaz de estar a brincar comigo".*

Quanto às suas competências refere: *"Acho que já dá muita atenção quando se fala para ela...parece-me que ela já começa a esboçar um sorriso dirigido, mas ainda não tenho bem a certeza... Eu não tenho contacto nenhum com crianças. Só quando estão doentes lá no hospital, mas se há alguma diferença, acho que não deve ser grande. Não deve haver assim um grande descalabro".*

Hesita muito nas previsões que faz, comenta que provavelmente elas são desadequadas pela sua falta de experiência e termina dizendo: *"Acho que vai ser*

tudo mais tarde, mas como toda a gente diz que ela está muito bem... Não quero pensar muito nisso, nem estabelecer prazos".

Na avaliação feita informalmente, foi possível verificar as competências interactivas deste bebé, que está muito atento às pessoas e tem uma boa tonicidade, apresentando um perfil de desenvolvimento adequado à sua idade.

Ao analisarmos a situação interactiva, verificamos que a mãe se mostra extremamente sensível e adequada, respeitando o ritmo do bebé, atenta aos menores sinais, verbalizando sobre o seu estado e actividades que inicia. O bebé está atento à mãe embora tenha ainda pouca responsividade às suas iniciativas e a sua expressividade seja também limitada.

Conclusão sobre o processo de adaptação inicial mãe-bebé no 1º mês

A mãe sabe já prever os ritmos deste bebé que, no período da Homeostase (Greenspan & Lieberman, 1989) ou da Regulação Inicial (Sander, 1969), parece ter já adquirido um ritmo estável nos estados de alerta e sono, e nos processos biológicos de alimentação e eliminação, o que tem permitido que a mãe adquira confiança nas suas capacidades maternais de conhecimento das necessidades do bebé e lhes dê uma resposta adequada e atempada.

Na sequência interactiva que presenciámos, não só nos episódios filmados como em todo o período que durou a entrevista, foi possível verificar que a Mariana está muito atenta à mãe, consegue já manter com ela um contacto visual prolongado. A mãe introduz brinquedos na interacção, mas apercebe-se do foco preferencial de atenção da Mariana e dá às suas pistas uma resposta apropriada.

A mãe mostrou-se também sensível perante estados de desconforto que presenciámos respondendo-lhes prontamente e conseguindo com facilidade acalmar o bebé.
Fala-nos abertamente do seu estado emocional e das oscilações que tem: *"Eu dantes não chorava quase nada. Agora choro porque tenho uma razão, mas não ando a chorar pelos cantos... Agora é que estou a encarar a realidade. Habitual-mente estou bem, mas tenho algumas recaídas em situações concretas. Ontem, por exemplo, fui à Faculdade de Motricidade Humana. Fiquei muito chocada com a cara destes bebés, com as dificuldades que eles tinham... Não fiquei deprimida o dia todo. Só 1/2h. Não tenho muita vontade de ver crianças assim mais velhas... Tenho sempre esperança que ela não vá ficar assim, mas tenho que me preparar. Eu vejo que ela tem força e é activa. Dá-me uma certa esperança que o desenvolvimento dela seja bom".*

A atitude durante a entrevista, a animação com que fala da Mariana e que manifesta na interacção com ela, bem como as respostas à escala de atitudes, revelam que, apesar de consciente da deficiência do bebé e de, em determinados momentos se sentir deprimida, esta mãe está satisfeita com a Mariana e com o seu papel de mãe, obtendo em quatro das sub-escalas da escala de Sentimentos e Atitudes, "Satisfação com a criança", "Frustração em relação ao papel maternal", "Sobrecarga" e "Tendência depressiva", cujos resultados podem ser detalhadamente analisados adiante, pontuações que revelam uma boa adaptação ao seu bebé.

Refere estar ansiosa relativamente ao desenvolvimento futuro da Mariana, pondo-nos inúmeras questões sobre o tipo de serviços para apoio em programa de intervenção precoce. Refere também o receio que sente, esporadicamente, que possa acontecer alguma coisa à Mariana: *"Eu ontem pensei nisso porque eles morrem mais cedo, mas não tenho andado sempre a pensar", obtendo n*a sub-escala "Ansiedade" uma pontuação que revela a existência desse sentimento.

Continua a não haver sinais de negação nem da deficiência nem da depressão.

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

A mãe parece continuar bastante tranquila. Já foi com o marido falar aos vários serviços de apoio precoce, e está satisfeita pelo que lhe dizem sobre o desenvolvimento da Mariana. Optou por ter apoio dado mensalmente por uma psicóloga no privado.

Continua a considerar que a Mariana não tem características com as quais seja difícil lidar, embora reconheça que ela tem birras que não passam facilmente: *"Não acho que ela chore muito, mas quando chora é à séria... Nas birras só se acalma comigo ou com o pai... Se a deixamos sozinha, vai aumentando cada vez mais o choro".* Já só toma biberão de leite artificial, alimentando-se bem e chupando com força. Os seus intestinos funcionam mal desde que deixou de tomar o biberão com o leite da mãe. Está claramente estabelecido um ritmo de alimentação de 4 em 4 h., durante o dia. Durante o dia só adormece ao colo. Depois do banho não tem dificuldades em adormecer e faz já um intervalo de 8h. à noite. Refere que a hora do banho é particularmente agradável: *"Faço-lhe massagem com o creme, falo mais com ela, ela responde muito mais".*

Acha que a Mariana tem um desenvolvimento semelhante ao dos outros bebés da sua idade: *"Acho e têm-me dito que está muito semelhante. Talvez a cabeça não a deixasse cair tanto, mas de resto acho igual".*

Nesta entrevista não ponho nenhumas questões específicas sobre a previsão de desenvolvimento, mas espontaneamente a mãe diz: *"Não se pode prever aquilo que a Mariana vai ser. Agora as expectativas são melhores... tenho esperanças que as coisas não se vão processar tão tardiamente como pensei antes. Não me parece que vá haver um desfasamento tão grande. Sendo uma translocação, o desenvolvimento pode ser melhor do que o dos outros bebés assim... mas não quero criar muitas esperanças".*

Na avaliação feita através da escala de Griffiths, verificamos que a Mariana tem um desenvolvimento global ligeiramente superior à sua idade. As suas capacidades de comunicação não estão neste momento a ser suficientemente solicitadas pela mãe, pelo que não presenciámos, durante a interacção, nenhum dos jogos interactivos envolvendo actividades motoras, sorrisos e vocalizações mútuas que são talvez, num bebé normal, a característica mais marcante deste período.

Pela análise da situação interactiva, podemos verificar que a mãe parece neste momento ter uma preocupação fundamental: estimular ao máximo as capacidades perceptivas e de atenção da Mariana. Essa preocupação leva-a a estar menos disponível para a interacção social e mais exigente relativamente às brincadeiras envolvendo objectos que são utilizados exclusivamente com essa finalidade de estimulação. O bebé tem uma responsividade muito baixa a todas as iniciativas da mãe, sendo a sua expressividade e animação também reduzidas.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

Terminadas as tarefas de controlo homeostático (Brazelton *et al.*, 1975; Greenspan & Lieberman, 1989), o bebé e a mãe parecem disponíveis para iniciar uma segunda fase de Troca recíproca (Sander, 1969) ou de Prolongamento da atenção e da interacção (Brazelton *et al.*, 1975). Durante a interacção que pudemos presenciar, vimos claros sinais de que a Mariana está claramente focalizada na mãe, no início da fase que Trevarthen (1990) chama de "Motivação para um envolvimento interpessoal", não demostrando, no entanto, ter já atingido um grau de desenvolvimento suficiente das suas capacidades interactivas para manter uma relação sincronizada.

O confronto com a opinião e atitudes das pessoas perante um bebé deficiente parece ser fonte de ansiedade da mãe, que diz: *"Agora não estou muito preocupada*

com nada. O meu problema é as pessoas na rua que olham dessa forma diferente para ela e isso incomoda-me bastante. Desagrada-me que as pessoas não disfarcem a sua curiosidade. Nisso a minha mãe ajuda-me porque eu vejo que ela não receia isso". A sua atitude de estimulação constante da Mariana é também sinal da sua ansiedade em relação ao seu desenvolvimento futuro.

Durante esta sessão, não é visível qualquer sinal de depressão da mãe, que não só não verbaliza qualquer sentimento depressivo, como não demostra esses sentimentos na interacção que estabelece com a Mariana. No entanto, ao referir-se à sua actividade profissional diz: *"Vou recomeçar a trabalhar na altura prevista porque se continuo assim começo a pensar coisas que não devo".*

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

Quando chegámos, a Mariana tinha acabado de acordar e estava ao colo da mãe muito bem disposta. A mãe está muito contente com a evolução da filha e mostra-se, durante toda a entrevista, muito disponível para ela, demonstrando uma interacção muito adequada.

Continua a considerar a Mariana um bebé fácil: *"Mas faz sempre uma birrita por dia quando quer atenção ou quando quer que a gente lhe pegue".* A introdução de novos alimentos, iniciada aos 3 meses e meio processou-se sem dificuldades, tendo agora duas refeições sólidas diárias, tomando biberão nas restantes. Tem aceitado bem todos os alimentos que progressivamente a mãe introduziu. Está claramente estabelecido um ritmo de alimentação semelhante ao do adulto, muito embora tome ainda um biberão à meia noite, após o qual dorme 8h. seguidas e ainda toda a manhã.

A mãe avalia adequadamente o desenvolvimento da Mariana e as aquisições que esta tem feito no último mês: *"Acho que está bom. A minha sobrinha, por exemplo, só se virou aos 8 meses. Acho que ela faz tudo o que os outros bebés desta idade fazem. Se houver um descalabro há-de ser muito pequeno".*

Nesta entrevista, a mãe perspectiva o desenvolvimento da Mariana apenas com um ligeiro atraso em relação aos padrões normais, embora refira sempre que pode estar a ser muito optimista. Globalmente, diz: *"Acho que vai ser bom. Nada me indica que não irá ser bom. Acho que a translocação é em tudo semelhante à trissomia livre, embora a psicóloga ache que estes bebés têm menos dificuldades. Em relação à escolaridade talvez me consiga surpreender um bocadinho! A minha mãe está à espera de grandes surpresas. Também não estou muito preocupada agora".*

Na avaliação feita através da escala de Griffiths e também informalmente durante a interacção, começa a notar-se algum atraso, embora ainda muito ligeiro, em todas as áreas do desenvolvimento, nomeadamente de audição e linguagem.

Nos aspectos da interacção e comunicação, há uma diferença notável do comportamento da mãe relativamente à observação anterior e foi possível presenciar sequências interactivas relacionadas com brincadeiras envolvendo fundamentalmente o corpo da Mariana que parecem dar grande prazer à mãe e ao bebé.

Pela análise da situação interactiva, verificamos que apesar de todas as iniciativas da mãe, muito adequadas e respeitando o ritmo lento da Mariana, esta mantém-se muito passiva, quase não lhe respondendo, nem se interessando muito pelos objectos que a mãe apresenta, o que não impede que a mãe a elogie e reforce o seu comportamento.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

Apesar de já ter 6 meses, a Mariana parece estar ainda na fase em que não tendo ainda grande competência sobre os objectos, continua sobretudo focalizada na mãe, motivada em estabelecer um "Envolvimento interpessoal" (Trevarthen, 1990), facto que a mãe comenta afirmando: *"Ela gosta muito mais das pessoas, embora desde há um mês seja capaz de sacudir e abanar as coisas"*. Parece ter já competências para iniciar e terminar a interacção, regulando o seu próprio estado de excitação e envolvimento interactivo e a mãe reconhece isso quando se refere ao que tem sido agradável na interacção com a Mariana: *"Dantes era o banho... Continua, mas agora há mais momentos agradáveis porque ela está mais comunicativa, brinca mais... Desde há um mês houve uma grande diferença e em qualquer hora ela ri e dobra o riso... Mas à volta do banho há um ambiente que se propicia".*

Sempre houve diferença entre as pessoas conhecidas e as que não conhece: *"Aos 4 meses ela ia para o colo de uma pessoa que não conhecia, chorava, enrolava-se toda e fechava-se sobre si e não fazia nada. Agora olha imenso para as pessoas que não conhece, está calada e não sorri nada. Com o pai, logo que ele chega derrete-se toda. Quando está na cadeirinha e nós estamos à mesa ela não tira os olhos do pai".* Estas afirmações da mãe parecem indicar que a Mariana demonstra já algumas características da fase de "Vinculação" período em que o bebé demonstra um "investimento único no mundo animado, em oposição ao mundo inanimado... bem como diferenças individuais nos padrões de comunicação e afecto

experienciados nas suas relações específicas de vinculação" (Greenspan, 1981, p. 8).

A alegria parece ser o sentimento dominante nesta entrevista. A mãe está muito contente com o desenvolvimento da Mariana, sem negar de forma alguma a deficiência da filha: *"Agora não tenho andado tão preocupada. Acho que as coisas não me estão a parecer tão negras como ao princípio e como aprendi a fazer as coisas a seu tempo, sem estar sempre a pensar no futuro... As coisas hão-de se resolver. Quando estamos a viver estas situações aprende-se a viver o dia a dia. Nestes 6 meses aprendi muito. O meu marido é como eu. Não somos tão optimistas como os meus pais mas também não somos pessimistas. Ele acha que ela vai ter dificuldades em falar. Logo se vê. Vamos fazer tudo...".* Não há sinais exteriores de depressão, e a mãe nunca diz explicitamente que se sente deprimida. No entanto, quando espontaneamente nos fala do projecto de uma nova gravidez, diz: *"Se calhar da próxima vez que cá vier, estou grávida! Nem sei se já estou. Não estou a fazer nada de contracepção. Acho que me vou meter em trabalhos mas acho que temos de passar por aquela experiência boa e vai ser compensador para nós e para ela".*

Os resultados que obtém na escala de sentimentos e atitudes, que podem ser analisados detalhadamente adiante, são significativos: nas sub-escalas "Satisfação com a criança", "Frustração em relação ao papel maternal", "Sobrecarga" e "Tendência depressiva", obtém valores muito elevados, revelando adequada adaptação ao seu bebé e sentimentos muito positivos nestas dimensões.

Desapareceram quase todos os sinais de ansiedade: *"Nem nunca telefono do emprego a saber como ela está. Estou descansada".* Permanece apenas a dificuldade em se confrontar com os outros e refere sentir-se ansiosa quando sai com ela: *"Sair com ela à rua e fazerem-me perguntas".*

Nem o pai nem a mãe negam a situação de deficiência da Mariana e a mãe reconhece inclusivamente alguns sentimentos de negação na sua própria mãe: *"A minha mãe acha que a Mariana provavelmente será muito melhor do que vai ser. Aceita a Mariana, mas não aceitou completamente que ela tenha isto. O meu pai também, mas não é tanto".*

A mãe reiniciou a sua actividade profissional, sem nenhuma alteração que não seja a redução de horário para amamentação. Tal como estava previsto, a Mariana fica com o avô materno ou com o pai, durante os turnos de trabalho da mãe.

Continua com o apoio mensal, para intervenção precoce, com a mesma psicóloga e está muito satisfeita.

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

Nesta entrevista, a mãe esteve muito calma e manteve sempre com a Mariana uma interacção muito adequada, embora sempre com a preocupação sistemática em lhe ensinar coisas e em a estimular.

Após um período em que houve dificuldades durante a noite, todas as rotinas diárias parecem bem estabelecidas e a mãe continua sem dificuldades em lidar com a filha: *"Durante o dia adormece ao colo. À noite passou uma fase em que tinha muitas dificuldades, acordava sistematicamente de noite. Foi depois de uma otite. Agora adormece sozinha ou ao 2º brinquedo que lhe damos e dorme mais tempo seguido*". Quando chora, é sempre preciso acalmá-la: *"Basta ir lá ou pegar-lhe. Mas tenho que lhe pegar, senão fica cada vez pior, aumenta a birra desalmadamente".* O banho continua a ser o momento favorito da mãe: *"A hora antes, durante e depois. À noite ela está sempre muito bem disposta. Fica delirante quando o pai lhe pega e a leva para a frente do espelho. Continuamos os dois a dar-lhe o banho juntos. Ela contorce-se, chapinha e fica tudo molhado!".* Sobre as características dela, a mãe diz: *"Acho que ela é activa mas é preguiçosa. Sabe fazer as coisas mas não faz porque não quer".*

A Mariana manifesta interesse pelos objectos mas as sua iniciativas são rudimentares e, não tendo ainda quaisquer capacidades de locomoção, são limitadas aos objectos que a mãe põe ao seu alcance ou às iniciativas de interacção que a mãe ofereça. Esta continua a parecer muito disponível, embora sempre com uma preocupação em estimular o desenvolvimento da Mariana. Acha que a Mariana ainda gosta sobretudo de interagir com ela: *"Dantes ela fazia tudo o que eu pedia com as caixinhas, agora deve estar farta! Gosta de brincadeiras violentas e cavalices".*

Continua a ser muito realista na avaliação que faz do desenvolvimento dela, ao qual está muito atenta, dando-se conta dos menores progressos: *"Acho que se não tivesse trissomia 21 já podia estar a gatinhar. Acho que agora se nota mais o atraso do que antes, porque agora as coisas vão-se complicando... Eu ainda tenho esperança que não vá ser um atraso muito grande. Agora estou a notar que ela vai demorar mais a fazer as coisas. Acho que se vai notar. Tenho sempre receio com o que vai ser mas aprende-se a viver o dia a dia e não se pode parar. Penso que*

vamos conseguir arranjar uma escola e que ela vai ser independente o mais que conseguir".

Nesta avaliação feita com a escala de Griffiths e também a partir dos dados observados na situação de interacção, a Mariana apresenta atraso mais marcado na área motora - mantém-se sentada sem qualquer apoio há pouco tempo, não tem qualquer esboço do comportamento de gatinhar - na área da linguagem - as vocalizações são menos variadas. As actividades de manipulação de objectos são realizadas de forma adequada à sua idade.

Na situação interactiva analisada, a passividade e falta de expressividade do bebé não impedem a mãe de se mostrar aprovadora e muito afectuosa, aproveitando os mínimos sinais da Mariana para elaborar e comentar os seus comportamentos, estimulando-a com grande sensibilidade e adequação.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês

Na interacção que presenciámos, começam a aparecer algumas actividades que envolvem simultaneamente a mãe e os objectos - torre que a mãe faz e a Mariana desfaz logo em seguida - bem como alguns comportamentos de imitação - bater com as caixas - embora muito elementares. No entanto, se quer um brinquedo que está fora do seu alcance, a Mariana não é ainda capaz de olhar para a mãe para lhe dirigir a atenção para o que quer, movimentando-se ou gesticulando apenas em direcção ao objecto. As suas respostas aos objectos não estão ainda completamente integradas com as respostas relativas às pessoas (Brazelton *et al.*, 1974).

A mãe continua ansiosa relativamente ao futuro da Mariana, mais do que relativamente à situação actual dela, embora continue a ter grande preocupação em estimulá-la: *"Às vezes penso que ela não vai casar, não vai arranjar emprego, que quando nós morrermos vai ter de ficar com um irmão, mas isso é tão longínquo... Às vezes olho para as grávidas e penso que também andava muito contente. Preocupa-me muito uma próxima gravidez. Nem com a amniocintese vou ficar descansada... Só quando a vir, até porque no parto pode sempre acontecer alguma coisa. Tomámos desde o princípio a decisão de ter rapidamente um bebé, mas vai ser complicado até ele nascer".*

Está satisfeita com a evolução da Mariana e não há sinais exteriores de depressão. A mãe nunca diz explicitamente que se sente deprimida, a não ser quando, no comentário acima citado, se lembra, com nostalgia, da alegria com que viveu a gravidez.

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

A mãe estava muito bem disposta e tranquila relativamente à situação da Mariana.

Nesta última entrevista, para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé ao que a mãe refere: *"Foi o futuro dela que me preocupou muito inicialmente... Primeiro não tinha a noção das etapas de desenvolvimento. Estabelecia metas, mas não sabia se eram adequadas. Sei que ela podia fazer mais coisas, e eu gostava, mas estou contente... Também me senti muito triste, mas agora não estou sempre a pensar nisso. Levo-a lá ao meu emprego porque falo muito dela. Aprende-se a viver o dia a dia, preparando-a, ajudando-a e preparando-a para o futuro... Mesmo na rua, pr'aí há um mês comecei a notar que já não me preocupa se as pessoas olham ou não. As pessoas metem-se com ela. Estas últimas idas à pediatra já não me preocupei a fazer comparações com os outros bebés normais. O tempo ajuda, mas também é porque as pessoas dizem aquilo que a gente gosta de ouvir, que ela é gordinha e amorosa".*

A Mariana já não é um bebé tão fácil de levar: *"Agora está um bocadinho chata com birras. Não quer estar sozinha. Se começa a chorar tenho de ir lá e pegar-lhe ao colo, senão cada vez grita mais... Acho que ela tem um bocadinho mau feitio. Quando é contrariada, grita e chora muito... Às vezes ralho-lhe ou zango-me com ela, mas muitas vezes tenho de lhe fazer a vontade".* Houve alguma alteração nos horários e ritmos a que a mãe teve de se adaptar: *"Neste momento acorda sempre muito cedo - normalmente às 5/6h. da manhã e toma biberão. Depois adormece até às 10h. e fica a brincar até à hora do almoço. Fica sempre um bocadinho birrenta e irrequieta 15 minutos antes de adormecer e é sempre a horas certas. Adormece agarrada a mim, ao colo".* A hora do banho continua a ser a preferida, mas a mãe assinala agora uma preferência marcada da Mariana por ela: *"Quando chego do hospital, ela faz-me uma grande festa e depois só me quer a mim e isso é bom. É a recompensa".*

Quanto à progressão do desenvolvimento, acha que a Mariana tem correspondido às suas expectativas que aliás foram sempre bastante adequadas e realistas: *"Acho que ela devia deslocar-se pela casa e agarrada às coisas devia andar de lado. Também já devia dizer Mamã e Papá. O não dar as coisas que a gente pede, acho normal. A minha sobrinha também não dá. Também ainda não ajuda a vestir-se".* Quanto ao futuro diz: *"Acho que não vai ser a 100 à hora, mas pr'aí a 80".*

Mais uma vez a avaliação da mãe corresponde à realidade e os resultados da escala de Griffiths mostram um atraso global, mais marcado nas áreas motora e de audição e linguagem.

Pela análise da situação interactiva, podemos verificar que houve, neste episódio um nítido aumento das capacidades comunicativas do bebé que se mostra um pouco mais expressivo e animado. O comportamento da mãe continua a evidenciar grande adequação com qualidades de estimulação muito boas, sendo directiva mas sempre de forma muito sensível.

Tem sentido grande apoio do marido, dos pais e de uma amiga enfermeira que será a madrinha da Mariana. *"O meu marido foi-me dando apoio sucessivamente. Fica muito contente quando vemos que ela consegue uma coisa. Ele faz com ela uma vida muito normal, quando eu estou a trabalhar sai sozinho com ela. O facto de a Mariana ter uma trissomia 21 não alterou nada a nossa relação, nem fazemos nada diferente do que se ela não tivesse... A minha mãe ultrapassou completamente as reacções iniciais. Ela e o meu pai são mais optimistas, até porque as coisas têm corrido bem, mas não são tão irrealistas como no princípio... O meu sogro continua a ser o mais pessimista. Com eles e com os cunhados tem sido mais complicado".*

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 12º mês

A mãe está agora menos preocupada com a estimulação da Mariana: *"Nós brincamos com ela todos os dias. Houve uma altura muito ao princípio, em que eu me preocupava muito com isso, em fazer tudo o que era suposto. Agora ela já se entretém muito sozinha e eu tenho mais coisas para fazer, por isso procuro que os momentos em que brinco com ela sejam também agradáveis para mim e que ela sinta isso, porque senão não resulta. O meu marido também acha que não quer só estar preocupado com a estimulação, porque a afectividade também interessa e sem uma coisa não se consegue a outra".*

A Mariana dá alguns sinais com conteúdo comunicativo evidente, de que a mãe se apercebeu e aos quais responde de forma adequada: *"Quando quer as coisas e não chega, choraminga, olha para as coisas e depois para mim".* A Mariana parece assim ter iniciado a aquisição de competências no processo de comunicação interpessoal, nomeadamente nos processos de comunicação à distância. No entanto, na interacção que presenciámos estes sinais não foram visíveis. A mãe acha também que ela se entretém sozinha com os brinquedos há cerca de 2 meses, o que também não presenciámos.

A mãe tem já com a Mariana brincadeiras que a envolvem simultaneamente a si e aos objectos (falar ao telefone). A Mariana começa a ser capaz de associar objectos a situações sociais e assim manter "interacções acerca dos objectos" (Schaffer, 1984, citado por Bremner, 1988), o que é interpretado pela mãe como um grande progresso, mas não há ainda sinais da fase que Schaffer (1977 b) chama "Simetria na relação".

A mãe está muito contente com o desenvolvimento da Mariana, sem negar de forma alguma a deficiência da filha. Parece-nos conhecê-la bem, ter aprendido os seus ritmos e capacidades, não exigindo demasiado e aceitando realisticamente as suas limitações. Não há sinais exteriores de depressão, e a mãe nunca diz que se sente deprimida. Não se sente diferente desde o parto e, relativamente aos outros aspectos, diz: "*UItimamente tenho tido uns problemas mas nem a solução é dormir... as coisas vão-se resolvendo com tempo, conversa e calma".* Desapareceu o anterior sentimento de receio em se confrontar com as pessoas quando está com a Mariana.

Desapareceram também quase todos os sinais de ansiedade relativamente ao que possa acontecer à Mariana: *"Não tenho medo. Por exemplo, quando ela cai, não fico assustada. Se estou a trabalhar estou tranquila, nem sequer telefono".*

Continua a ter apoio em programa de intervenção precoce, realizado mensalmente com uma psicóloga no privado.

Os resultados que obtém em todas as sub-escalas da escala de sentimentos e atitudes são significativos desta boa adaptação ao seu bebé e dos seus sentimentos positivos.

Ao longo deste ano a mãe parece ter aprendido o significado das condutas e pistas do bebé consoante os contextos em que estas ocorrem e mostra-se capaz de lhes responder adequada e consistentemente.

A harmonia interactiva que, ao longo de todo o ano, presenciámos, mantém-se nesta última entrevista e parece-nos garantida para o futuro, já que se baseia num conhecimento real das características do bebé e numa aceitação consciente da sua situação.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista - Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão.

Resultados da Escala de Auto Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dimensões	Pontos	Média
Capacidade de tratar do bebé	41	4.55
Capacidade e preparação global para a função materna	32	4.57
Aceitação do bebé	22	3.66
Relação esperada com o bebé	17	4.25
Sentimentos respeitantes à gravidez	24	4
TOTAL	136	4.25

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

Meses	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	30 x-5	27 x-4,5	28 x-4,66
Escala B Sobrecarga (7 itens)	33 x-4.71	31 x-4.42	34 x-4.85
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	37 x-4.11	38 x-4.22	38 x-4.22
Escala D Ansiedade (5 itens)	18 x-3.6	25 x-5	25 x-5
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	37 x-4,11	42 x-4.66	45 x-5

ESTUDO LONGITUDINAL: O RUI E A SUA MÃE

Elementos significativos da 1ª entrevista

O Rui é um bebé com síndrome de Down. É o 1º filho de um casal jovem (mãe de 23 anos e pai de 27), com formação académica de nível médio. A mãe tem o 11º ano e o pai tem o 6º ano. Vivem perto de Lisboa numa freguesia rural, trabalham muito próximo de casa e da família de ambos, com quem convivem muito.

A gravidez ocorreu dois anos e meio após o casamento, foi desejada e planeada e a sua confirmação recebida com grande alegria por todos. É este o sentimento dominante durante todo o período de gravidez.

Foi regularmente vigiada, fez repouso a partir do 6º mês por hipertensão. Às 37 semanas, em ecografia, é diagnosticado atraso de crescimento intra-uterino o que provoca na mãe alguma ansiedade. Foi internada após esse diagnóstico e o parto, eutócico e sem qualquer anestesia, ocorre dois dias após o internamento, referindo a mãe sentir-se preocupada por causa do atraso de crescimento diagnosticado.

A mãe refere a sua alegria quando viu o bebé: *"Fiquei tão feliz quando o vi! Não notei nada... Mesmo quando o voltaram a pôr ao pé de mim fiquei contente porque ele era maior do que eu pensava e ia ficar ao pé de mim. Até às 19 h., não achei nada de diferente".*

A notícia de que o bebé tinha síndrome de Down foi-lhe dada no próprio dia do nascimento, quando ela estava sozinha, embora o marido tenha chegado logo a seguir. A mãe refere que se sentiu muito mal com a forma como lhe falaram nessa altura: *"Fiquei com vontade de nunca mais ver a médica"*. Só no dia seguinte, com outra médica, sentiu algum apoio: *"Parecia que ela sentia a nossa dor".*

Sente-se a partir, desse momento, muito ansiosa e deprimida: *"Quando me disseram chorei muito. A minha vontade era desaparecer. Eu estava num momento de grande felicidade e foi um choque muito grande. Senti uma grande tristeza e raiva... Agora nem sempre penso nisso mas estou muito aflita... Foi uma noite em claro e a pensar que o meu marido é que vinha sozinho dizer aos meus pais e aos meus sogros".*

Sente-se também extremamente ansiosa com o desenvolvimento futuro do bebé e com a sua capacidade emocional para tratar dele : *"Penso se ele aprenderá a andar sozinho, como é que vai ser o futuro...".*

Conta com todo o apoio do marido, da sua família e da família dele: *"Acho que está a sofrer muito mas não quer mostrar porque sabe que eu também sofro e quer dar-me forças... Disse que talvez não fosse nada... Ele quer-me consolar".* Toda a família está numa grande ansiedade e tristeza: *"No dia seguinte quando me vieram ver, todos estavam numa grande aflição. Era tudo agarrado a mim a chorar. Ninguém estava à espera".*

A mãe acha o desenvolvimento actual do Rui semelhante ao dos outros bebés: *"Não tem dificuldade em adormecer, para acordar tem mais... Já aconteceu ele acalmar-se quando eu estou a despi-lo... É fácil de acalmar, dá-se uns toquesinhos, faz-se uns miminhos... Às vezes só o falar... Acho que ele já dá pelos barulhos e sente mexer na cama".* No entanto, não é capaz de fazer qualquer previsão sobre o seu desenvolvimento futuro: *"Não faço ideia como vai ser. Se não houvesse esta suspeita, à partida eu sabia o andar, o falar, mas assim não sei o que vai acontecer... Mas tenho esperança que ele se venha a desenvolver o mais aproximado possível. Vou fazer tudo para isso. Ele já mexe as mãozinhas a brincar. Já é bom sinal".*

Na escala de auto-estima materna feita nesta 1ª entrevista, e cujos resultados poderão ser detalhadamente analisados no final do estudo deste caso, a mãe obtém resultados homogéneos em duas das sub-escalas, demonstrando boa capacidade para a função materna e expectativas de boa relação com o bebé, sendo significativamente mais baixa a pontuação que respeita a aceitação do bebé. Esta última pontuação - a mais baixa da escala - contrasta com a obtida na sub-escala sentimentos respeitantes à gravidez - a mais elevada.

Até à data da minha entrevista, dois dias após o parto, as enfermeiras achavam que a mãe não tinha entendido o que lhe tinha sido dito sobre o bebé, já que não demonstrava, perante elas qualquer sinal de tristeza ou inquietação. Logo que lhe disseram que eu estava, a mãe acompanhou-me e imediatamente começou a chorar, situação que se repetiu várias vezes no decorrer da entrevista. Não tem qualquer informação sobre a síndrome de Down, mas durante a entrevista, não pôs muitas questões sobre o desenvolvimento destes bebés.

Elementos significativos da 2ª entrevista - 1º mês

O Rui estava deitado no seu berço quando chegámos, tendo começado a acordar nessa altura. A mãe refere espontaneamente que esteve muito aflita porque quando foi ao seu médico de família com ele, este a assustou muito por o bebé não ter engordado o que ele considerava suficiente, aconselhando-a a ir imediatamente ao hospital, dizendo que ele devia ser muito protegido, ter pouco contactos com pessoas de fora, porque sendo tão pequenino, com uma constipação podia ficar-se. A mãe estava agora mais tranquila depois da ida a um pediatra no privado.

A mãe apresenta um ar deprimido, está fisicamente desarranjada e despenteada, tendo uma expressão muito triste e refere no final que se sentiu muito pouco à vontade durante a gravação da interacção livre.

Toda a família parece estar a adaptar-se a um bebé deficiente: *"O meu marido está a mentalizar-se desde que foi ao pediatra e que este lhe disse como era o futuro. Se está desanimado, não mostra... Mostro eu por ele. O meu sogro diz que ele é normal. A minha sogra vai por ele, está à espera. Os meus pais acreditam que ele é capaz de ser... Com o tempo se vai ver...".*

Considera o Rui um bebé fácil: só chora quando está com fome, acalma-se com facilidade e por vezes até sozinho. Não tem dificuldades em adormecer nem dormir de noite ou entre as mamadas. Alimenta-se bem a peito ou com biberão, que introduziu logo na primeira semana. Demora muito tempo a mamar. Não há rigidez nem imposição de horários : *"Começou nestes últimos dias a ser mais ou menos às mesmas horas".* Não são relatados quaisquer episódios de desconforto no dia a dia. A mãe refere o momento do banho como particularmente agradável: *"Ele gosta imenso de água. Só chora quando o tiro. Começa a espernear lá dentro e a chapinhar".*

Acha que o Rui já sorri: *"Ele já sorri, mas dizem que é a lua... Outro dia sorriu quando eu brinquei com ele". Considera* o desenvolvimento dele semelhante ao dos outros bebés: *"Ele é calmo, mas mexe-se muito, deixo-o de lado e ele põe-se de barriga para cima... Já levanta a cabeça quando está de barriga para baixo e quando está ao colo já tenta fazer o mesmo".*

Nos aspectos do desenvolvimento motor, a mãe faz previsões de desenvolvimento desadequadas, na medida em que são precoces mesmo para um bebé normal: *"Eu pensava que eles andavam sozinhos aos 9 meses..."*. Noutras áreas, é-lhe mais difícil prever mas, relativamente ao Rui, diz sempre: *"Vou tentar fazer que seja mais ou menos igual".*

Na avaliação feita informalmente, o Rui mostra-se um bebé atento à interacção que parece muito pouco estimulado. Aliás a mãe diz: *"Eu converso com ele e tudo, mas basicamente o que se faz é dar-lhe de comer e deixá-lo dormir".*

A mãe estava incorrectamente informada das necessidades destes bebés em termos de estimulação. Não havia quaisquer brinquedos à vista e a mãe achava que era ainda muito cedo para essas coisas.

Pela análise da situação interactiva, verificamos que o bebé está alerta mas ainda pouco responsivo. A mãe mostra-se muito passiva, sem qualquer animação nem na voz nem na expressão facial. Mostra-se sensível aos ligeiros sinais de desconforto e tem para com o bebé frequentes atitudes de afecto.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 1º mês

A mãe parece estar a adaptar-se bem aos ritmos deste bebé que, no período da Homeostase (Greenspan & Lieberman, 1989) ou da Regulação Inicial (Sander, 1969), começa a adquirir um ritmo estável nos estados de alerta e sono e nos processos biológicos de alimentação e eliminação. A mãe não tem dúvidas sobre a forma de tratar dele, sente-se capaz de reconhecer as suas necessidades e de o consolar, parecendo portanto ter adquirido confiança nas suas capacidades maternais, dando ao bebé respostas adequadas e atempadas.

Na sequência interactiva que presenciámos, não só nos episódios filmados como em todo o período que durou a entrevista, foi possível verificar que os estados de conforto/desconforto, alerta/sono do bebé obtêm por parte da mãe uma resposta apropriada. No entanto, o interesse que o Rui demonstra pela mãe, embora reconhecido por esta - *"Interesse por mim e pelo pai já mostra. Qualquer pessoa que fale com ele, ele pára para ver"* - não tem por parte dela uma resposta apropriada, sendo a interacção marcada por grande passividade.

Os sinais de depressão desta mãe são muito evidentes, quer no seu aspecto exterior - expressão facial e do olhar e na tonalidade da sua voz ao interagir com o Rui - quer no que refere espontaneamente durante a entrevista e nos comentários que faz na escala de Sentimentos e Atitudes, cujos resultados detalhados poderão ser analisados adiante.

Sente-se mais nervosa e muito mais tensa desde que o Rui nasceu, embora diga: *"Normalmente estou bem, mas sempre que se fala no assunto fico muito aflita e choro muito. Aconteceu isso no dia em que marcámos esta entrevista e hoje*

também... Se dormir fizesse com que os problemas todos desaparecessem...". No entanto, não se sente sozinha para enfrentar tudo e diz: *"O meu marido tem sido um grande apoio".* Na sub-escala "Tendência depressiva" obtém uma pontuação que revela sentimentos de depressão.

Está, no entanto, satisfeita com o Rui e com o seu papel de mãe. Nas sub-escalas "Satisfação com a criança", "Sobrecarga" e "Frustração em relação ao papel maternal" a mãe obtém pontuações elevadas correspondentes a sentimentos positivos nestas dimensões.

Explicitamente, refere estar ansiosa não só com o desenvolvimento futuro do Rui, mas também com todos os riscos que ele pode correr, o que faz com que o vigie de dia e de noite e pense muitas vezes que ele pode morrer, obtendo na sub-escala "Ansiedade" a pontuação mais baixa da escala equivalente a grande ansiedade.

Refere ainda que se tivesse sabido que o bebé era assim, teria feito um aborto. Nesta entrevista, diz: *"Em relação a este problema lembro-me que mais valia que não tivesse tido filho nenhum. Mas já está...".*

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

A mãe veio receber-nos ao portão com o Rui que estava acordado e pronto para comer. Está bem mais animada e comunicativa.

A casa está diferente, os brinquedos que da outra vez víramos guardados estão disponíveis para o Rui e a avó materna tinha feito um palhaço de pano, cheio de cores, que estava pendurado no sítio onde a mãe habitualmente está com ele.

Continua a considerar o Rui um bebé fácil e fácil de perceber - chora pouco e acalma-se com facilidade: *"Basta uns beijinhos e uns miminhos, pego-lhe ao colo, falo-lhe e ele cala-se"*. Quase sempre consegue acalmar-se sozinho. Tem horários já mais regulares, com ritmos de sono e alimentação que a mãe aceita: *"Já come papa, mais biberão, mas continua com a maminha... De dia, mama normalmente de 2 em 2 h., mas de noite faz no mínimo 7 h. de intervalo, e às vezes 10. Só toma suplemento depois da mamada da noite".*

A mãe está muito satisfeita com a evolução do Rui: *"Eu estava à espera que isto fosse tudo muito mais tarde... Está sempre a mexer-se, muda de posição, destapa-se... Acho que ele está a reagir bem... Em relação ao crescimento e peso, acho-o melhor do que o filho do colega do meu marido. Acho que ele está mais ou menos a*

par desse bebé. Em relação à cabeça o outro segura mais do que o meu. Mas agora quando está ao colo já quase não encosta a cabeça a nós".

Quanto ao futuro, a mãe apenas refere: *"Espero que continue assim, que seja igual aos outros".*

No entanto, na avaliação feita através da escala de Griffiths e também informalmente durante a interacção, nota-se um atraso global de desenvolvimento, mais marcado na área motora e de coordenação olho-mão. Do ponto de vista interactivo, o Rui tem competências adequadas, mas que não estão a ser devidamente estimuladas pela mãe.

Na análise da situação interactiva, podemos verificar que o bebé está muito motivado para a interacção e tem já algumas iniciativas nesse sentido a que a mãe nem sempre responde. Esta mantém-se numa atitude passiva, pouco estimulante porque desadequada aos interesses do bebé. Este dá sinais bastante claros do seu foco de atenção e interesse.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

As tarefas de controlo homeostático (Brazelton *et al.*, 1975; Greenspan & Lieberman, 1989) parecem estar realizadas, com uma boa adaptação por parte da mãe a um bebé com estes ritmos. A mãe tem, neste momento, especial prazer na interacção com ele: *"As brincadeiras, os sorrisos, as conversas... Já dá muita atenção... Vai comigo na cadeirinha para todo o lado"*. Este comentário parece significar que esta díade está já a iniciar a fase de Troca recíproca (Sander, 1969) ou de Prolongamento da atenção e da interacção (Brazelton *et al.*, 1975). Na sequência interactiva que presenciámos, pudemos ver já características desta fase intensamente social, embora os jogos interactivos, nomeadamente vocálicos, sejam marcados por pouca animação e grande passividade, quer por parte da mãe, quer por parte do bebé.

A mãe está satisfeita com a evolução do Rui, mas continuam a ser visíveis sinais de depressão na sua expressão facial e de olhar e na tonalidade da sua voz ao interagir com o seu filho. No entanto, refere explicitamente: *"Desde a consulta de genética no mês passado, tenho-me sentido emocionalmente melhor porque acho que ele está a reagir"*. Faz agora algumas previsões irrealistas e alguma sobrevalorização das competências do Rui.

Não há sinais evidentes de ansiedade, nem sentimentos de negação da deficiência nem da sua própria depressão.

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

Quando chegámos, o Rui estava deitado numa manta, no chão, rodeado de brinquedos. A mãe está satisfeita e animada, tinha um bolo para festejar os 6 meses do bebé que acha estar a evoluir muito bem. O Rui já está a dormir no quarto dele, todo arranjado pelos pais.

A mãe continua a considerá-lo um bebé fácil: *"Só chora para comer a sopa ou quando está deitado. Acorda e fica farto de estar na cama... Não posso dizer que ele já tenha feito uma birra...".* Nem sempre se acalma sozinho, mas é fácil de consolar: *"Se a rabugice é mais forte, começa a chorar mais e não se acalma, mas basta uns beijinhos e às vezes mesmo só a conversa...".* Tem ritmos regulares de sono. De noite já dorme em quarto próprio, cerca de 8 h., voltando a dormir uma boa parte da manhã. À excepção do lanche, todas as outras refeições acabam com uma breve mamada, sem a qual o Rui não adormece. A mãe não só aceita esta situação como se manifesta muito satisfeita por esta preferência do bebé pelo seu leite.

Quanto aos progressos de desenvolvimento, refere: *"Eu acho que está normal... Está mais ou menos como os outros... Agora mantém-se mais tempo sentado nos cadeirões, mas não gosta muito de estar sentado. Ele já se movimenta muito, rolando de um lado para o outro, saindo da manta. Amanda os bonecos para fora da cama, põe os pés fora das grades. Quando acorda, não fica na mesma posição. Já mexe com os pés nos mobiles pendurados na caminha... Agora já palra com intenção. Às vezes faz muita força na garganta e até fica com tosse, mas palra sobretudo com os bonecos. Quando estamos ao pé dele, não. Só se puxarmos muito por ele".*

Nesta entrevista, a mãe perspectiva o desenvolvimento do Rui dentro dos padrões normais: *"Não sei, mas espero que continue a ser como está agora... Se ele continuar assim, acho que está no bom caminho. Espero que ande como os outros meninos".*

Na avaliação feita através da escala de Griffiths e também informalmente durante a interacção, continua a notar-se um atraso global, embora ligeiro, mais acentuado nos aspectos do controlo postural - a posição de sentado está ainda longe de estar adquirida e em decúbito ventral não faz qualquer tentativa de se movimentar para a frente ou para trás - e na área pessoal-social. Consegue agarrar objectos que lhe

sejam colocados junto à mão, mas raramente os apanha sozinho. Nos aspectos da interacção, comunicação e linguagem, mantém competências adequadas, embora a mãe continue a mostrar pouca animação na interacção com ele.

Ao analisar a situação interactiva, verificamos que o bebé está atento e moderadamente responsivo às iniciativas da mãe. Esta mostra-se sensível e adequada na interacção embora ainda um pouco passiva. Mãe e bebé estão em adequada sintonia, demonstrando um evidente prazer na interacção.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

A mãe diz espontaneamente: *"Agora, ao contrário do que se passava aos 3 meses, olha mais para os brinquedos do que para mim. Desde os 4 meses que cada vez lhe dou mais brinquedos. Também gosta muito de brincar com as minhas mãos".* O Rui parece ter iniciado a fase que Sander (1969) chama "Iniciativa" e Brazelton *et al.* (1975) "Aparecimento da Autonomia", com o aparecimento de algumas de iniciativas nos planos motor, de troca social ou de actividades de exploração de objectos, a que a mãe responde adequada e contingentemente, garantindo assim uma harmonia interactiva que se pode verificar nos episódios interactivos que presenciámos.

A mãe está muito satisfeita com as iniciativas do Rui, mas refere com especial prazer as manifestações de alegria que o Rui tem perante ela: *"Gosto muito de ver estas brincadeiras. E vê-lo rir quando eu chego a casa à hora do almoço vinda do trabalho: começa a rir à gargalhada, a palrar com mais força como se fosse a chamar. Quando eu chego chamo-o, começa logo a rir, mas às vezes é para a minha mãe, porque ainda não me viu!".* Esta afirmação da mãe parece indicar que o Rui demonstra já algumas características da fase de "Vinculação" período em que o bebé demonstra "diferenças individuais nos padrões de comunicação e afecto experienciados nas suas relações específicas de vinculação" (Greenspan, 1981, p. 8). No entanto, ainda não há reacções de estranheza: *"A princípio, se pessoas desconhecidas falavam mais alto, fazia logo beicinho. Agora não estranha ninguém, vai para qualquer colo. Agora o máximo que faz é ficar parado a estudar as pessoas".*

Não há sinais exteriores de depressão, e a mãe nunca diz explicitamente que se sente deprimida: *"Agora já não estou tão preocupada. Já me mentalizei e com o tempo vou ver o que se vai passando. O meu marido tem a mesma opinião".* Esta mudança de sentimentos está bem expressa nos resultados obtidos na escala de Sentimentos e Atitudes, cujos resultados podem ser analisados mais adiante,

nomeadamente nas sub-escalas "Satisfação com o bebé", "Tendência depressiva" e "Frustração em relação ao papel maternal", onde obtém pontuações correspondentes a sentimentos positivos nestas dimensões.

Explicitamente, a mãe não refere estar ansiosa. Diz não ter dúvidas quanto à forma como lida com ele, mas refere que continua com receio do que lhe possa acontecer e os seus sentimentos ansiosos aparecem na pontuação obtida na sub-escala "Ansiedade".

A mãe recomeçou a trabalhar quando o Rui tinha cinco meses. Desde essa altura, o Rui vai para casa da avó materna às 8 h. da manhã e fica lá até a mãe chegar, cerca das 17.45h. A mãe vai lá sempre à hora do almoço e dá-lhe peito a essa hora, sem o que ele não adormece.

Começou com apoio domiciliário feito por uma psicóloga a partir de meados de Setembro. O apoio é em casa da avó materna à hora do almoço, para estarem ambas presentes.

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

Nesta entrevista, conhecemos os avós maternos e o pai. Todos mostram uma grande aceitação do bebé e uma grande alegria com os progressos que ele tem feito, estando a realizar algumas obras na casa e no terreno circundante com vista a uma melhor utilização pelo Rui. Presenciamos, por parte de todos, uma atitude muito adequada, referindo a avó, com quem ele está durante o dia, que tem a preocupação de o manter activo o máximo de tempo. A mãe refere espontaneamente a óptima relação do avô com o Rui: *"O meu pai já não se vê sem ele... Se ele dorme mais 10 m. fica logo a achar que vai ter menos tempo para brincar com ele...".*

Todas as rotinas diárias parecem bem estabelecidas, mantendo o Rui o mesmo hábito de mamar um pouco depois de todas as refeições, o que parece continuar a agradar à mãe, que continua muito contente com ele: *"Nunca faz birras, nem para dormir... para o acalmar, encosto-o a mim, dou uns beijinhos, às vezes basta falar...".* Têm ambos especial prazer na hora do banho: *"Porque ele dentro de água fica sentadinho na banheira e brinca muito. Quando começo a despi-lo e ele vê que não é só para a fralda, fica logo maluco".* Desde há cerca de 2 meses que fica grandes períodos no parque a brincar sozinho.

Quanto à avaliação do desenvolvimento, a mãe diz: *"Acho que está mais ou menos igual. Conheço um bebé que tem mais ou menos a mesma idade e o Rui faz certas coisas que o outro bebé não faz. Até o palrar e tudo".* Acha que ele não vai gatinhar: *"Ele gosta é de estar em pé, não mostra grande interesse em gatinhar. Gosta de estar de barriga para baixo, mas depois farta-se... Dá passinhos quando está agarrado a nós, aguenta-se em pé apoiado na barriga e já com coisas nas mãos. Anda no andarilho muito bem para trás e para a frente".*

É-lhe difícil fazer previsões acerca do desenvolvimento futuro, mas não parece angustiada com isso: *"Talvez depois na escola ele vá ter mais dificuldades. Não sei, mas espero que não".*

Nesta avaliação e também a partir dos dados observados na situação de interacção, verificámos ter existido de facto um enorme progresso do Rui em todas as áreas do desenvolvimento, embora as vocalizações sejam pouco variadas e, na área da locomoção, não manifeste qualquer esboço do comportamento de gatinhar. Consegue, no entanto, manter-se em pé com grande apoio da mãe e dar pequenos passos em direcção a ela, quando esta o segura. Mantém-se sentado sem qualquer apoio, mas parece não ter ainda qualquer reacção de defesa quando se desequilibra, caindo desamparado no chão. As actividades de manipulação de objectos são realizadas de forma adequada à sua idade.

Pela análise da situação interactiva, podemos verificar que este bebé está muito interessado nos brinquedos que toma a iniciativa de manipular e é também muito responsivo às iniciativas da mãe. Esta mostra-se sensível e adequada, estimulando-o bem, mas sempre um pouco passiva, não dirigindo a interacção. Há uma boa harmonia na díade durante todo o episódio interactivo.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês

O Rui manifesta agora comportamentos de vinculação aos familiares e estranheza com as pessoas que não conhece: *"Há certas pessoas que ele estranha e ainda esta semana estranhou muito o tio. Fora de casa ele não ri para ninguém, mesmo que vá para o colo... Às vezes não sai do colo do meu pai para vir para mim, mas às vezes também não quer ir ao avô quando está ao meu colo".* Este comportamento, característico da fase de Diferenciação Somato-Psicológica que Greenspan e Lieberman (1989) situam entre os 3 e os 10 meses, foi de certa forma observado connosco, muito embora o facto de estar no seu ambiente possa explicar a tranquilidade com que aceitou a nossa aproximação. Está claramente numa fase em que domina o interesse para experimentar um ambiente mais vasto a que Murray

(1988) e Trevarthen (1990) chamam de "Necessidade de explorar e dominar os objectos", tendo ainda um interesse mutuamente exclusivo - ou dá atenção aos objectos, manifestando condutas de exploração e manipulação, ou procura interagir com a mãe. Não tem ainda quaisquer capacidades de locomoção, pelo que as suas iniciativas são limitadas aos objectos que a mãe põe ao seu alcance ou às iniciativas de interacção que lhe ofereça. Esta continua a parecer muito disponível, embora mantenha uma atitude de passividade.

Durante esta sessão, não são visíveis quaisquer sinais de depressão ou de ansiedade, e a mãe diz espontaneamente: *"Agora estou um bocadinho melhor. Já deixei de pensar para o futuro, penso só no dia a dia e vejo o desenvolvimento dele".*

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

O Rui ia fazer 1 ano no dia seguinte e a mãe estava a preparar uma grande festa para o festejar e também para o Baptizado. Estava bem disposta mas, em vários momentos da entrevista, pareceu ficar mais deprimida do que a tínhamos visto em anteriores entrevistas.
O Rui estava ainda a dormir, tendo a mãe mostrado uma atitude muito adequada e de grande ternura quando o foi buscar à cama.

Nesta última entrevista, para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé. É sobre este assunto que a mãe comenta: "*O princípio foi mau. Mas o que eu pensei que ia ser está a ser um bocado diferente porque eu estou a vê-lo evoluir assim positivamente. Acho que ele está óptimo, brinca com tudo, presta atenção a tudo... Tive uma grande alegria antes de saber que ele era assim. Depois tem sido sempre uma grande tristeza... Ainda tenho aquela incerteza, mas estou a ver que ele está a desenvolver-se diferente do que eu imaginei, porque via tudo para pior. Eu sinto-me mais tranquila ao ver e comparar com os outros que ele está bem. Quando leio alguma coisa que os bebés devem fazer, o Rui também tem de fazer... Também senti muita revolta e muita aflição: a sensação de não saber o que havia de fazer e pensar demasiado no dia de amanhã... Eu sou mais pessimista do que o meu marido. Eu ando sempre a pedir para ele perguntar ao colega o que é que o filho faz. Ele encara de maneira diferente. Acha que o Rui há-de fazer as coisas".*

O Rui continua a ser, para a mãe, um bebé fácil, que chora pouco e se acalma facilmente: *"Encosto-o a mim, dou beijinhos e carinhos. Se gritamos é que ele não*

se cala". Tem hábitos de alimentação regulares: *"Come bem, mas às vezes faz birras para comer a sopa, que aliás a avó não lhe consegue dar... Deixou de mamar completamente só aos 10 meses, depois de uma laringite".* Dorme bem, mas por vezes precisa de um aconchego para dormir: *"Dorme das 22.30h até às 6.30h, que é a hora que nos levantamos. Depois de tomar o biberão, dorme a manhã toda até ao almoço. Por volta das 15h. volta a dormir até ao lanche" .* A única característica do Rui que a mãe não aprecia é ele puxar-lhe os cabelos: *"É teimoso e não larga os cabelos. Até puxa os pelos dos braços do meu pai!. Até o primo foge dele...".* A mãe continua a gostar muito da hora do banho: *" Gosta muito. Eu torço a esponja, poiso-a na água, ele agarra, leva-a à boca, vê que está seca e molha-a! Quer apanhar as gotinhas que caem da cabeça...".*

Quanto à progressão do desenvolvimento, acha que o Rui tem ultrapassado as suas expectativas, porque pensou que seria tudo mais tarde*: "Já anda agarrado à nossa mão e seguro pelos suspensórios... Já faz tem-tem... Se dizemos: vamos à rua, ele quase corre agarrado à nossa mão, se dizemos: vamos para casa, ele pára. No andarilho vai para todo o lado... Aprendeu a descer de cima da nossa cama... Põe-se em pé sozinho agarrado à mesa da sala. Como tirámos de lá os bibelôs para ele não os deitar ao chão, o Rui põe em cima da mesa os seus bonecos e depois atira-os para o chão... Com uma bola que dantes só usava para roer, já imita o pai e fá-la saltar...".* Quanto ao desenvolvimento da linguagem, considera que o Rui não diz ainda qualquer palavra com significado.

A mãe está optimista, mas sem perspectivas irrealistas para o futuro e limita-se a dizer: *"Tenho esperanças que continue assim a fazer progressos".* No entanto, quando indagada sobre as datas de aquisição de comportamentos específicos, várias vezes referiu ser mais tarde do que esperara e ter estado preocupada com isso.

Na avaliação formal feita com a escala de Griffiths, o Rui demonstra um atraso ligeiro nas várias áreas de desenvolvimento.

Na análise da situação interactiva torna-se evidente que este bebé tem muitas iniciativas relativamente aos objectos que usa já com alguma diferenciação. É responsivo às iniciativas da mãe e à interacção directa com esta, manifestando também algumas iniciativas interactivas. A mãe tem um comportamento sensível e adequado, mostrando boas qualidades de estimulação, quer no que respeita ao tipo de iniciativas que tem, quer relativamente ao ritmo com que faz as suas propostas.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 12º mês

Os esquemas interactivos utilizados pela mãe são semelhantes aos que esta usou na entrevista anterior, já que embora o Rui tenha feito alguns progressos, o facto de não ter ainda adquirido qualquer esquema de locomoção o impede de manifestar comportamentos de autonomia. A mãe tenta iniciar actividades que os envolvam aos dois e simultaneamente a um objecto - pôr brinquedos dentro do balde, jogar à bola, pedir para lhe dar um brinquedo - mas não obtém do Rui qualquer resposta, não parecendo ainda que este bebé tenha já adquirido competências para manter "interacções acerca dos objectos" (Schaffer, 1984, citado por Bremner, 1988).

Embora a mãe refira que o Rui, quando não chega a um brinquedo se põe "com os gritos dele", não nos parece que ele tenha adquirido competências suficientes no processo de comunicação interpessoal, não havendo também ainda sinais da fase que Schaffer (1977 b) chama "Simetria na relação".

Mantém-se por parte da mãe uma atitude pouco animada, embora na interacção que presenciámos haja, pela primeira vez, menor passividade.

A mãe tem sentido um grande apoio por parte do marido, pais e sogros e até mesmo de outras pessoas amigas de quem não estava à espera: *"Só tive maçadas com uma parte da família".*

Durante esta sessão, são visíveis muitos sinais de depressão, nomeadamente quando se recorda do que foi a notícia da deficiência do Rui: *"Há alturas em que me sinto nervosa. Tenho uma vida muito cansativa. Até andava esquecida, mas também foi na altura de haver problemas no trabalho e depois de secar o leite".* As pontuações obtidas nas sub-escala "Tendência depressiva" e "Sobrecarga", evidenciam estes sentimentos depressivos: sente-se esgotada e com pouco controlo emocional.

Especificamente na forma como trata o Rui, não são visíveis sinais de ansiedade. Existe, no entanto, uma ansiedade global relacionada com alguma coisa que possa acontecer, que é também visível na pontuação obtida na sub-escala "Ansiedade".

Está, no entanto, muito satisfeita com a evolução do Rui e as pontuações das restantes sub-escalas da escala de Sentimentos e Atitudes, cujos resultados se encontram detalhados adiante, são disso prova evidente.

Continua a receber visitas domiciliárias semanais por um técnico de intervenção precoce e está muito satisfeita.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista - Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas, as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão

Resultados da Escala de Auto Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dimensões	Pontos	Média
Capacidade de tratar do bebé	35	3.88
Capacidade e preparação global para a função materna	29	4.14
Aceitação do bebé	15	2.5
Relação esperada com o bebé	17	4.25
Sentimentos respeitantes à gravidez	29	4.83
TOTAL	125	3.90

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

Meses	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	28 x-4.66	30 x-5	29 x-4.83
Escala B Sobrecarga (7 itens)	27 x-3.85	26 x-3.71	20 x-2.85
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	37 x-4.11	41 x-4.55	38 x-4.22
Escala D Ansiedade (5 itens)	9 x-1.8	14 x-2.8	16 x-3.2
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	28 x-3.11	36 x-4	29 x-3.22

3. As díades com bebés pré-termo

A MARTA E A SUA MÃE

Elementos significativos da 1ª entrevista

A Marta é um bebé pré-termo. É a 1ª filha de um casal jovem (mãe de 26 anos e pai de 27), com formação académica de nível superior, bem enquadrados familiar e socialmente.

A gravidez ocorreu 6 meses após o casamento, sem ter sido planeada. A confirmação da gravidez foi bastante rápida, mas só foi comunicada ao marido depois de uma segunda análise, tendo também sido recebida por este com surpresa: *"Não era suposto nascer neste 1º ano de casados".* A mãe considera que, depois, ambos aceitaram a gravidez, mas não refere nunca explicitamente sinais de alegria.

Desde o início, teve problemas porque o útero tendia a contrair. Por duas vezes, teve ameaça de aborto e a partir do 6º mês, suspeita de parto prematuro. Fez repouso durante grande parte da gravidez. São referidos inúmeros sinais de ansiedade, ligados a estes problemas, ao longo de todo o tempo: "*Muitas vezes estava muito enervada, com medo, com o coração nas mãos... Quando ia fazer as ecografias, até a médica dizer que estava tudo bem, nem respirava... Tinha muito medo de perder o bebé, como aconteceu a outras pessoas amigas".*

Às 32 semanas de gravidez o bebé estava já muito descido e a mãe convenceu-se que ia nascer. Na véspera do nascimento, com 34 semanas, teve ruptura de bolsa de águas, o que a inquietou muito porque não percebeu o que se estava a passar. No hospital onde estava planeado que nascesse não havia incubadora disponível, pelo que foi para uma maternidade privada. O trabalho de parto foi prolongado, mais de 24h., o médico previu fazer cesariana, mas acabou por nascer com fórceps. A mãe teve anestesia epidural.

Ansiedade é o sentimento dominante do período pré e neonatal: *"Entrei em pânico quando se romperam as águas... Estava enervadíssima quando cheguei à*

maternidade e só acalmei quando ouvi o coração dela. Estava com muito medo do parto, mas estava tristíssima quando pensaram fazer cesariana".

Após o parto, puseram o bebé junto dela. *"Quando a vi, achei-a queridinha"*. Logo a seguir, levaram-na para a incubadora. Apesar da enfermeira e do médico dizerem que o bebé estava bem e tinha apenas os problemas normais do seu tempo de gestação, a mãe refere que não acreditou no que lhe diziam. Desde as 20h. do dia em que nasceu até às 0h 30m. da madrugada do dia seguinte, o bebé manteve-se na incubadora no mesmo hospital. Nessa altura, os médicos decidem transferir o bebé para uma Maternidade pública por síndrome de dificuldade respiratória (polipneia 70 ciclos/segundo e ligeira tiragem intracostal). Antes de transferirem o bebé levaram-na à mãe, dizendo-lhe o que ia suceder.

A altura da saída da bebé é referida pela mãe como a de maior ansiedade: *"Foi horrível. Eu só pensava: se ela morrer, eu também quero morrer"*. Durante as primeiras 24h., a mãe nunca conseguiu dormir apesar de todos os medicamentos que lhe deram, chorando todo o tempo. Na altura da entrevista, a mãe está já mais tranquila com todas as notícias da óptima evolução que a bebé está a fazer e são inúmeros os sinais de alegria ao falar da filha.

A mãe e o marido assistiram ao parto e têm estado quase sempre com ela. O marido tinha previsto para esta altura um estágio no estrangeiro durante quinze dias. Como todos dizem que a Marta está óptima, não vê razões para alterar os planos e partirá dentro de três dias, pelo que ela ficará em casa dos pais até ele voltar, explicitando que tem a certeza de poder contar com o apoio deles para o que for preciso.

A mãe não tem qualquer informação específica quanto ao desenvolvimento das crianças prematuras, nem quanto aos cuidados de que estas possam necessitar. Tem apenas a informação, veiculada pelo marido, de que a Marta *"não está ligada a nenhuma máquina"* e que a equipa da maternidade acha que ela está a evoluir bem. Não sabe ainda prognóstico quanto à data da alta: *"Tenho ideia que ela é mais sensível do que um bebé normal. Vou ter especial cuidado. Vai exigir muito de mim. Há-de querer comer muito. Ela é capaz de ser um pouco nervosa... era muito mexida"*. Já não está aflita com o estado de saúde dela e quanto ao seu desenvolvimento futuro, diz: *"Não estou preocupada. Sempre achei que os problemas da gravidez eram mais por mim, porque ela nas ecografias estava sempre muito bem... Sempre teve muita genica".* Não consegue fazer previsões quanto à idade em que fará as aquisições a nível do desenvolvimento social, motor e de linguagem: *"Nunca pensei nisso, mas acho que a Marta vai ser igual aos outros bebés".*

Na escala de auto-estima materna, feita nesta 1ª entrevista, e cujos resultados detalhados podem ser analisados no final do estudo deste caso, obtém pontuações elevadas e homogéneas em todas as sub-escalas, revelando elevada auto-estima, excepto a que se refere aos sentimentos durante a gravidez, significativamente mais baixa do que as restantes.

Elementos significativos da 2ª entrevista - 1º mês

A mãe abriu-nos a porta com um ar feliz e muito bem disposta. A Marta estava já acordada, mas ainda deitada no berço no quarto dos pais. Em casa, estava também a sua mãe e uma sobrinha pequena que tinham vindo passar parte do dia com ela. Nota-se em inúmeros pormenores - berço, roupa e materiais de cuidados diários - que a mãe preparou o nascimento da Marta com muita ternura.

Logo de início, a mãe tinha descrito o bebé como óptima de criar: *"Ela é o máximo... É a minha flor de estufa"*. Refere que o que tem sido mais agradável na interacção com a Marta são: *"Os miminhos que ela gosta. Fica toda consolada e eu também. Gosto de perceber que com os meus miminhos ela fica no céu".* No entanto, quando a questionamos sobre as rotinas diárias, nem tudo parece ser tão fácil, e a mãe diz: *"O mais difícil são os horários da noite, porque não se cala, chora sempre... Faz-me impressão também quando estou a vesti-la a seguir ao banho. Fico desesperada porque ela não se cala... Mas à noite custa mesmo. No outro dia até chorei...".* Descreve a Marta como um bebé que chora muito, embora já distinga os choros dela e saiba consolá-la: *"Não acho que seja rabugenta, mas precisa de mimos. Fica lindamente quando a aninho... Rabugenta é quando se veste e despe".* É-lhe difícil prever os seus ritmos de sono e alimentação embora, de uma forma geral, ela mame de 3 em 3 h., mesmo durante a noite. As mamadas são prolongadas, ela acaba de comer geralmente a dormir, mas desde há uma semana que praticamente só está acordada de noite e a mãe está exausta.

A mãe avalia o desenvolvimento da Marta como tendo ela um mês: *"Há pessoas que dizem que na realidade ainda não tem, ainda não teria nascido, mas não me venham dizer isso"*. Acha a Marta mais séria do que os bebés que ela conhece, ainda não sorri e diz de uma forma um pouco desiludida: *"Espero que ela sorria para mim, mas é mal encarada!..".* Quanto ao resto do desenvolvimento, acha que ela tem mais força do que os outros bebés: *"Até faz a ponte!".*

Todas as previsões que faz do seu desenvolvimento psicomotor são as de um bebé normal, nascido de termo - *"de cabeça acho tudo igual"* - embora haja ainda muitos

parâmetros que não consegue prever. No que respeita ao desenvolvimento físico e, apesar da Marta estar a aumentar bem de peso, acha: *"Vai crescer mais devagarinho... Há-de haver uma altura em que há-de deixar de se notar".*

Na avaliação informal que foi feita e tendo em conta a idade gestacional, parece-nos que a Marta tem um desenvolvimento acima do esperado.

Pela análise da situação interactiva, podemos verificar que a Marta está ainda pouco responsiva e muito passiva, apesar de todas as iniciativas da mãe, marcadas por grande sensibilidade e adequação.

Conclusão sobre o processo de adaptação inicial mãe-bebé no 1º mês

Este período de Regulação Inicial (Sander, 1969) está a ser particularmente difícil para a mãe da Marta, já que mesmo durante o tempo em que estivemos a fazer a gravação, foi possível verificar que este bebé tem ainda dificuldades na regulação dos seus ritmos biológicos, é difícil de acalmar, referindo a mãe que nunca a viu acalmar-se sozinha. A mãe não associa nenhuma destas características do seu bebé à excitabilidade que caracteriza os bebés prematuros. No entanto, nos curtos momentos em que permaneceu acordada, soube trazê-la para um estado de alerta, prepará-la para a interacção e mantê-la numa atmosfera de expectativa interactiva parecendo-nos assim que está a cumprir as tarefas que lhe competem nestes primeiros meses de vida (Brazelton *et al.*, 1974, 1989).

Ansiedade é ainda um dos sentimentos dominantes da mãe, que se revelam em alguma inquietação quanto ao que possa acontecer ao bebé e se reflectem em receios quanto ao modo de tratar dele. Pensamos que o facto deste bebé não ter ainda adquirido o controlo homeostático e as dificuldades que a mãe está a experimentar, não lhe permitiram ainda adquirir confiança nas suas qualidades maternas. Este facto parece-nos bem visível na pontuação obtida na sub-escala "Ansiedade", da escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados poderão ser analisados detalhadamente adiante e que reflectem elevada ansiedade.

São evidentes os sinais de alegria na forma como a mãe fala do bebé, mesmo quando refere áreas onde há ainda dificuldades de adaptação. Não há quaisquer sinais de depressão, a não ser no que se refere ao cansaço provocado pelo ritmos do bebé. Estes sentimentos positivos estão bem expressos nas pontuações obtida nas sub-escalas "Satisfação com o bebé", "Tendência depressiva" e "Sobrecarga".

Nota-se, no entanto, alguma frustração relativamente ao papel maternal, mas exclusivamente pelo cansaço físico em que se encontra, o que é bem patente nas respostas a alguns dos itens da sub-escala "Frustração em relação ao papel maternal".

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

A mãe recebe-nos sorridente e bem disposta, com um ar menos cansado do que no 1º mês. A Marta estava no seu quarto, onde dorme sozinha desde há uma semana. O quarto foi arranjado propositadamente para ela com todos os requintes, sendo já abundantes os brinquedos. Há também uma semana que a mãe tem uma empregada da máxima confiança que está lá em casa todo o dia, o que lhe tem permitido ter maior descanso.

Está agora muito contente porque a Marta consegue já dormir toda a noite, embora de dia não tenha ainda ritmos regulares de sono. Começou a tomar biberão com 1 mês e meio e agora já não mama. A sua adaptação ao leite artificial decorreu sem alterações. Quanto aos períodos de choro, diz que já são raros: *"Mas quando ela chora é melhor sair de ao pé dela"* . Continua a não ser fácil acalmá-la: "*Quando tem birras é dificílimo, mas como são muito definidas... Dantes chorava em todas as circunstâncias, agora não*". É também difícil acalmar-se sozinha: *"Nunca se deixou dormir se está a chorar".* A mãe continua a não relacionar estas características com o facto da Marta ter nascido prematuramente, achando simplesmente que ela é nervosa, tal como inicialmente previra que ela fosse.

Não está muito preocupada em comparar o desenvolvimento da Marta com o de outros bebés da sua idade. Acha que: *"Em tamanho não é igual porque partiu de outra base. Acho ela espertinha, de dia para dia cada vez mais esperta".* Considera que se vai desenvolver da mesma forma do que os outros bebés nascidos de termo, em todos os aspectos, menos no tamanho.

Quer a escala de Griffiths, quer a avaliação informal da interacção, mostram que a Marta tem um desenvolvimento superior à sua idade gestacional em todas as áreas de desenvolvimento.

Pela análise da situação interactiva, verificamos que a Marta, embora esteja bastante alerta, está ainda pouco interessada nos objectos e mostra-se moderadamente responsiva à presença da mãe e às suas iniciativas. Esta continua a ter uma atitude muito adequada, respondendo a todos os sinais da filha,

nomeadamente os sinais de desconforto, garantindo a qualidade e harmonia da interacção.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

O controlo dos ritmos biológicos, nomeadamente na defesa relativamente aos estímulos nocivos, parece não ter ainda sido completamente atingido por este bebé, que demonstra, no entanto, competências interactivas já bastante avançadas. A mãe refere como particularmente agradável a interacção verbal com ela: *"O melhor é ela falar comigo. Acho óptimo quando temos uma conversa grande e ela responde e ri. Está com tantos barulhos novos... Sou capaz de passar assim uma tarde inteira. Ela fala tanto!"*. Esta frase da mãe indica-nos que esta díade está a iniciar a fase de "Troca recíproca" (Sander, 1969). Com efeito, tal como foi patente nos episódios de interacção que presenciámos, este bebé adquiriu já competências para iniciar e terminar a interacção, utilizando adequadamente o sorriso, as vocalizações e comportamentos motores, tendo a mãe adquirido competência na principal tarefa desta etapa: sincronizar o seu comportamento com os ritmos de atenção/afastamento do bebé (Brazelton & Cramer, 1989), atingindo um adequado grau de contingência nas interacções, pela capacidade de interpretar correctamente os sinais do seu bebé (Greenspan & Lieberman, 1989). A Marta está claramente focalizada para a interacção com pessoas, a mãe tem consciência disso e, embora ponha à sua disposição brinquedos, desiste rapidamente da sua utilização, oferecendo-se como parceira para a interacção neste período intensamente social.

Está sobretudo contente com estas competências comunicativas da Marta. Apesar de ter feito projectos para ir trabalhar já há um mês, não só não foi, como declara: *"Não me apetece nem um bocadinho ir trabalhar e deixá-la. Agora passava mais um aninho nisto... Gostava era de passear com ela".*

Há alguma inquietação relativamente a retomar o trabalho, dizendo explicitamente que só o fará quando tiver a certeza que ela fica bem entregue.

A frustração em relação ao seu papel de mãe, de certa forma evidente na entrevista anterior, desapareceu completamente.

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

Entre esta entrevista e a anterior, a mãe tinha-nos telefonado, pedindo conselho para consultar algum profissional, dizendo: *"Nunca mais consigo ultrapassar a depressão pós-parto".* No entanto, quando nos recebeu, nada nela indicava uma atitude depressiva. Estava com a Marta ao colo. Esta tinha acabado de acordar e a mãe refere que ela acorda sempre muito bem disposta.

A situação alimentar é, neste momento, uma fonte de conflito. *"Começou a comer papas aos 5 meses e meio - a médica tira sempre 1 mês e meio como factor de correcção da prematuridade - e refila sempre muito com a papa. Mesmo o biberão, só toma até onde quer, depois afasta-o com a mão e não há quem lhe dê mais nada"*. Esta situação foi inquietante para a mãe que, no entanto, diz agora já não estar preocupada se ela não comer uma refeição. Vai começar com sopa no dia seguinte. Continua a fazer muitas birras para se vestir ou despir e quando passa da hora de comer. Nessas situações, é muito difícil acalmá-la e, às vezes, se por acaso acaba por adormecer, ainda soluça mesmo a dormir. A mãe refere-se às birras de uma forma bastante dramática, embora actualmente pareça ter já resolvido a situação: *"Dantes entrava em pânico com as birras e enervava-me. Agora dou-lhe colo e mimos e não me altero".*

Quando a compara com outros bebés da sua idade, a mãe diz: *"Acho que ela está óptima. Eu não noto nada de especial. Pode haver uma diferença pequenina. É toda vivaça. Antigamente chamava-lhe nervosa, agora prefiro dizer vivaça".* Faz uma adequada avaliação das novas aquisições que a Marta tem feito, caracterizando com detalhe as suas competências a nível motor, de linguagem e sociais. Continua com expectativas de desenvolvimento semelhantes às de um bebé de termo e considera que alguma diferença que ainda houvesse, se notaria cada vez menos daqui para o futuro.

Na avaliação feita através da escala de Griffiths, a Marta demonstra, em todas as áreas, competências adequadas à sua idade gestacional, não se notando já o avanço que revelara aos 3 meses.

Ao analisar a situação interactiva verificamos que a mãe se mostra menos aprovadora do comportamento da Marta e menos afectuosa relativamente ao bebé. Este está ainda pouco disponível para a interacção social e a sua responsividade à mãe é sobretudo perante a apresentação de brinquedos, como se não houvesse entre ambas o hábito de interagir sem objectos intermediários.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

Os ritmos de sono e alimentação estão finalmente bem definidos, embora durante o dia a Marta adormeça com dificuldade e só com alguém ao pé dela. De noite e de manhã dorme muitas horas de seguida. A mãe tem por hábito dar um passeio a pé quando chega do trabalho, levando a Marta na cadeirinha, sendo estes momentos descritos como dando grande prazer a ambas: *"Ela já apanhou este hábito e não se acalma enquanto eu não a levo a passear. Vai sempre a olhar para tudo, a dar às pernas e a conversar".*

O período de férias de 10 dias numa casa diferente é descrito pela mãe como tendo sido terrível. *"A Marta não parou de chorar, não dormia, não comia, só bebia o chá do costume. Ao fim do 3º dia eu já só queria vir embora, nem conseguia ir à praia com a agitação dela. Só ao 9º dia quando já estávamos para regressar é que ela começou a acalmar".* Este bebé continua a demonstrar uma hiperexcitabilidade e dificuldades de adaptação às situações que saem da rotina - *"Tem dias, e se lhe altero o esquema e os hábitos, fica rabugenta"* - características que a mãe continua a não relacionar com a prematuridade e a que se adapta fazendo muito a vida em função dela, sentindo-se, no entanto, "muito stressada". Nem o marido nem outros familiares têm a sua atitude, o que criou situações de conflito que parecem já estar ultrapassadas.

Quanto às características interactivas, a Marta está nitidamente na fase que Trevarthen (1990) caracteriza como impulso para experimentar um ambiente mais vasto, para descobrir e dominar os objectos e a sua mãe parece ter compreendido e aceite esse desejo, proporcionando-lhe oportunidades de exploração quer visual - durante os passeios - quer táctil, oferecendo-lhe brinquedos adequados à sua idade e nível de desenvolvimento. A interacção verbal é também evidenciada pela mãe como fonte de prazer, sendo capaz de caracterizar adequadamente as competências vocais da Marta.

A mãe retomou o trabalho quando a Marta tinha 3 meses e meio. Antes de começar a trabalhar, estava muito ansiosa: *"Acordava em pânico a pensar que não conseguiria estar a separar-me dela"*. Actualmente, considera que o trabalho ocupa uma parte importante da sua vida e que em nada alterou a relação com a Marta: *"Acho que até ajudou, porque quando volto estou muito mais disponível para ela".* A Marta fica em casa com uma empregada em que a mãe tem toda a confiança e que se entende muito bem com ela.

Mostra-se satisfeita com a evolução da filha e, embora mencione algumas áreas de conflito, parece ter-se adaptado bem às características do seu bebé. As várias sub- - escalas da escala de sentimentos e atitudes reflectem bem os sentimentos da mãe nesta entrevista: A sub-escala "Sobrecarga" tem a pontuação mais baixa, sendo as

respostas da mãe sempre referidas ao período de férias, que parece ter sido o culminar de dois meses muito difíceis.

Há uma diminuição dos sentimentos de frustração relativamente à entrevista anterior sendo, os que aparecem, exclusivamente relativos ao cansaço físico.

Refere, explicitamente, ter estado muito deprimida neste período: *"A partir dos 3 meses deixei de conseguir encher relativamente a todas as coisas que faziam e que interferiam com a minha filha. Foi sobretudo com a família do meu marido que não respeita qualquer ritmo e rotina. Descontrolei-me completamente, não comia, não dormia, andei dois meses muito complicados. Cheguei a zangar-me com a minha sogra e o meu marido comigo. Foi quando lhe telefonei a pedir uma indicação de alguém com quem ir falar. Depois, a parte profissional ajudou a ultrapassar este problema. Às vezes penso para ter outro filho, só não consigo encarar outros tempos com tudo metido cá em casa".* Neste momento, a situação parece ter sido ultrapassada, no entanto, e relativamente à pontuação obtida na sub-escala "Tendência depressiva", verifica-se que existem ainda sentimentos de depressão. Considera-se *"muito stressada"*, suporta mal as alterações aos seus hábitos e rotinas que considera os melhores para a Marta, mas desapareceram todos os sintomas de ansiedade relativamente aos cuidados com a filha.

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

A mãe vem-nos receber com a Marta ao colo, parecendo as duas muito bem dispostas. A Marta não tem qualquer reacção de estranheza, sorri e palra. A mãe diz espontaneamente que ela está cada vez mais querida e que tanto ela como a empregada puxam muito pela Marta, por isso ela está muito bem.

A alimentação continua a ser uma área de grande conflito entre mãe e bebé, apesar de durante a semana, a mãe só lhe dar o biberão da manhã, que toma sem dificuldades, e o jantar. É a empregada que dá as restantes refeições em que habitualmente tudo corre melhor. A mãe refere: *"Às vezes, à hora do jantar, fico enervadíssima. Se ao fim da segunda colher, ela fecha a boca, irrito-me imenso com ela. Dantes insistia muito e ela acabava por provocar o vómito... Agora respiro fundo e mentalizo-me que é melhor acordar à meia noite para o biberão de compensação".* Esta é uma área em que o comportamento da Marta reforça na mãe sentimentos de incompetência, dos quais ela aprendeu já a defender-se, evitando ao máximo o confronto com o bebé, deixando a empregada dar-lhe de comer, sempre que possível. A Marta tem dificuldades em adormecer durante o dia, sobretudo quando é a mãe a ir deitá-la, já que com a empregada tudo parece correr normalmente, sendo, no entanto, sempre preciso ir adormecê-la. Durante a noite, tem um sono

prolongado, mas de dia dorme no máximo 1h. depois do almoço e às vezes um pouco antes do jantar.

A mãe caracteriza com grande precisão as competências actuais da Marta - que não considera diferentes das dos bebés de termo - interpretando adequadamente o significado dos progressos que ela tem feito. Considera que a Marta se tem estado a desenvolver como os outros bebés e assim vai continuar: *"Se for diferente não é por ter nascido antes ou depois. Ao princípio, notava-se muito mais a diferença".*

Na escala de Griffiths o seu perfil de desenvolvimento não é homogéneo: há algum atraso na área de audição e linguagem, um desenvolvimento adequado à sua idade gestacional nos aspectos pessoal-social e coordenação olho-mão e superior ao previsto para a sua idade gestacional na área motora, e de realização envolvendo manipulação fina e procura activa dos objectos desaparecidos.

Pela análise da situação interactiva, podemos verificar que a interacção mãe-bebé ainda passa muito pelos objectos, embora a Marta esteja muito interessada na exploração do espaço e nem sempre reaja aos brinquedos que a mãe apresenta. Embora a mãe tenha demonstrado algum afecto positivo, não é muito evidente um grande prazer e sintonia na interacção entre ambas.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês

A grande satisfação que a mãe sente neste momento liga-se ao facto de considerar a Marta muito carinhosa com ela: *"Acho-a muito mais simpática. Dantes, tanto fazia ser eu como outra pessoa qualquer. Agora não, quando me vê, fica contentinha, encosta a cabeça, morde-me e está cada dia a pedir mais de mim. Tem reacções muito diferentes com as pessoas, embora depois dos primeiros momentos ache graça a toda a gente"*. Este comentário da mãe exprime bem que a Marta estabeleceu já uma forte vinculação com ela, tendo comportamentos diferentes dos que tem com as outras pessoas familiares, diferenciando-os, diferenciando as várias modalidades de interacção e os vários estados afectivos das pessoas com quem interage, características da fase de Diferenciação Somato-psicológica (Greenspan & Lieberman, 1989). As suas recentes capacidades de locomoção - aprendeu a gatinhar há 10 dias - permitem-lhe tomar iniciativas que a afastam da mãe aferindo, no entanto, a sua disponibilidade e respondendo às iniciativas que a mãe toma: *"Entretém-se sozinha a brincar, não por muito tempo e sobretudo se eu estiver ao lado, mesmo que não esteja a brincar com ela"*. Começa a haver integração de pessoas e objectos numa mesma brincadeira, mas a atenção da Marta está sobretudo focalizada na exploração sistemática do ambiente que começa a poder dominar autonomamente, comportamento típico da fase de Iniciativa (Sander,

1969). Estas iniciativas da Marta no campo motor são, para a mãe, fonte de alguma ansiedade: *"Agora preocupo-me com a segurança dela, que bata com a cabeça, que caia da escada abaixo".*

São evidentes as manifestações de satisfação da mãe com a Marta, quer na forma como fala com ela, quer nas descrições positivas que faz do seu comportamento e progressos. A mãe considera que a crise de depressão que teve está já completamente ultrapassada, apesar de dizer ainda: *"Desde que a Marta nasceu tive de comprar um saco de paciência... Há sempre alguém a criticar aquilo que eu faço".*

Há sempre um fundo de ansiedade e preocupação cujo objecto vai variando. Neste momento, prende-se com a alimentação e com as recentes capacidades de locomoção. Consideramos que a situação de tensão com que é vivida a hora do jantar da Marta, caso não se resolva, poderá desencadear problemas mais ou menos graves no comportamento alimentar deste bebé.

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

A mãe continua sorridente, encantada com a Marta a quem prepara uma grande festa no fim de semana.

Nesta última entrevista, para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé.

A mãe considera que este ano foi difícil: *"Em termos emocionais foi uma prova rija. Desde que ela nasceu, só queria saber dela. Até me aperceber disso tive chatices com muita gente porque me marimbei para as outras pessoas. Agora já passou a prova. Continuo virada para ela mas já me ralo com os outros... Comigo, cheguei a andar preocupadíssima, não me lembro de sentir que andava tão desequilibrada. Em Junho comecei mesmo a ter grandes chatices. Depois no fim do Verão é que estive mais em baixo e com mais problemas com as pessoas. Para o meu marido, também foi complicado porque os problemas que houve foi com a família dele - pai e mãe - atitudes que eu não aceitei. Os problemas que tive com as outras pessoas não têm nada a ver com o facto de ela ser prematura. Se ela não fosse, era o mesmo. Tem a ver com o facto de entrarem na minha liberdade".*

Refere que, relativamente à Marta, se preocupou sobretudo com o desenvolvimento físico: *"Sempre foi só uma coisa: que ela crescesse e que não adoecesse. Que corresse tudo bem com ela. Quando ela deixou de ser aquela coisinha frágil, comecei a aliviar. Na passagem do ano, quando ela teve os problemas de saúde,*

voltei durante um tempo a estar muito preocupada. Ela não tinha reservas como os outros que nascem gordinhos. Só isso é que eu acho que tem a ver com o facto de ser prematura. Não a queria gorda mas queria que ela tivesse reservas para poder adoecer. O meu marido sempre foi muito mais descontraído. Mas quando ela em Dezembro esteve doente, também perdeu a descontracção...".

A Marta continua a não ser um bebé muito fácil: *"Chora frequentemente sempre nas mesmas circunstâncias - quando se veste, quando se fecham as portas e quando não quer comer"* . Nunca se acalma sozinha, mas neste momento não é complicado acalmá-la: *"Distrai-se. Nem é preciso fazer o que ela quer, basta distraí-la".* Os ritmos de sono estão regulares, mas o adormecer não é fácil: *"Tem dias. Se dormir muito durante o dia, complica-se à noite".* A situação de alimentação continua a ser difícil, embora actualmente a mãe encare esta situação com mais tranquilidade: *"Não é uma criança de comer tudo o que se lhe dá. Eu é que já não ligo. Quando ela não comia e eu me importava era muito complicado. Agora como se ela não quer, eu não me ralo e tiro o babete, já não há problema".*

A mãe refere que aos 10 meses notou que ela fez imensos progressos: *"Notei uma enorme diferença nela nessa altura. Dantes, só imitava as entoações e nessa altura começou a imitar claramente palavras. Aos 10 meses achei que ela estava inteligentíssima! Eu nunca estou muito à espera, mas lembro-me que fiquei admirada. Também foi nessa altura que comecei a notar que ela apanhava as migalhinhas todas".*

Acha que o desenvolvimento da Marta vai continuar como tem sido até aqui, embora considere que vai depender da atitude das pessoas que a rodeiam: *"Acho que ela é espertalhona, mas nós é que temos que puxar por isso. Acho que ter nascido antes ou depois, tanto faz".*

Na avaliação da escala de Griffiths, a Marta demostra capacidades acima da sua idade gestacional em todas as áreas de desenvolvimento.

Na análise da situação interactiva evidencia-se grande harmonia na interacção mãe-bebé, motivada sobretudo pelo comportamento sensível e contingente da mãe, já que o bebé nem sempre é responsivo às iniciativas desta. Apenas na alimentação há sinais de conflito. A Marta tem já algumas iniciativas interactivas e comunicação intencional sobre alguns objectos que partilha com a mãe.

Conclusão sobre o processo de adaptação Mãe-Bebé aos 12 meses

Os processos de vinculação estão claramente estabelecidos e compreendidos pela mãe: *"Distingue muito bem as pessoas. Quando adoeceu, só me chamava a mim. Ficou mais agarrada a mim. Às vezes, o pai pega-lhe e ela quer vir para mim. Cá em casa não estranha ninguém, mas quando a levei ao meu trabalho agarrou-se loucamente a mim e chorou imenso. Durante uma semana, depois de nós termos estado fora e ela ter ficado com a minha mãe, não nos largava e tinha imensas dificuldades em adormecer. Estava sequiosa de nós"*. Estes comentários da mãe demonstram claramente a existência de mecanismos de recognição e de recall (Schaffer, 1971) de que a mãe se apercebeu e aos quais respondeu adequadamente. Estas reacções perante os estranhos, a aflição perante a ausência da mãe são outros tantos sinais de que o bebé se tornou mais consciente de si próprio como independente dos outros, mas que mantém a sua dependência emocional da mãe (Trevarthen, 1990).

"Ela já é capaz de brincar, mas ainda não é completamente sozinha. Não gosta de estar no parque. Precisa de saber que eu estou, eu vou falando e ela vai brincando". Esta afirmação da mãe, bem como a interacção que observámos, é assim característica de uma díade em que existe uma partilha intersubjectiva do mundo (Trevarthen, 1990). Com efeito, a Marta consegue já integrar a mãe e os objectos, numa mesma brincadeira, embora não haja ainda condutas de apontar para os brinquedos fora do seu alcance, nem as suas vocalizações sejam ainda reguladas com um sentido instrumental (Halliday, 1975; Hubley & Trevarthen, 1979, citados por Murray, 1988). Pudemos também observar que a Marta é já capaz de aceder aos pedidos da mãe demonstrando capacidades de cooperação mais longa e bem sucedida.

Sander (1969), chama a atenção para a tarefa fundamental da mãe neste período: interpretação sistemática dos actos do bebé, aos quais deve atribuir um conteúdo socialmente significativo. É este "Scaffolding" que permite que o bebé enriqueça a sua experiência e construa uma ponte entre o seu mundo pessoal e um mundo social mais vasto (Murray, 1988). A mãe reconhece vários sinais da Marta que sabe interpretar consoante o contexto em que ocorrem: *"Se quer colo, estende os braços. Faz beicinho quando não lhe fazem as vontades. Quando está contente está sempre a dar às perninhas. Esperneia quando está zangada. A vestir-se esperneia imenso! De resto, é pelas caras que se percebe, quando está com atenção, triste ou contente, já são muito diferentes".*

Continua muito satisfeita com a evolução do seu bebé e, embora haja áreas de conflito, parece ter-se adaptado bem às características da Marta. O melhor de tudo, para ela é: *"Ter a minha Martinha cá de fora! Ela é feliz, é tão querida. Eu olho para ela e acho que ela é felicíssima...".* Há um sentimento de realização pessoal bem

expresso na pontuação média obtida na sub-escala "Satisfação com o bebé". Continua no entanto a haver sentimentos de frustração no seu papel de mãe, sendo sempre relativos ao cansaço físico.

A mãe refere sentimentos de depressão ao longo do ano que, neste momento, parecem estar ultrapassados. Continua a haver um fundo latente de ansiedade. quer quanto a aspectos do perigo que ela possa correr, quer no que se refere aos cuidados que tem com ela. Todos estes sentimentos estão bem expressos nas pontuações obtidas na escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados detalhados podem ser analisados adiante.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista - Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas, as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão.

Resultados da Escala de Auto-Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dimensões	Pontos	Média
Capacidade de tratar do bebé	39	4.33
Capacidade e preparação global para a função materna	33	4.71
Aceitação do bebé	27	4.50
Relação esperada com o bebé	20	5
Sentimentos respeitantes à gravidez	19	3.16
TOTAL	138	4.31

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	29 x-4,83	29 x-4,83	27 x-4,5

Escala B Sobrecarga (7 itens)	27 x-3,85	24 x-3,42	25 x-3,57
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	30 x-3,33	33 x-3,66	30 x-3,33
Escala D Ansiedade (5 itens)	14 x-2,8	20 x-4	18 x-3,6
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	37 x-4,11	35 x-3,88	39 x-4,33

A ANA E A SUA MÃE

Elementos significativos da 1ª entrevista

A Ana é um bebé pré-termo. É a 2ª filha de um casal jovem (mãe de 25 anos e pai de 28), com formação académica ao nível do bacharelato. A situação profissional do pai é estável e a mãe trabalha por conta própria. Mudaram de residência há poucos meses e estão bem enquadrados familiar e socialmente. Têm uma filha de 2 anos que frequenta um infantário.

A gravidez ocorreu dois anos e meio após o casamento, foi desejada, planeada, e muito bem aceite, sendo explicitamente referidos sinais de alegria quando houve a sua confirmação, com 1 mês e uma semana.

No início, tudo decorreu sem problemas, mas *"nem eu engordei muito nem o bebé cresceu"*. Na ecografia das 29 semanas, a médica achou que havia um atraso de crescimento intra-uterino. A mãe associa isto ao facto de ter trabalhado demasiado durante todo o período da gravidez. A partir desse momento, são referidos inúmeros sinais de ansiedade, que se foram acentuando à medida que passava o tempo. Fez várias ecografias sempre pela mesma razão e, às 33 semanas, a médica informou-a que iria ser imediatamente internada para provocarem o parto logo que pudessem. *"Fiquei em pânico. Fui chorar para fora da presença do médico com o pretexto que tinha de ir falar ao meu marido... Não era só medo por ela ir nascer logo, mas também por causa do futuro... Os cinco dias que estive internada antes dela nascer foram horríveis... estava extremamente ansiosa, mas nunca desabafei com ninguém".*

Às 33 semanas, após 5 dias de internamento, o parto foi provocado e fez cesariana com anestesia geral. Foi assistida pela obstetra que a seguira e pela ginecologista.

Neste período não são referidos quaisquer sinais de alegria. A ansiedade é o sentimento dominante do período pré e neonatal: *"Já sabia que o bebé iria para a Unidade de Cuidados Intensivos, mas quando acordei da anestesia só queria saber qualquer coisa dela. Estava muito preocupada e ansiosa. A obstetra disse-me que ela estava boa e era gordinha, mas como ela diz sempre que está tudo bem, não acreditei em nada... Então quando me disseram a quantidade de leite que era preciso... Ninguém me dizia nada de concreto. Só ao fim de 3 dias é que a pediatra falou comigo. Estava com o pânico de a ir ver... Não me apetecia nada ir vê-la. Se ela não estivesse bem, eu não ia...".*

A mãe só foi ver a filha 3 dias após o seu nascimento - a Unidade de Cuidados do Recém-Nascido é distante da Maternidade - e é nessa altura que a pediatra fala com ela. Estava sozinha e sentia-se muito enfraquecida: *"Ao princípio, julguei que não se podia mexer. Depois quando me disseram que sim, mexi logo. Era uma das coisas que me fazia impressão era não poder mexer nela. Fez-me imensa impressão vê-la com a máscara, cara queimada. Faz-me muita aflição não poder estar com ela, e ela estar a fazer este esforço tão grande para estar cá fora... Quando lhe tiraram a máscara fiquei muito contente por ver que era perfeitinha. Fui logo tirar leite para ela poder beber".*

Não são referidos sinais de depressão, nem há sintomatologia depressiva, apenas cansaço físico: "*Emocionalmente sinto-me muito bem, mas fisicamente estou um bocado em baixo. Tenho medo de não conseguir chegar para as duas e não aguentar fisicamente".*

Não conta com muito apoio quando for para casa: *"A minha mãe dá-me todo o apoio, tenho uma relação óptima com ela, mas está a trabalhar e eu também sou muito independente. O meu marido está muito pouco em casa por causa dos horários ".*

Na altura da entrevista, a mãe não tem qualquer informação específica quanto ao desenvolvimento das crianças prematuras, nem quanto aos cuidados de que estas possam necessitar. Sabe, no entanto, que antes dela sair da Unidade de Cuidados do Recém-Nascido lhe vão dizer o que há-de fazer com ela. *"Estou com medo que quando ela for para casa seja muito frágil".* Não sabe ainda prognóstico quanto à data da alta.

A mãe consegue fazer algumas previsões sobre o desenvolvimento da Ana - em tudo semelhantes às de um bebé nascido de termo - e tem a noção de que ela tem já algumas competências: *"Ela já vira a cabeça para nós quando estamos cá os dois... Acho que ela já olha para mim e reconhece-me e já sorri... os médicos dizem que não mas eu acho que sim. Com menos dois meses do que os bebés que nascem no tempo, como acho que ela vai fazer tudo na mesma altura, acaba por ser mais precoce!...".* Acha, no entanto, que ela vai ter mais dificuldades do que os outros bebés em dormir, acalmar-se e ser consolada: *"Ela aqui estremece muito... acho que vai dormir menos tempo... deve ser mais difícil, mais exigente, mais agarrada a mim".* Quanto aos aspectos de saúde física, diz: *"Deve ser mais sensível a constipações e mudanças de tempo".*

Não sabe ainda quando retomará a sua actividade profissional. Durante algum tempo ficará em casa com ela: *"Ela já estava inscrita no Infantário onde está a irmã para começar aos 3 meses, mas já não a vou pôr. Tem de ser compensada deste sofrimento todo".*

Numa escala de auto-estima materna feita nesta 1ª entrevista e cujos resultados detalhados podem ser analisados no final do estudo deste caso, obtém pontuações homogéneas nas sub-escalas "Preparação geral para a função materna", "Aceitação do bebé" e "Relação esperada pelo bebé" demonstrando boa auto-estima, sensivelmente mais elevadas do que as que obtém nas outras sub-escalas: "Sentimentos respeitantes à gravidez" e "Capacidade de tratar do bebé".

Elementos significativos da 2ª entrevista - 1º mês

Esta entrevista foi feita 13 dias após a Ana estar em casa. A mãe abriu-nos a porta com um ar muito cansado. A casa ainda não está completamente arranjada após a mudança; apenas o quarto da filha mais velha está já pronto. A Ana estava ainda a dormir no berço no quarto dos pais. Quando ela começou a acordar a mãe pegou-lhe e começou a tratar dela carinhosamente.

Durante estes primeiros dias com a Ana, a mãe diz que tudo tem corrido bem, excepto os problemas com a acumulação das secreções, o que já a fez ir duas vezes ao hospital para ela ser aspirada. Dorme bem, embora não seja ainda fácil prever os seus ritmos de sono e alimentação: mama normalmente de 3 em 3 h., de dia e de noite, o que está a deixar a mãe arrasada. Descreve a Ana como um bebé que não chora muito, que é fácil de consolar e que consegue acalmar-se sozinha. Refere também que o que tem sido mais agradável na interacção com a filha é: *"Ver*

que ela reage aos mimos e tudo. Reage lindamente. Gosta que eu lhe fale, faça festinhas nas bochechas, mexa nas mãos".

Avalia de um modo particular a idade e desenvolvimento da Ana: *"Eu imagino que ela nasceu no dia em que veio para casa. Precisa de mais tempo para fazer as coisas. Parou um bocado para recuperar. Está a compensar o tempo em que teve de aprender as coisas a 100 à hora, a mamar, a respirar... Com 1 mês, a irmã já estava na sala sentada na cadeirinha da Chicco. Esta ainda dorme imenso. Mas tenho a noção de que ela tem 1 mês. Eu trato-a como um bebé normal, mas ao menor problema começo a pensar que ela é prematura... e não arrisco".*

Considera que ela já sorri reactivamente, que já deita a língua de fora por imitação e que produz já sons variados.

Consegue fazer previsões para todos os parâmetros do seu desenvolvimento psicomotor que prevê semelhante ao de um bebé normal, nascido de termo: *"Acho que vai recuperar".*

Na avaliação informal que foi feita e, tendo em conta a idade gestacional, parece-nos que a Ana tem um desenvolvimento adequado.

Ao avaliar a situação interactiva, verificamos que este bebé se mostra ainda pouco responsivo e não emite sinais claros relativamente ao seu foco de atenção ou estado emocional. A mãe é sensível e muito afectuosa com o bebé, mas o seu comportamento interactivo é marcado por passividade, sendo muito pouco expressiva, quer na linguagem quer no comportamento não verbal. Não houve qualquer episódio de desconforto em todo o período em que estivemos com esta díade, mas não há também sinais de grande prazer na interacção.

Conclusão sobre o processo de adaptação inicial mãe-bebé no 1º mês

A Ana parece estar lentamente a regular os seus ritmos biológicos, é ainda difícil trazê-la para um estado de alerta, e mantê-la numa atmosfera de expectativa interactiva. No entanto, a mãe tem plena consciência que ambas estão no início de um conhecimento mútuo, havendo ainda tarefas do período de Regulação Inicial (Sander, 1969) que a mãe ainda não aprendeu: *"Só estou preocupada enquanto não a conheço bem, enquanto ela é muito pequena. Ainda não sei bem os tipos de choro. Acho que depois vou saber tratar dela"*. Assim, a não responsividade do bebé poderá não ter consequências negativas nos sentimentos de competência da mãe.

A mãe tem consciência que estas dificuldades iniciais se devem à prematuridade da Ana.

Nesta entrevista, são sobretudo evidentes um enorme cansaço físico e profundos sentimentos de isolamento e sobrecarga, que se reflectem nas pontuações obtidas na escala de sentimentos e atitudes e que podem ser detalhadamente analisados adiante.
Não são evidentes os sinais de alegria na forma como a mãe fala do bebé, nem há animação e vivacidade na interacção com ela. Ela própria comenta: *"Às vezes estou tão compenetrada e preocupada em fazer bem quando estou a tratar dela, que nem falo com ela".*

Sobre o seu estado emocional, a mãe diz: *"Durante o dia, não penso nisso, mas às vezes não estou com a disponibilidade que gostava. Preocupa-me ter de me dividir pelas duas e não me dever dividir. A irmã está a começar a reagir. Muito bem me tenho eu aguentado... Estou aqui a maior parte do tempo sozinha com as duas. Na semana antes dela vir para casa, já estava a entrar em parafuso a pensar como ia aguentar as exigências das duas com a Ana a ficar mais desperta e a querer mais atenção".*

Embora a mãe não manifeste dúvidas ou receios quanto ao modo de tratar do bebé, a sua ansiedade manifesta-se fundamentalmente como medo de perder o bebé, o que não é de estranhar, uma vez que nestes 13 dias de permanência da Ana em casa, já houve duas situações em que ela não conseguiu expelir as secreções acumuladas, o que obrigou a mãe a levá-la ao hospital.

Não há sinais evidentes de depressão nem de frustração relativamente ao papel maternal, a não ser novamente no que se refere ao isolamento em que se sente.

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

A mãe recebe-nos com a Ana ao colo, com um ar de grande cansaço. Está muito preocupada com a filha mais velha, que tem reagido muito mal, com tristeza, negativismo e birras frequentes, recusando-se a adormecer sozinha e exigindo constantemente a presença dela.

A mãe acha que agora a Ana chora muito mais, sendo neste momento difícil de consolar e não se acalmando sozinha: *"Geralmente embala no choro e parece que fica em pânico. Se está a chorar um bocadinho e eu a ponho na cama ainda chora mais. Se entra no nervosismo é dificílimo acalmá-la".* Tem dificuldades em adorme-

cer e os ritmos de sono não estão ainda definidos, embora desde há 15 dias/3 semanas comece a ser mais regrada: *"Habitualmente faz 4 h. de intervalo à noite. De manhã também dorme. No resto do dia o máximo é 2.30 h. e não é a horas certas. Às vezes, se não estiver agitada, até adormece na cadeira, mas não a posso pôr na cama acordada porque desata a chorar".* Quanto à alimentação, tudo está a tornar-se mais complicado: *"Começou com suplemento aos 2 meses, mas bebe mal o biberão e só à terceira insistência é que pega nele... Às vezes tem de mamar mesmo a seguir ao biberão, adormece um bocadinho e quer mamar outra vez. Mal ouve a minha voz, recusa chucha e biberão... Há uns dias eu estive exausta porque ela queria mamar de 90 em 90 minutos!".*

A mãe não relaciona estas características com o facto da Ana ter nascido prematuramente, acha que é temperamento dela, dizendo explicitamente: *"É capaz de ter mau feitio! Está a ver que ela não pára quieta? Ora agora quer a chucha, ora não quer... já está a chuchar na camisa!".*

Quanto ao seu desenvolvimento, diz: *"É mais precoce numas coisas e menos noutras. Em relação à posição acho igual. Mas relativamente à linguagem, por exemplo, aos 3 meses a irmã já guinchava e esta só começa a tentar fazer RRR. Agora já começo a vê-la com 3 meses, mas muitas vezes ainda faço as contas!... Acho-a muito nervosa. Fica extremamente excitada. Não posso deixá-la chorar muito tempo, embala no choro, quando lhe pego está toda a suar, até treme. É mais carente do que a irmã, só quer mamar, mesmo quando se lhe dá biberão. Agora que eu já vou algumas vezes trabalhar, ela não acalma enquanto não mama".*

Quanto ao futuro, comenta: *"Agora já acho que se vai desenvolver como um bebé normal, mas tenho medo que continue a ser nervosa e agitada".*

Relativamente aos aspectos de saúde, acha-a mais sensível, dizendo explicitamente: *"Não ando com ela às voltas na rua".*

Quer a escala de Griffiths, quer a avaliação informal da interacção, mostram que a Ana tem um desenvolvimento muito superior à sua idade gestacional.

Pela avaliação da situação interactiva podemos verificar que este bebé se mostra, neste episódio, muito focalizado na mãe e tem algumas iniciativas interactivas, desviando o olhar dos objectos que a mãe lhe apresenta para olhar e sorrir para a mãe. Responde às iniciativas desta, quer através do olhar e do sorriso, quer através de vocalizações, exprimindo sempre afecto positivo e grande prazer na interacção para a qual está muito disponível. A mãe mantém-se sensível, tem comportamentos afectuosos, mostra-se mais expressiva na sua interacção, dirigindo-a com

sensibilidade e modificando o seu comportamento em resposta ao foco de atenção do bebé.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

Embora na interacção que observámos seja evidente que a Ana tem boas competências interactivas, só agora a mãe começa a valorizá-las, embora não sinta que lhe sejam dirigidas: *"Agora ela começa a reagir, ri-se, palra imenso, diz arre...arre, faz queixinhas, mais ao pai. Já acompanha as conversas a palrar".* A Ana está claramente focalizada para a interacção com pessoas, a mãe tem consciência disso mas parece ter dificuldades em manter com ela uma interacção por períodos prolongados, sendo sempre a primeira a quebrar esses momentos de troca recíproca, no sentido que Sander (1969) dá a este termo, como se não estivesse ainda adaptada ao seu bebé, nem tivesse adquirido competências na principal tarefa desta etapa: sincronizar o seu comportamento com os ritmos de atenção/ /afastamento do bebé (Brazelton & Cramer, 1989).

Só momentaneamente presenciámos uma situação de desconforto mas, ao falar da Ana, a mãe acentua os aspectos negativos, mostrando algum cansaço face às suas características, evidenciando um prazer moderado na interacção com o seu bebé.

Nesta entrevista continuam a ser evidentes um enorme cansaço físico e sentimentos de isolamento e sobrecarga: é a mãe que todos os dias vai levar e buscar a filha mais velha ao infantário, tendo que levar também a Ana porque não tem com quem a deixar. Embora esteja contente com as 4h. de intervalo que a Ana já faz de noite, continua exausta por não dormir o suficiente, até porque a outra filha está também com problemas em adormecer. *"Preocupa-me não ter tanto tempo para ela porque ela deve precisar de mais atenção".*

A mãe está sobretudo preocupada com o temperamento da Ana: *"Para já preocupa-me que ela não seja tão nervosa como parece".* Está também ansiosa relativamente à saúde dela nos aspectos respiratórios, pois já teve de fazer sessões de Kinesiote-rapia.

O estado emocional da filha mais velha está também a inquietá-la muito, apesar de achar que ela já está mais calma e já não anda tão triste.

Os sinais de frustração relativamente ao papel maternal são evidentes quando a mãe nos diz: *"Há uns tempos achava frustrante porque não sabia distinguir os choros, nem prever os ritmos dela".*

Embora não haja sinais evidentes de depressão, a não ser novamente no que se refere ao facto de assumir sozinha toda a responsabilidade pelas duas filhas, também não há quaisquer sinais de alegria na forma como a mãe fala do bebé, embora haja alguma animação e sorrisos na sua interacção com ela.

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

A Ana tinha trocado os horários todos, tinha acabado de adormecer quando chegámos, pelo que fizemos toda a entrevista com ela a dormir. A mãe acabou por ir acordá-la, falou-lhe suavemente e brincou com ela uns minutos antes de a tirar da cama, numa atitude muito adequada, não tendo havido qualquer reacção negativa por parte do bebé. Desde que vieram de férias, a Ana passou a dormir no quarto da irmã, o que a mãe acha ter sido bom para todos: *"Dormimos todos muito melhor".*

Refere espontaneamente que está, ela própria, mais calma e que também está mais tranquila com a Ana: *"Está melhor em relação às birras em que ficava agitada e eu agora já sei melhor. Está mais calma do que era. Só depois do banho é que está sempre muito agitada. Duma forma geral, acho-a mais calma. Só a acho muito teimosa. Só faz aquilo que quer. Fica desesperada quando eu ralho com ela: eu falo mais alto e abro os olhos. Fica aflita, com os olhos muito abertos, sem saber o que fazer".* Os seus ritmos de sono continuam a não estar claramente definidos: *"Para adormecer é um problema, nunca adormece sozinha, nem vale a pena pô-la na cama. Só fica se estiver muito cansada. Durante a noite já dormia bem, mas agora está novamente a acordar mais vezes. De dia, no intervalo das refeições, normalmente só dorme meia hora".*

Quanto à alimentação, acha que ela continua a ser muito inconstante, quer nas horas, quer na quantidade do biberão que toma. *"Se não fosse ela estar tão mimadinha com a maminha da mãe, eu já tinha secado o leite, porque está a ficar muito fraquinho e ela já fica com fome. Se deixo de lhe dar de mamar - o que já aconteceu quando estive com diarreia - fica muito mais inquieta para dormir. Está muito mal habituada, mas a culpa é minha!"*. Já só mama antes de dormir. Começou com as papas aos 4 meses. Gostou muito, nunca fez fita nem porcarias. Sopa e fruta começou a tentar dar aos 4 meses e meio: *"Sempre foi um inferno, por mais variantes que eu faça".*

Quanto à avaliação do desenvolvimento, refere: *"Acho-a muito atrasada no aspecto motor. Está a fazer agora o que outra bebé faria aos 4 meses. Ainda está dificilmente de barriga para baixo... No agarrar dos brinquedos, acho que já consegue agarrar as coisas mas ainda é descoordenada e não consegue levar as*

coisas à boca. Agora está a descobrir os pés... Na atenção que dá às pessoas acho-a mais viva e a dar mais atenção. Quando fica excitada, fica eléctrica. Com a irmã é assim... Já se nota que reconhece o pai que esteve uns dias sem ver. Pessoas de fora não tem reacções de estranhar".

A mãe tem expectativas de desenvolvimento um pouco contraditórias, como se a Ana fosse, de facto, um bebé imprevisível, mas refere: *"Acho que quando for crescendo se vai notando cada vez menos".*

Na avaliação feita através da escala de Griffiths, a Ana demonstra competências ligeiramente superiores à sua idade gestacional, portanto adequadas à sua idade cronológica, excepto na área de audição e linguagem onde algum atraso é evidente.

Pela análise da situação interactiva, podemos verificar que este bebé está neste momento muito interessado nos objectos embora, pela posição em que a mãe a coloca - deitada de costas - lhe seja difícil alcançá-los por sua iniciativa. A mãe mostra-se pouco sensível aos sinais, muito claros, emitidos pelo bebé, quer no que respeita ao seu foco de atenção, quer no que respeita ao seu estado emocional, tem iniciativas pouco sincronizadas e por vezes intrusivas, verificando-se frequentemente pouca sintonia entre ambas. Demonstra também poucas qualidades estimulativas, não respeita o ritmo do bebé e mantém-se muito pouco expressiva no seu estilo interactivo. Não há quaisquer elogios ao bebé, e embora haja algumas manifestações de afecto positivo por parte da mãe, não há sinais evidentes de prazer na interacção e, por parte da Ana, há, em maior quantidade, sinais de afecto negativo.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

A mãe refere as competências interactivas da Ana como o que tem sido mais agradável na interacção com ela: *"O melhor são as conversas... conversar. Até parece que é como um adulto".*

Apesar da Ana já ter 6 meses, a sua mãe acha que só recentemente ela adquiriu algumas competências na manipulação de objectos, e a interacção que com ela estabeleceu é a característica do período a que Trevarthen (1990) chamou de "Motivação para um Envolvimento Pessoal", não parecendo que lhe estejam a ser proporcionadas oportunidades para experimentar um ambiente mais vasto, para descobrir e dominar novos objectos. Pelas reacções que a Ana teve, no entanto, pareceu-nos que ela demonstra já um grande interesse pelo que a rodeia, o que pode explicar as quebras frequentes na interacção com a mãe que pudemos

observar. A mãe não pareceu ter tido consciência disso e não foi capaz de lhe responder de forma sintónica.

A mãe quer retomar o trabalho, por isso começou há uma semana a deixar a Ana no infantário, mas não sabe como é que as coisas vão correr: *"Tenho que resolver a minha vida até porque quando tenho trabalho é para estar lá até às tantas, porque se têm de cumprir os prazos".*

Mostra-se satisfeita com a evolução da Ana, nomeadamente quanto à menor agitação, embora fale das suas características pessoais de uma forma ambivalente, referindo claramente que algumas delas perturbam a interacção. Num dos itens da sub-escala "Satisfação com o bebé", refere: *"Eu nunca disse isto a ninguém, mas eu ao princípio estava mais preocupada com a minha filha mais velha. Só quando ela começou a rir-se e a fazer coisas mais ligadas a mim é que eu comecei a ver que ela existia... coitada da criança. Aí é que eu comecei a tratá-la como um bebé. Pr'aí aos dois meses dela. Dantes eu tratava dela mas como andava enervadissima... Eu acho que ela sentia isso. À noite, às vezes, se ela começava a berrar eu dizia ao meu marido para a tirar dali senão ainda lhe apertava o pescoço!"*. Nesta entrevista, é menos evidente a situação de cansaço físico, referindo a mãe que é sobretudo emocionalmente que está exausta com a situação devido às características que a Ana tem manifestado.

Há um aumento dos sentimentos de frustração relativamente à entrevista anterior, que aparecem não só devido ao cansaço físico, como também relacionados com o facto deste bebé ter vindo perturbar profundamente a sua vida conjugal e profissional: *"Já passava uns dias sem ela... Já começo a achar que preciso de ter mais tempo para mim... A minha preocupação máxima agora é fazer a minha vida com o meu marido, que ficou um bocado decapitada... Tenho medo de não ter tempo para estar tanto com elas... Acabo por não conseguir conciliar tudo na minha vida".*

A mãe nunca refere explicitamente sentir-se deprimida, no entanto diz-nos, pela primeira vez, que desde o parto se sente muito nervosa e tensa, continuando a mencionar sentimentos de isolamento e falta de apoio.

Desapareceram todos os sintomas de ansiedade relativamente aos cuidados com a Ana, apesar de nos aspectos de saúde, se manterem os mesmos problemas: *"Continua a constipar-se com muita facilidade e a ficar com os brônquios atacados. Isso é o pior de tudo. Qualquer coisinha, fica logo. Mas pelo que eu tenho falado com mães de bebés prematuros, eles são sempre muito sensíveis às correntes de*

ar e diferenças de temperatura. Quando está vento na rua nem me atrevo a sair de casa com ela" .

As pontuações obtidas na escala de sentimentos e atitudes, que podem ser analisadas adiante, são prova evidente destes sentimentos da mãe e os comentários que fez aquando da aplicação da escala, alguns dos quais transcrevemos, foram extremamente significativos da sua ambivalência relativamente a este bebé.

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

A mãe vem-nos receber com a Ana ao colo, parecendo as duas muito bem dispostas. Pela primeira vez, nem a mãe tem um ar exausto, nem a Ana tem um ar adoentado. Estão as duas arranjadas para sair e, também pela primeira vez, vimos a Ana vestida sem ser de babygrow, pois irá para o infantário a seguir à nossa entrevista.

A mãe fala-nos da Ana de uma forma completamente diferente do que na entrevista anterior: *"Agora até nem acho que seja uma criança difícil. É bem disposta. Não é rabugenta nem nada. Tem ginete. Só chora com fome ou com sono. De resto, é bem disposta".* Continua com algumas birras, não é fácil acalmá-la, mas se a deixam sozinha, ela própria se acalma.

Quanto aos seus ritmos e rotinas refere: *"Não tem horários certos, nem dorme regularmente e até hoje só fez 3 noites inteiras sem acordar. É impossível deitá-la ou adormecê-la quando ainda está muito acordada. Nunca adormece por ela própria. Durante o dia dorme cerca de 1 h. entre as refeições, que já não são complicadas".*

A mãe reconhece na Ana novas aquisições neste período: *"A comparar com as do infantário, houve uma altura em que eu reparei que ela estava atrasada. Agora houve um pulo e está exactamente como os outros. Só não palra tanto. É eléctrica, mas presta imensa atenção às coisas. Podia ser só viva, mas é observadora. Vai ser uma espertalhona. Fica excitada com muita facilidade: mexe-se, dá pulos, estica-se, estica o queixo todo e finca as gengivas".*

As expectativas que a mãe faz para a Ana são as de um desenvolvimento semelhante ao de um bebé normal nascido de termo: *"Acho que vai ser num instante como tem sido. Ela de vez em quando dá pulos. Vai ser eléctrica... Vai continuar sempre... É desde que nasceu. Só nos aspectos de saúde é que tem sido complicado".*

Na escala de Griffiths o seu desenvolvimento é ligeiramente superior à sua idade gestacional, excepto na área da linguagem, o que confirma a opinião da mãe. No entanto, esta não parece ter consciência da pobreza da interacção verbal que mantém com a filha e que pode, de certo modo, explicar o atraso específico nesta área.

Pela análise da situação interactiva podemos verificar que a Ana demonstra grande interesse nos objectos, toma iniciativas no sentido de os ir buscar e manipular à sua vontade, sendo estas muito mais frequentes do que as iniciativas de interacção social, para a qual não parece muito disponível. A mãe oscila entre uma atitude de observação, de certa passividade com ela, algumas tentativas de interacção directa e comportamentos demonstrativos da utilização dos objectos que por vezes interferem no foco de atenção da Ana. Esta responde-lhe brevemente, voltando logo em seguida à sua actividade. A mãe tem demonstrações de afecto e, pela primeira vez, faz alguns elogios ao comportamento da filha.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês

A mãe refere que agora tudo lhe é agradável na interacção com ela: *"Estou naquela fase que a acho toda simpática e comunicativa. É muito meiguinha, adora beijinhos, cerra os olhos e fica à espera de mais. Faz-me uma grande festa quando chego ao infantário, mesmo quando está meia a dormir".*

Acha que a Ana não estranha ninguém: *"Quando estão pessoas estranhas, geralmente interessa-se mais por essas pessoas. Nunca teve nenhuma reacção de estranhar. Foi sempre simpática. Ri-se para toda a gente"*. Este comentário da faz-nos pensar que a Ana poderá não ter ainda estabelecido uma vinculação forte com a mãe, talvez pela relação, marcada pela ambivalência, que tem caracterizado esta díade.
A interacção que observámos é isenta de conflitos, mas continua a ser marcada por alguma falta de sensibilidade relativamente aos sinais que a Ana dá relativos aos seus focos de interesse. Como na entrevista anterior, a mãe tenta manter a atenção do bebé focalizada nela, como se a filha estivesse ainda numa fase anterior de desenvolvimento. No entanto, a Ana demostra já características do período a que Sander (1969) chamou "Iniciativa", marcado pelo aparecimento de um número significativo de iniciativas nos planos motor - aprendeu a gatinhar bem há quinze

dias - de troca social ou de actividades de exploração de objectos. A mãe apercebeu-se delas, fala-nos dessas actividades, refere que desde há algum tempo a Ana se entretém muito a ver os brinquedos, mas não parece ser capaz de assegurar um grau suficiente de contingência nas suas respostas (Greenspan & Lieberman, 1989).

Há muito pouca interacção verbal, não fazendo a mãe uso da modulação da voz e do exagero das expressões faciais e vocais - características do repertório da mãe - (Stern, 1977/1980) para atrair a atenção do bebé.

A mãe só consegue trabalhar quando a Ana está suficientemente bem de saúde para ir ao infantário, o que ainda nunca aconteceu regularmente desde que foi pela primeira vez há três meses.

Mostra-se satisfeita com a evolução da Ana, fala finalmente *dela* como de um bebé a quem acha graça, nomeadamente porque esta parece responder às suas demonstrações de afecto. Contudo, não há quaisquer sinais de alegria quando fala *com* ela. Como já vimos, a interacção que estabelece com a filha é marcada por uma certa astenia e passividade, sem sinais de prazer. Pela primeira vez, parece ter consciência de ter estado deprimida: *"Eu fui-me completamente abaixo. Nas fotografias do Verão parecia uma morta viva"* No entanto, fala disso como sendo uma situação já ultrapassada.

Nesta entrevista, é menos evidente a situação de cansaço físico, mas a mãe refere-se ao período que passou desde a última entrevista como tendo ainda sido desgastante: *"Já não tem ido fazer Kinesioterapia, só aerosóis. Agora já se aguenta uma semana sem antibiótico, mas tem havido alturas terríveis. Tem doença celíaca. Não é grave, mas é muito chato. Descobriu-se a seguir aos 6 meses, após um mês com diarreias horríveis. Agora já consegue comer algumas coisas sem fazer reacção... Estou preocupada que ela apanhe alguma coisa no infantário, porque como está sempre doente e constipada, só tem ainda uma vacina".*

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

A Ana tem estado novamente doente, por isso a mãe não sabia até que ponto ela iria colaborar nesta observação.

Nesta última entrevista, para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé.

A mãe considera que este ano foi muito difícil: *"Mais difícil do que eu imaginava. Dava-me a impressão que fosse normalizar mais depressa do que aconteceu. Ela é muito mais sensível do que um bebé normal, mas por outro lado não estranha nada e eu pensei que ela seria muito estranha".*

A ansiedade relativamente ao estado de saúde da Ana só muito tarde foi ultrapassada: *"Passou completamente a partir dos 7 meses ou talvez até mais tarde, porque depois ela deixou de mamar e teve todas as diarreias da doença celíaca... Agora não estou nada ansiosa. Estou mais calma, menos cansada, mas se ela não dorme, eu perco a cabeça e fico desesperada".*

Relativamente à sua vida profissional, diz: *"Tem sido uma desgraça porque ela tem estado constantemente doente. Não é nada de grave... O pior é que me transtorna a vida toda!"*

O comportamento da Ana é agora descrito de uma forma bastante diferente pela mãe: *"Nunca foi muito de chorar e agora não chora nada. Irrita-se e fica furiosa, mas logo a seguir passa-lhe. Nessas alturas, não vale a pena tentar acalmá-la, mas se a deixarmos sozinha ela cala-se".*

Os ritmos de sono e alimentação estão finalmente regularizados, mas o adormecer nem sempre é fácil: *"Ao colo fica muito irrequieta, sente-se presa e não gosta. É melhor se a deitarmos na cama e a deixarmos ficar".*

A mãe tem consciência de todos os progressos que a Ana tem feito e refere-os mesmo como uma das coisas que lhe dá maior satisfação: *"É ver que ela se está a desenvolver e ela ser assim toda espevitada. Acho o máximo"*. No entanto, acha que a Ana fez quase todas as aquisições mais tarde do que ela imaginava e comenta, da seguinte forma, os progressos do seu desenvolvimento: *"Fazia-me impressão ao princípio pensar se estes bebés eram precoces, fazendo tudo mais cedo ou se tinham que recuperar. Agora acho que ela é mais atrasada um bocado, embora tenha dado um grande pulo. A andar já não acho tão atrasada. Na fala, acho muito mais. É o que eu acho mais atrasado. Talvez seja dela ser prematura, porque houve uma fase em que eu acho que ela parou, como que uma quebra. Foi depois de deixar de mamar".* Acha, no entanto, que o desenvolvimento da Ana vai normalizar-se: *"A falar também, com a irmã a puxar por ela...".*

Na avaliação da escala de Griffiths, a Ana demonstra capacidades adequadas à sua idade gestacional em todas as áreas e, acima desta, no desenvolvimento motor.

Na análise da situação interactiva, verificamos que o comportamento da Ana mantém-se focalizado nos objectos que manipula já de forma mais evoluída. Tem, no entanto, várias iniciativas interactivas dirigidas à mãe e responde às iniciativas desta, mas sem demonstrar grande prazer nessa interacção. A mãe continua a mostrar-se pouco sensível aos sinais, muito claros, que a Ana dá, é muito pouco criativa nas actividades que lhe propõe, sendo o seu comportamento marcado por passividade e pouca expressividade. Mostra-se menos afectuosa, com poucos comportamentos carinhosos, mesmo na altura da reaproximação na situação do estranho, não sendo muito visíveis quaisquer sinais de prazer na interacção.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 12º mês

Os processos de vinculação estão claramente estabelecidos e compreendidos pela mãe: *"Continua interessadíssima pelas pessoas todas, mas às pessoas que conhece, atira-se logo aos braços: O pai, avô materno e a irmã. A mim faz uma festa enorme quando a vou buscar ao infantário"*. Estes comentários da mãe demonstram claramente a existência de mecanismos de recognição e de recall (Schaffer, 1971) e da fase de Diferenciação Somato-Psicológica (Greenspan & Lieberman, 1989).

Na interacção que observámos, apercebemo-nos que começa a haver alguma brincadeira integrando a mãe e os objectos, característica de uma fase de Partilha Intersubjectiva do Mundo (Trevarthen, 1990). A mãe refere que ela consegue já apontar quando quer uma coisa, conduta que não presenciámos. Refere também que a Ana é já capaz de aceder aos seus pedidos e ordens simples: *"Já vai buscar a chucha quando a mandamos".* Reconhece vários sinais da Ana que sabe interpretar consoante o contexto em que ocorrem: *"Se tem sono, puxa os cabelos e arranha-se nas orelhas, se tem fome, fica muito enervada sem saber o que é que quer".*
Apesar de todos estes progressos, a observação da interacção continua a mostrar-nos uma díade pouco sintonizada, em que a mãe não se mostra muito sensível às pistas, bastante claras, que o bebé dá, e não procura expandir ou comentar as suas iniciativas.

A mãe mostra-se satisfeita com a evolução da Ana, mas continua a não haver quaisquer sinais de alegria quando fala com ela. Não há um prazer evidente na interacção que estabelece com a filha, nem entusiasmo quando fala dela. Diz que tem muito mais prazer com ela agora: *"Porque eu dantes não tinha prazer nenhum".*

Sobrecarga continua a ser o sentimento dominante da mãe, para quem é difícil suportar situações em que a Ana chore sem parar ou não durma, sentindo-se,

nessas ocasiões, completamente descontrolada: *"Principalmente quando ela acorda de noite. Ao princípio ficava desesperada, desatava aos gritos. O meu marido até tinha medo que eu fizesse alguma coisa... Eu pensava que era só ao princípio, mas ainda há pouco tempo levou duas palmadas".*

Os sentimentos de frustração da mãe estão claramente associados à interferência que os constantes problemas de saúde da Ana têm causado na sua vida quer pessoal, quer profissional.

Não refere explicitamente sentir-se deprimida e acha que é uma boa mãe, mas diz: *"Sinto sempre um complexo de culpa quando penso no que faço relativamente a ela... Talvez porque nunca tive tanto tempo como achei que ela precisava para ver as reacções dela. Ela também foi cedo para o infantário".*

Não são agora visíveis sintomas de ansiedade relativamente à Ana, embora a mãe diga: *"Não sei prever como é que ela reage numa situação e ambiente desconhecido, por exemplo nos transportes. Com a irmã eu ia, esta se começa a berrar, pode não se calar... Estou sempre à espera que aconteça o pior, mesmo sem ser nada de grave...".*

Estes comentários da mãe, feitos quando passamos a escala de sentimentos e atitudes, bem como a pontuação nela obtida, cujos resultados podem ser analisados adiante, continuam a exprimir grande ambivalência na relação.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista - Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão.

Resultados da Escala de Auto Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dimensões	Pontos	Média
Capacidade de tratar do bebé	35	3.88

Capacidade e preparação global para a função materna	30	4.28
Aceitação do bebé	24	4
Relação esperada com o bebé	16	4
Sentimentos respeitantes à gravidez	18	3
TOTAL	123	3.84

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	22 x-3,66	24 x-4	23 x-3,83
Escala B Sobrecarga (7 itens)	12 x-1,7	12 x-1,7	13 x-1,8
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	39 x-4.33	21 x-2.3	33 x-3,6
Escala D Ansiedade (5 itens)	17 x-3,4	25 x-5	24 x-4,8
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	31 x-3,44	30 x-3,33	34 x-3,77

O FILIPE E A SUA MÃE

Elementos significativos da 1ª entrevista

O Filipe é um bebé pré-termo. É o 1º filho de um casal jovem (mãe de 23 anos e pai de 18), com formação académica de nível médio - a mãe tem o 11º ano e o pai o 7º ano. A situação profissional de ambos é pouco estável. Habitam na casa da família paterna, num andar em más condições num bairro típico de Lisboa, juntamente com mais 4 pessoas.

A gravidez ocorreu depois de dois anos de vida em comum, foi desejada, planeada, e muito bem aceite, sendo explicitamente referidos sinais de alegria quando houve a sua confirmação, aos 2 meses.

Tudo decorreu sem problemas até às 32 semanas, altura em que a médica achou que havia um atraso de crescimento intra-uterino, tendo sido encaminhada para a consulta de alto risco. Fez repouso a partir dessa altura. Só então são referidos sinais de ansiedade, quando lhe disseram que se o bebé não crescesse teria que ser internada para provocarem o nascimento: *"Fiquei muito aflita, mas o grande choque foi na véspera dele nascer quando me disseram que iam fazer a cesariana no dia seguinte".*

Às 35 semanas, o parto foi provocado e fez cesariana. Tentaram anestesia epidural, mas a mãe refere não ter tido efeito, pelo que fez depois anestesia geral. Ansiedade é o sentimento dominante do período pré e neonatal: *"Estava muito tensa, tive um*

ataque de nervos porque me estava a fazer muita impressão pensar que ia ver os médicos a cortarem-me" .

Após o bebé nascer, a mãe sente-se melhor: *"Quando acordei da anestesia estava o meu marido ao lado a dizer que o bebé estava bem, só que era muito pequenino".* A mãe só foi ver o filho dois dias após o seu nascimento - a Unidade de Cuidados do Recém-Nascido é distante da Maternidade - e é nessa altura que as enfermeiras falam com ela. Estava com o marido: *"Fiquei contente porque vi que ele era perfeitinho e comprido. Já me sentia contente e depois dessa primeira visita praticamente não saía de lá de ao pé dele".*
Continuam a ser dominantes os sentimentos de ansiedade: *"Desatei a chorar, como já tinha acontecido nos dias anteriores. Foi de alegria e de choque porque não sabia o que era um bebé prematuro e ver o bebé todo cheio de fios é horrível. Só lhe fiz festinhas no pé, mas a minha vontade era pegar-lhe ao colo e dar-lhe peito"*. Nos dias seguintes, apesar das melhoras registadas pelo bebé, a mãe continua a sentir-se muito ansiosa.

Sente-se já apoiada pelo marido: *"Eu não sei o que ele pensa porque ele se abre pouco, mas deu-me e está a dar-me muito apoio. Ele está a dar o melhor dele em relação a todos os aspectos. Não se deixa ir abaixo porque sabe que eu estou em baixo".*

Na altura da entrevista, a mãe não tem qualquer informação específica quanto ao desenvolvimento das crianças prematuras, nem quanto aos cuidados de que estas possam necessitar. Não sente qualquer apoio da equipa do serviço onde o bebé está e acha que não há condições para as mães poderem estar junto dos filhos.

As previsões que faz sobre o desenvolvimento do Filipe são em tudo semelhantes às de um bebé nascido de termo. Acha que ele terá mais dificuldades do que os outros bebés em dormir, acalmar-se e ser consolado: *"Eu sempre fui muito nervosa e tenho medo que ele apanhasse os meus nervos mas, para já, não dou por nada. Vai ter mais dificuldades no 1º mês e depois vai ser como os outros".*

A mãe não sabe ainda quando retomará a sua actividade profissional: *"Só vou começar a trabalhar quando achar que ele está pronto para se meter nas mãos de outra pessoa. Nessa altura vou ver quem tomará conta dele".*

Na escala de auto-estima materna feita nesta 1ª entrevista, cujos resultados detalhados podem ser analisados no final deste estudo de caso, as pontuações que obtém indicam uma boa auto-estima, muito embora nas sub-escalas "Aceitação de bebé" e "Sentimentos respeitantes à gravidez" tenha valores sensivelmente inferiores aos das restantes sub-escalas.

Elementos significativos da 2ª entrevista - 1º mês

Esta 1ª entrevista foi feita quando o Filipe já estava há 20 dias em casa. A casa está bastante desarrumada e o Filipe estava ainda a dormir no berço na sala. Começou a acordar pouco depois, a mãe pegou-lhe e começou a tratar dele, arranjando o biberão de forma pouco organizada. No fim do biberão, o Filipe estava completamente adormecido, não foi possível acordá-lo, pelo que o episódio de interacção foi gravado mais tarde, nesse mesmo dia.

Durante estes primeiros dias com o Filipe, a mãe diz que tudo tem corrido bem. Dorme bem e a mãe considera fácil prever os seus ritmos de sono e alimentação: faz sempre um intervalo de 3 h., de dia e de noite. Descreve o Filipe como um bebé que não chora muito, que é fácil de consolar e consegue acalmar-se sozinho: *"Só se estiver com fome e para bolsar é que não se cala".* A única preocupação que refere é ele bolsar muito o que considera muito perigoso, embora diga: *"Só tenho sempre incógnitas para saber se ele está a evoluir bem, mas acho que sim".*

Refere que o que tem sido mais agradável na interacção com o Filipe é: *"Dar-lhe banho, vesti-lo e despi-lo. Dava-me imenso gozo dar peito, mas ele habituou-se ao biberão na incubadora...".*

A mãe refere as competências actuais do Filipe da seguinte forma: *"Acho que ele ainda só vê sombras, embora às vezes dê a impressão que ele está mesmo a olhar para nós....Já sorri e não é só quando está a dormir. Quando está acordado também sorri. Também já faz muitos sons diferentes consoante tem sono, fome ou se quer bolsar... Parece que já presta atenção aos sons".*

Quando o compara com os outros bebés da mesma idade, diz: *"No aspecto do tamanho são o dobro dele, embora ele esteja a evoluir mais do que os outros, mas no resto acho que ele brinca mais do que os outros, levanta-me o tronco e a cabeça, vai com as mãos ao biberão. Presta muita atenção, está de olho arregalado. Nisso acho melhor do que os outros, liga muito às brincadeiras".*

Consegue fazer previsões para todos os parâmetros do seu desenvolvimento psicomotor, que prevê semelhantes aos de um bebé normal, nascido de termo e diz: *"Agora já tenho esperanças que vai ser bom".*

Na avaliação informal que fizemos, verificámos que o Filipe está de facto bastante atento à interacção, manifestando nas várias áreas um desenvolvimento superior à sua idade gestacional.

Pela análise da situação interactiva, verificamos que esta mãe tem um comportamento sensível e estimulante, é expressiva na forma como interage com o bebé, que imita sistematicamente, interpretando os sinais por este emitidos. O bebé está já atento e responsivo às iniciativas da mãe, manifestando alguma disponibilidade para a interacção social.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 1º mês

O Filipe parece estar, neste período de Homeostase (Brazelton *et al.*, 1975), a regular bem os seus ritmos biológicos. Por vezes, é ainda difícil trazê-lo para um estado de alerta mas, uma vez desperto, está bastante atento e mostra-se capaz de participar na interacção. Nos episódios de interacção que observámos, a mãe mostrou sensibilidade aos estados de alerta e de desconforto do seu bebé, sabendo responder-lhes adequadamente, parecendo assim que este período de Regulação inicial (Sander, 1969) está a decorrer de forma harmoniosa.

São evidentes os sinais de alegria na forma como a mãe fala do bebé, do seu desenvolvimento e dos progressos que já fez desde que saiu da maternidade. Não há também sinais de frustração relativamente ao papel maternal nem de depressão, mas a mãe refere não ter ainda recuperado do período em que o Filipe esteve no hospital, continuando a sentir-se tensa e nervosa e chorando com frequência.

Nota-se alguma tensão emocional na forma como a mãe refere reagir a algumas situações do dia a dia. Ansiedade é um dos sentimentos dominantes nesta entrevista. A mãe tem dúvidas quanto ao modo de tratar o bebé, e manifesta ansiedade referindo que se levanta muitas vezes para ver se ele está bem e que tem muito medo que lhe aconteça qualquer coisa.

Os resultados obtidos pela mãe na escala de sentimentos e atitudes, que poderão ser analisados adiante, evidenciam sobretudo ansiedade e sobrecarga emocional.

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

A mãe recebe-nos com boa disposição, referindo-nos imediatamente a evolução do Filipe, demonstrando com isso grande satisfação.

Acha que o Filipe continua a chorar pouco e que é fácil de consolar: *"Só chora quando tem fome. Nessa altura chora muito. Se é outra coisa, para o consolar, pego-lhe ao colo e tento falar e passear com ele".* Quanto aos ritmos de sono, parecem estar a adquirir uma certa regularidade: *"À noite dorme 5h. seguidas. No resto do tempo, o máximo 3h. De dia, em casa, tem muita dificuldade em adormecer. Na rua, a passear, adormece muito bem. Agora, a partir do biberão da manhã, já é fácil prever os horários dele".*

A mãe deixou de ter leite logo a seguir ao mês pelo que neste momento só toma biberão, bolsando ainda frequentemente: *"Melhorou muito, mas bolsa em todas as refeições. Também tem muita prisão de ventre".* Estes problemas não inquietam muito a mãe que diz: *"O bolsar já inquietou... agora é só lavar a roupa! O pior é a adormecer de dia... custa muito".*

Refere espontaneamente as competências que o Filipe adquiriu e acha que ele está como os outros: *"A única diferença está no tamanho e no peso. Os outros riem como ele ri, brincam como ele brinca e palra".*

Quanto ao futuro, diz: *"Acho que vai continuar igual e aos poucos vai deixar de se notar a diferença".*

Mostra-se, no entanto, um pouco ansiosa quando aplicamos a escala de Griffiths, perguntando frequentemente se o Filipe já devia fazer mais algumas coisas. Quer os resultados desta escala, quer a avaliação informal da interacção, mostram que o Filipe tem um desenvolvimento ligeiramente superior à sua idade gestacional, homogéneo nas várias áreas do desenvolvimento.

Ao analisar a situação interactiva, verificamos que este bebé está bem atento ao ambiente que o rodeia e, inicialmente, pouco responsivo à mãe. Esta mostra-se sensível, mas nem sempre se coloca em posição que permita a interacção social e o Filipe não toma, ainda, iniciativas nesse sentido.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

Na sequência interactiva que presenciámos, não só nos episódios filmados, o Filipe mostrou-se muito atento ao ambiente, mas sobretudo focalizado para a interacção com pessoas. A mãe mostra consciência desta fase de Troca Recíproca (Sander, 1969), quando refere o que lhe é particularmente agradável na interacção com ele: *"É agora esta fase dele olhar para mim e dar atenção e rir. Parece que quer conversar".*

Parece estar bem adaptada ao seu bebé, e ter adquirido competências na principal tarefa desta etapa: sincronizar o seu comportamento com os ritmos de atenção/ /afastamento do bebé (Brazelton & Cramer, 1989).

Continua a evidenciar alegria na forma como fala do bebé, mostrando animação na interacção com ele. A mãe está agora menos preocupada com o Filipe: *"Agora já se pode deixar sozinho no quarto... dantes tinha que ter sempre alguém ao pé, porque ele bolsava muito e era perigoso".*

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

Por motivo de obras na casa dos sogros, a família está neste momento em casa do avô materno, em condições habitacionais extremamente precárias, mas a mãe está muito satisfeita com essa situação.

Mostra-se também muito satisfeita com o seu filho: *"É o bebé mais simpático que eu já vi".* Acha-o um bebé fácil, embora já não se acalme sozinho e continuem os problemas de intestinos e de bolsar: *"A chorar é como todos: só com fome, sono ou molhado... Continua a bolsar imenso, preciso sempre de lhe mudar a roupa... Com os intestinos é o mesmo, ou faz um cocó muito duro e tem dificuldade a fazer, ou não faz".* Os seus ritmos de sono estão definidos em função dos horários da mãe, que são pouco regulares: *"Dorme bem, só para adormecer à noite é que é mais chato, porque faz birra para adormecer, mas eu não me chateio nada. Habituaram-no a adormecer ao colo ..".* Começou com as papas aos 4 meses e aos 5 introduziu sopa: *"Da papa gostou logo, com a sopa demorou mais tempo a habituar-se, mas actualmente come bem".*

Avalia adequadamente as competências do Filipe que considera ter feito progressos nas várias áreas do desenvolvimento, justificando que há actividades que ele ainda não faz porque não são coisas que ela faça: *"Acho que está tudo normal. Cheguei à conclusão que nem todos os bebés são iguais, mesmo quando nascem de tempo".*

A mãe tem expectativas de desenvolvimento futuro semelhantes às de um bebé nascido de termo e diz: *"Vai ser normal como os outros".*

O Filipe parece um bebé pouco estimulado - está ainda muito poucas vezes fora do berço - o que se reflecte sobretudo nas aquisições motoras, área em que, na avaliação feita através da escala de Griffiths, demonstrou um atraso ligeiro mesmo tendo em conta a sua idade gestacional.

Pela análise da situação interactiva, verificamos que este bebé se mostra moderadamente activo e animado mas tem interesse pelos objectos e pela interacção. A mãe mostra-se, por vezes, pouco organizada nas suas iniciativas, mas sensível e aprovando as características do bebé com quem interage com evidente prazer.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

A mãe refere as competências interactivas do Filipe como o que tem sido mais agradável na interacção com ele: *"O melhor é brincar com ele, as gargalhadas que ele dá, embora não seja ainda dobrar mesmo o riso".* Schaffer (1984), citado por Bremner (1988), fala deste período como uma fase de viragem das pessoas para os objectos, devendo as mães adaptar-se e basear as suas interacções à volta de brinquedos numa "partilha de tópicos" com o bebé. Pudemos verificar isso na interacção que presenciámos em que a mãe alternou momentos de apresentação de objectos e momentos de interacção directa, parecendo-nos, no entanto, que o Filipe esteve sempre mais motivado para esta última, sabendo a mãe responder-lhe de forma adequada. Este bebé não parece ainda ter evoluído para a fase que Sander (1969) chama "Iniciativa", mantendo-se muito passivo e dependente durante toda a interacção.

A mãe iniciou, há cerca de dois meses, nova actividade profissional, ficando o Filipe em casa dos sogros, a cargo da avó do marido. No entanto, como à tarde só trabalha duas horas, está bastante tempo com ele.

Mostra-se satisfeita com a evolução e características do Filipe e com o seu papel de mãe. Ansiedade é ainda um dos sentimentos dominantes nesta entrevista, já que a mãe continua com dúvidas quanto ao modo de tratar o bebé. Manifesta, no entanto, menor ansiedade e medo do que lhe possa acontecer: *"Só estou preocupada com o peso! Nunca mais o vejo gordo e a andar! O pediatra e as enfermeiras do Centro de Saúde dizem que eu sou uma mãe muito ansiosa, uma mãe galinha, que nem pareço deste tempo".*

Na escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados podem ser analisados adiante, obtém pontuações que revelam sobretudo satisfação com o bebé e com o seu papel maternal.

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

A mãe continua em casa do seu pai, mas vai voltar em breve para a anterior, onde terá mais espaço.

Continua muito satisfeita com o Filipe, mas fala-nos dele de uma forma um pouco diferente, como se ele já não fosse um bebé tão fácil: *"Está a ficar muito mimado, quer colo... Não é rabugento mas é chatinho, quer as coisas e como não lhes chega, refila".* No entanto, não há dificuldades para o acalmar: *"Pego ao colo e depois é só risos!".*

Pelo horário de trabalho da mãe e do pai e estilo de vida de ambos, o Filipe tem ritmos bastante desorganizados: *"Vou buscá-lo a casa dos avós às 23h. Adormece muito tarde, porque eu fico a ver TV com ele até cerca da 1h. da manhã. Nessa altura, tem dificuldades em adormecer. O pai tem um trabalho nocturno, só chega a casa cerca das 4h. da manhã, por isso de manhã ele acorda geralmente cerca das 9-9.30h., toma o biberão e voltamos depois ambos a dormir até à hora do almoço. O pai acorda mais tarde mas arranja sempre um bocado para brincar com ele".*

Depois de lhe dar o almoço, a mãe deixa-o em casa dos avós e não parece muito ao corrente do que lá se passa.

Na escala de Griffiths, o seu desenvolvimento é inferior à sua idade gestacional, excepto nas áreas pessoal-social e de realização. Nas restantes áreas, nota-se um atraso que parece estar relacionado com os hábitos educativos e a falta de estimulação: *"Ainda não se senta sem se desequilibrar. Aqui está sempre na minha cama, porque não há mais espaço e na casa dos avós está numa cadeirinha direita de comer"*. A mãe não está nada preocupada com isso, acha-o igual aos outros bebés e diz: *" Só acho ligeira diferença é nos tamanhos, mas de esperteza acho que é igual. Até já tenho encontrado situações em que acho que ele é mais esperto. Mas também é porque é meu!".*

Quanto ao futuro, diz: *"Acho que vai continuar assim. Ele teve um desenvolvimento normalíssimo".*

Na situação interactiva analisada verificamos que há, da parte desta mãe, um comportamento desorganizado em que altera momentos de sensibilidade e responsividade aos sinais do bebé e outros momentos em que as suas iniciativas provocam no bebé sinais de desconforto que nem sempre obtêm resposta adequada.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês

A mãe refere como particularmente agradáveis as situações de brincadeira: *"Fazer com que ele ria às gargalhadas, faço macacadas, pulo. Adoro passear com ele, ver as pessoas elogiá-lo e dizer que ele é muito simpático".* Refere, aliás, que o Filipe não estranha ninguém: *"Distingue muito bem o avô e o pai. Há pessoas com quem fica um bocadinho mais sério, mas não estranha ninguém e vai ao colo de toda a gente".*

O comportamento da mãe reflecte alguma excitação e agitação, quer verbal, quer gestual. A interacção que observámos, não só as situações filmadas, é marcada por certa desorganização, sendo-nos difícil perceber as intenções da mãe ou prever o seu comportamento, dado que esta tem iniciativas que nem sempre têm a ver com os sinais que o bebé dá ou com as iniciativas que este toma. O Filipe parece ter-se adaptado àquele estilo, não manifesta grandes iniciativas nem no plano da interacção social, nem na exploração dos objectos, respondendo à mãe da forma que ela espera. Não há sinais claros de desarmonia interactiva, mas o Filipe passa do sorriso ao protesto e às lágrimas com enorme facilidade.

A mãe continua a evidenciar alegria na forma como fala do bebé, mostrando animação na interacção com ele. Parece ter retomado os seus hábitos e rotinas de vida e o Filipe adaptou-se-lhes sem dificuldades, não havendo, portanto, sinais de frustração ou depressão. Diz-nos também que, neste momento, não tem qualquer preocupação, embora gostasse que ele fosse mais gordo.

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

A família já está novamente na antiga casa e a mãe parece satisfeita. Embora a entrevista tivesse sido marcada à hora pedida pela mãe, esta e o Filipe acordaram no momento em que tocámos à porta.

Nesta última entrevista, para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé. A mãe está muito satisfeita: *"Não tem nada a ver com o que eu imaginava. Pensei nele sempre a chorar, a ir com ele para o médico, a não dormir. Foi muito mais fácil e muito mais bonito do que eu imaginava... Até ele ter um mês e tal, estive sempre muito aflita. As enfermeiras do Centro de Saúde dizem que eu fui uma mãe muito ansiosa... Agora não estou nada aflita... Enquanto ele esteve no hospital, o meu marido também estava muito aflito, mas foi sempre mais optimista do que eu... Eu não sabia o que era um bebé prematuro, estava sempre com medo que as coisas que ele fazia não fossem normais ".*

Os ritmos de sono continuam muito irregulares e as dificuldades em adormecer acentuaram-se: *"Para ele adormecer à noite, tenho que andar com ele ao colo ou fazer festinhas, porque doutra maneira não adormece... Está mais chorão agora, mas é natural. Tem mais manhas e miminho".*

A mãe tem consciência de todos os progressos que o Filipe tem feito e, embora refira que muitas das competências dele, nomeadamente no aspecto motor, foram adquiridas mais tarde do que ela imaginava, acha-o óptimo: *"Acho que está igual, está óptimo, ele está espertíssimo. Não acho nenhuma diferença em relação aos outros bebés... Só no tamanho porque há outros mais gordos. Eu acho que ele teve um desenvolvimento normal e natural".*

Os progressos na área motora, de coordenação olho-mão e de realização foram, nestes três meses, muito evidentes, sendo o seu desenvolvimento actual ligeiramente superior à sua idade gestacional. Apenas na área da audição e linguagem, os resultados obtidos na escala de Griffiths são ligeiramente inferiores.

Pela análise da situação interactiva, verificamos que a interacção é marcada por maior sensibilidade da mãe, que tem agora um comportamento mais organizado. O Filipe mostra boas competências interactivas, comunica intencionalmente sobre objectos e começa a ter, perante alguns dos brinquedos, comportamentos diferenciados.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 12º mês

Os processos de vinculação, característicos da fase de Diferenciação Somato--Psicológica (Greenspan & Lieberman, 1989), estão claramente estabelecidos, e compreendidos pela mãe: *"Ele distingue bem as pessoas conhecidas das que não conhece. Há pessoas que se ri logo, outras só depois de ganhar confiança. Até agora nunca chorou com ninguém, mas dá-me muita alegria ele ser muito agarrado a mim, apesar de ser criado com muita gente. Eu sinto que sou especial para ele".*

O Filipe mostra agora ter iniciativas variadas relativamente aos objectos. Estas são aceites pela mãe, que se mostra satisfeita com essa evolução: *"Dantes não sabia para que é que as coisas serviam, mas foi aprendendo a carregar, etc".*
Na interacção que observámos com uma bola apercebemo-nos que há brincadeiras integrando a mãe e os objectos, características de uma fase de Partilha Intersubjectiva do Mundo (Trevarthen, 1990). A mãe reconhece vários sinais do Filipe que diz saber interpretar, consoante o contexto em que ocorrem: *"Se tem sono, mexe na orelha"*. No entanto, nem sempre é sensível a esses sinais, como pudemos

presenciar quando o Filipe começou a dar sinais de fome e sono a que a mãe não soube responder.

Continua muito satisfeita com a evolução e características do Filipe e com o seu papel de mãe. A ansiedade, sentimento que foi dominante durante este 1º ano de vida do Filipe, desapareceu praticamente, manifestando a mãe apenas algumas dúvidas quanto ao modo de tratar o bebé.

As pontuações obtidas na escala de sentimentos e atitudes confirmam a boa adaptação conseguida agora por esta díade.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista - Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas, as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão.

Resultados da Escala de Auto Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dimensões	Pontos	Média
Capacidade de tratar do bebé	39	4.33
Capacidade e preparação global para a função materna	34	4.85
Aceitação do bebé	21	3.5
Relação esperada com o bebé	16	4
Sentimentos respeitantes à gravidez	21	3.5
TOTAL	131	4.09

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

	1º	6º	12º

Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	30 x-5	29 x-4,83	28 x-4,66
Escala B Sobrecarga (7 itens)	23 x-3.28	26 x-3,71	29 x-4.14
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	39 x-4,33	44 x-4,88	45 x-5
Escala D Ansiedade (5 itens)	10 x-2	15 x-3	21 x-4.2
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	27 x-3	37 x-4.11	44 x-4.88

4. As díades com bebés normais

O FRANCISCO E A SUA MÃE

Elementos significativos da 1ª entrevista

O Francisco é um bebé normal. É o 1º filho de um casal jovem (mãe de 26 anos e pai de 27), com formação académica a nível do bacharelato. Trabalham ambos na mesma empresa, sendo o pai o director. Estão bem enquadrados familiar e profissionalmente.

Esta gravidez, ao fim de 8 meses de casados, não foi planeada: *"Era suposto ser só ao fim de 2 anos de casados! Mas quando soube fiquei muito contente, o meu marido também ficou muito contente, apesar do imprevisto e o resto da família ficou doida de alegria".*

Não houve quaisquer complicações durante a gravidez: *"Até ao 7º mês senti-me muito bem, depois comecei a engordar muito - engordei 18 Kg - e comecei a não gostar de me ver ao espelho porque dantes era muito magra... Sentia ansiedade na altura de fazer os exames de rotina. Logo nos primeiros meses, vi um filme na TV que tratava da história de uma criança com síndrome de Down. Passei o filme a chorar. Nesse período lembrava-me muito de que podia acontecer isso, depois passou".*

Às 38 semanas de gravidez, teve de fazer cesariana de urgência com anestesia geral porque, sem que anteriormente tivesse havido qualquer complicação, a mãe

fez descolagem da placenta. Esta situação originou grande ansiedade: *"Quando vim em situação de urgência, estava muito aflita por ter perdido tanto sangue e quando cheguei cá ainda fiquei mais assustada porque o médico me disse que não sabia se ia haver problemas para o bebé".*

A mãe refere ter ficado muito contente logo que acordou e a partir do momento em que lhe puseram o bebé ao pé, apenas manifesta sentimentos de alegria: *"Quando acordei da anestesia estava o meu marido e a minha mãe ao pé de mim. Disseram-me logo que o bebé estava bem. Só depois de vir para o quarto é que a enfermeira o trouxe".*

Não há sinais de ansiedade, embora a mãe diga: *"Em relação ao bebé estou preocupada que possa acontecer alguma coisa inesperada, mas o pediatra diz que está tudo bem".*
A mãe faz previsões das etapas de desenvolvimento do seu bebé em função de um primo ainda pequeno, com quem tem contacto próximo. As previsões feitas são bastante adequadas, no entanto, acha que o bebé só a vai conhecer mesmo bem com 12 ou 18 meses!

Toda a entrevista decorreu num clima de alegria e tranquilidade, com o Francisco deitado na cama da mãe, bem apoiado e aconchegado nela. Apenas houve uma interrupção para a mamada que decorreu no mesmo clima. O diálogo foi fácil e espontâneo e a interacção que presenciámos mostra sinais evidentes de um profundo contentamento com o bebé.

No final da entrevista, entrou a avó materna acompanhada de três amigas, que manifestaram o seu prazer com o Francisco, estabelecendo com este e com a Mãe uma relação muito adequada.

A mãe conta com todo o apoio da sua família e do marido, dizendo com humor: *"Não hão-de faltar voluntários !"*

Na escala de auto-estima materna, feita nesta 1ª entrevista e cujos resultados detalhados podem ser analisados adiante, obtém pontuações muito elevadas em todas as sub-escalas, revelando boa auto-estima, excepto a que respeita aos sentimentos respeitantes à gravidez, que é bem significativa da ambivalência com que a viveu.

Elementos significativos da 2ª entrevista - 1º mês

Quando chegámos, o Francisco estava ainda deitado na caminha de grades, no quarto dos pais e a mãe estava muito bem disposta e satisfeita com ele.

A Mãe refere que se sentiu pouco à vontade durante a gravação da interacção livre e comenta sorrindo: *"Além disso, o Francisco ainda não tem 1 mês, porque o mês de Fevereiro só tem 28 dias!".* Não houve qualquer situação de desconforto durante todo o tempo que permanecemos com ambos.

Considera o Francisco um bebé fácil: quase não chora e, se o faz, é muito fácil de acalmar. Não tem dificuldades em adormecer nem dormir de noite ou entre as mamadas: *"Dorme 3/4 h. seguidas de cada vez".* Pega bem no peito e chupa com força. Os seus intestinos funcionam bem. Não há rigidez nem imposição de horários nem são relatados episódios significativos de desconforto: *"Só houve duas noites em que ele chorou um pouco mais".*

A mãe acha que o Francisco ainda não sorri, mas já começa a produzir sons muito diferentes: *"Acho que está óptimo, apesar de eu não ter um contacto permanente com bebés".* Prevê que no futuro continue a evoluir bem.

Na avaliação feita informalmente, pudemos verificar que o Francisco tem um perfil adequado à sua idade em todas as áreas do desenvolvimento.

Pela avaliação da situação interactiva, podemos verificar que o bebé, que inicialmente se mostrou pouco animado e responsivo vai-se tornando progressivamente mais alerta, emitindo alguns sinais como resposta às iniciativas da mãe. Esta mostra-se muito afectuosa e mantém-se mais numa atitude de observação, não apresentando grande expressividade, nem nas vocalizações, nem na expressão facial quando interage com o bebé.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 1º mês

A mãe parece conhecer bem os ritmos deste bebé que, no período da Homeostase (Greenspan & Lieberman, 1989) ou da Regulação Inicial (Sander, 1969), parece estar a adquirir um ritmo estável nos estados de alerta e sono, e nos processos biológicos de alimentação e eliminação: *"Desde o final da semana passada já está com horas mais certas".* Refere como tendo especial prazer: *"Quando ele está acordado, as carinhas que ele faz a mamar, aqueles reflexos que parece mesmo que está a rir".* A mãe parece ter já adquirido confiança nas suas capacidades maternais, de conhecimento das necessidades do bebé, pois na sequência interactiva que presenciámos, não só nos episódios filmados como em todo o

período que durou a entrevista, foi possível verificar que as pistas ou o estado do bebé obtêm, por parte da mãe, uma resposta sistematicamente apropriada, demonstrando uma adequada sintonia entre ambos. Refere ainda, no entanto, nem sempre saber reconhecer o que provoca o desconforto do bebé, e por isso, às vezes não saber como consolá-lo.
Está muito satisfeita com o Francisco e os resultados que obtém na escala de sentimentos e atitudes que adiante são detalhadamente apresentados, reflectem, em todas as sub-escalas, os seus sentimentos positivos.

A mãe só refere explicitamente estar ansiosa no que respeita aos modos de guarda do bebé: *"Estou preocupada porque vou mudar de emprego e se calhar vou ter de o deixar antes dos 3 meses e ainda não sei onde...".* No entanto, na sub-escala "Ansiedade" refere que tem ainda dúvidas sobre a forma de tratar do seu bebé e que se levanta de noite para ver se está tudo bem.

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

Quando chegámos, o Francisco estava ainda a dormir, na cadeirinha na sala. O pai estava também em casa e ambos falam deliciados do desenvolvimento do Francisco, com quem estão muito satisfeitos.

Continua a considerar o Francisco um bebé fácil e fácil de perceber: chora pouco, acalma-se com facilidade, embora agora já não se acalme sozinho, e dá sinais claros quando tem fome ou sono: *"Se estiver com fome não se cala. Com sono faz um esforço para não dormir e faz birra de sono".* Os seus ritmos de sono e alimentação estão estabelecidos: *"Está completamente regular. Faz 3h. de intervalo a partir das 8h. da manhã. De noite faz 7/8 h de seguida. Há 1 mês atrás, comia e adormecia logo. Agora já adormece um bocado depois e entre as mamadas só dorme cerca de 90 m".* Continua só com leite materno embora tenha havido um período em que não aumentou muito de peso.

A mãe, espontaneamente, e demonstrando estar muito atenta ao desenvolvimento do seu bebé, refere que nota no Francisco muitos progressos: *"Não tenho estado muito com bebés da mesma idade mas, pelo que eu oiço dizer, e mesmo o pediatra diz, acho que ele se está a desenvolver muito bem. Os meus pais e avós acham-no muito espevitado, com a cabeça muito levantada... Já abre mais as mãos e quando as tem fechadas tem o polegar fora dos outros dedos... Já não gosta de estar completamente deitado a não ser para dormir. Mesmo ao colo tem de estar ao alto... Gosta de ter uma base dura junto aos pés para poder fazer força... A tomar banho e de barriga para baixo está sempre com a cabeça levantada... Já deu uma volta*

completa. Estava de barriga para cima e pôs-se de barriga para baixo... Quando estamos a falar com ele, fica de boca aberta a olhar para nós com se quisesse também já falar. Todos os dias faz sons novos".
Na avaliação feita informalmente (a escala de Griffiths não foi feita porque o bebé adormeceu) durante a interacção, nota-se um perfil adequado à sua idade em todas as áreas do desenvolvimento. O Francisco pega nos brinquedos que a mãe lhe dá, abana-os, e é capaz de estabelecer com a sua mãe os jogos interactivos com actividades motoras, sorrisos e vocalizações mútuas tão característicos deste período.

Pela análise da situação interactiva verificamos que o bebé se mostra moderadamente responsivo às iniciativas da mãe que envolvem sobretudo a apresentação de brinquedos. Só no episódio de reencontro se mostra mais responsivo e a mãe também mais atenta e sensível aos sinais que ele emite. A posição de decúbito ventral, em que a mãe o coloca grande parte do episódio (talvez por pensar que a câmara o fixaria melhor), não facilita nem a interacção nem a manipulação de objectos.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

A mãe mostra-se encantada com o Francisco: *"Agora é que ele está a entrar na fase mais gira. Durante o dia já faz companhia... É giro estar atenta aos barulhinhos, todos os dias há coisas novas. Quando ele está acordado, tudo o que faz, as expressões dele, é giro observar, mas mais gozo de tudo é dar-lhe banho. Adora que a água lhe escorra na cara, ri-se imenso".* Terminadas as tarefas de controlo homeostático (Brazelton *et al.*, 1975; Greenspan & Lieberman, 1989), pudemos observar que o Francisco e a mãe iniciaram já a fase de Troca recíproca (Sander, 1969) ou de Prolongamento da atenção e da interacção (Brazelton *et al.*, 1975), numa interacção harmoniosa e sintónica. Com efeito, o Francisco mostrou ter já atingido um grau de desenvolvimento suficiente das suas capacidades interactivas - sorriso, vocalização, comportamento facial e motor - e saber utilizá-las para manter um processo de comunicação, tendo já aprendido a adaptar-se às tomadas de vez de uma relação sincronizada (Brazelton *et al.*, 1975).

A mãe despediu-se do emprego e decidiu fazer trabalhos em casa, no computador. Quando vai buscar os trabalhos, deixa o Francisco em casa da sua própria avó e, como a mãe não gosta de infantários, é lá que vai ficar quando ela voltar a empregar-se. Ela e o marido ainda não tomaram nenhuma decisão sobre isso, mas não vai ser para já.

A alegria com o bebé continua a ser o sentimento mais marcante da mãe, quer na forma como fala do Francisco e do seu bom desenvolvimento, quer na forma como interage com ele.

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

O Francisco estava acordado, no parque, rodeado de brinquedos. Era o dia exacto dos 6 meses, a mãe ia ter a sua família a festejar e mostra-se encantada com o Francisco, tudo lhe servindo de pretexto para o elogiar e comparar com outras crianças, achando-o "o máximo".

Continua a considerar o Francisco um bebé fácil e bem disposto: *"Só rabuja quando está com fome ou com sono".* Mamou a todas as refeições até aos 3 meses e meio. A partir dessa data, introduziu-se a papa e 3 semanas depois, a sopa, altura em que deixou completamente de mamar. Não houve dificuldades, embora proteste um pouco ao iniciar a sopa. Tem agora três refeições sólidas diárias, tomando biberão de manhã e à noite. Estão claramente estabelecidos ritmos regulares de sono e alimentação: à noite dorme 8/9h. seguidas; de dia dorme sempre, pelo menos uma hora, entre as refeições, embora nem sempre adormeça imediatamente.

Ao avaliar o desenvolvimento do Francisco, a mãe refere: *"Neste último mês apareceram imensas novidades: presta atenção à TV, reconhece-nos muito bem a mim e ao pai e agora também já reconhece outras pessoas. O que gosto mais é brincar com ele na minha cama, fazer-lhe cócegas, ele adora! Nesta altura, todos os dias há qualquer coisa para descobrir. Acho-o mais mexido e a palrar mais do que a filha de uns amigos com quem estivemos a passar férias e que tem mais 3 semanas do que o Francisco. Mas ela já se sentava bem...".*

A mãe perspectiva todo o desenvolvimento do filho, dentro dos padrões normais, embora ache que, como ele palra muito, talvez comece a dizer as primeiras palavras mais cedo, por volta dos 8 meses: *"Talvez seja um bebé mais avançado porque tem muita gente à volta dele e todos a puxarem por ele".*

Na avaliação feita através da escala de Griffiths e também informalmente durante a interacção nota-se, em todas as áreas, um desenvolvimento ligeiramente acima da sua idade cronológica.

Ao analisar a situação interactiva, verificamos que não há ainda, da parte do bebé, iniciativas de interacção social, embora se mostre responsivo às iniciativas da mãe. Esta nem sempre segue as pistas do Francisco, mas mostra que conhece bem as

suas preferências interactivas e consegue momentos de grande sintonia entre ambos.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

Na interacção que presenciámos, pudemos verificar que o Francisco está muito interessado nos objectos, tem já competências razoáveis na sua manipulação continuando, no entanto, a responder com enorme entusiasmo à interacção com a mãe, num comportamento típico dos bebés desta idade, na fase a que Sander (1969) chama "Iniciativa" e Brazelton *et al.* (1975) "Aparecimento da Autonomia". Neste momento, o interesse do bebé é quase sempre mutuamente exclusivo - ou dá atenção aos objectos, manifestando condutas de exploração e manipulação ou procura interagir com a outra pessoa - notando-se, no entanto, que começa a integrar pessoas e objectos em actividades/jogos pessoa-pessoa-objecto em que o interesse é sobretudo o uso e animação que a mãe introduz nos brinquedos (Trevarthen, 1990). No caso concreto do Francisco, a mãe usa um bonequinho de borracha, desde sempre preferido, revelando sensibilidade relativamente às orientações e expressão emocional do bebé, reconhecendo os seus comportamentos de iniciação e interrupção da interacção, as suas preferências específicas por determinados brinquedos, sabendo responder adequada e contingentemente, garantindo assim grande harmonia interactiva.

A alegria continua a ser o sentimento dominante da mãe que está bem expresso nas pontuações obtidas na escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados detalhados se encontram no final deste caso. No entanto, parece começar a haver uma necessidade de retomar a sua vida pessoal, sem estar sempre dependente do bebé, o que explica a pontuação obtida na sub-escala "Frustração em relação ao papel maternal".

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

Os pais estão transitoriamente numa casa de fim de semana que pertence aos avós paternos, porque vão comprar um andar maior.

O Francisco tinha trocado um pouco as horas, estava acordado quando chegámos, mas a mãe achou que ele estava com muito sono pelo que foi pô-lo a dormir um pouco enquanto fazíamos a entrevista. Continua muito contente com ele, e o pai, que chegou no fim, está também muito satisfeito.

As rotinas diárias parecem bem estabelecidas neste bebé que a mãe descreve como muito activo: continua a fazer um intervalo de 8/9h. de noite, come de tudo sentado à mesa com os pais - para comer a sopa tem de ser distraído - e, entre todas as refeições dorme cerca de 1h. Quase não chora, mas *"tem estado mais com os avós e está portanto mais mimado porque vivem com ele ao colo".*

Quanto às características dele, a mãe refere: *"Acho que ele está a ficar muito teimoso. Há mais ou menos dois meses quando se lhe tirava uma coisa da mão era um berreiro. É de ideias fixas...Quando ele está bem disposto tudo me dá gozo. Quando ele está no parque na rabugice fico doida. O que me dá mais gozo é ver as reacções dele àquilo que eu lhe faço: Cucu, esconder-lhe a cara com a almofada, ele ri-se à gargalhada. Gosta imenso das sombras".*

A mãe descreve com objectividade as competências actuais do Francisco e os progressos feitos desde a última entrevista. Está muito satisfeita e diz: *"Tenho duas amigas com bebés de idade semelhante. Um não faz nem um terço do que o Francisco faz (não gatinha, não se levanta, dorme imenso). A outra é uma menina mais velha três semanas, também não a acho tão desenvolvida. São os dois muito calmos e este é o que nós vimos...".* Para o futuro, a mãe prevê um desenvolvimento tão bom como o que tem existido e pensa que o Francisco não vai demorar muito a andar.

Na avaliação feita com a escala de Griffiths e também a partir dos dados observados na situação de interacção, o Francisco apresenta um desenvolvimento acima da média em todas as áreas, sobretudo no aspecto motor.

Pela análise da situação interactiva, verificamos que há neste momento, entre ambos, grande disponibilidade e prazer na interacção social. O bebé está muito interessado em tudo o que o rodeia, a mãe nem sempre segue as suas iniciativas, mas mostra-se bastante sensível aos seus interesses, mostrando boas qualidades de estimulação, expandindo e imitando comportamentos do bebé, embora as suas atitudes apareçam por vezes pouco organizadas.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês de vida

A vinculação está claramente estabelecida: *"O Francisco diferencia muito bem as pessoas conhecidas das que não conhece, a partir dos seis meses e meio notou-se muito. Conhece perfeitamente os avós, o padrinho com quem está mais tempo. Com eles palra mais, sorri mais e mesmo pelo olhar se vê que está mais atento. Demonstra muito mais interesse pelas pessoas que conhece".*

A interacção que presenciámos entre o Francisco e a mãe assume as características da fase a que Trevarthen (1990) chama "Partilha intersubjectiva e cooperativa do mundo". O Francisco percebe a mãe como independente dele, com sentimentos e emoções distintas, e mostra já reciprocidade no jogo social com esta.

Estranha o seu afastamento, procurando utilizar todas as suas competências interactivas - sorrisos, vocalizações e comportamentos motores - para a trazer de volta e assegurar-se da sua disponibilidade para atender aos seus pedidos. A simetria da interacção (Schaffer, 1977 b) está perfeitamente estabelecida nesta díade.

A alegria continua a ser o sentimento dominante da mãe, quer na forma como fala do Francisco e do seu bom desenvolvimento, quer na forma como interage com ele.

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

A mãe estava, como sempre, muito bem disposta, embora refira: *"Nestes últimos 3 meses, nesta casa, tenho estado muito isolada, mas o Francisco têm-me feito muita companhia".*

Nesta última entrevista, para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé, sobre o qual a mãe refere: *"Foi muito mais fácil do que eu imaginava. De saúde, o Francisco não teve problemas nenhuns. Acho-o fácil de aturar, dá-se com toda a gente, é extremamente simpático... De início, há uma mudança em toda a maneira de viver, mas nada foi difícil. Custou-me os três primeiros meses por causa do sono porque ele comia de 3 em 3 h., mas logo ao mês e meio ele começou a fazer intervalos maiores à noite".*

Refere que tem tido apoio de toda a gente e que o marido também está doido com o Francisco: *"Ele nos primeiros meses não tinha paciência nenhuma! Agora não. Brinca imenso com o filho e adora. De manhã, enquanto o Pai está em casa o Francisco só o quer a ele! Depois vai-se despedir dele à porta mas enquanto ele não sai não vai para mais ninguém. O pai sempre disse que tinha medo dos bebés pequeninos...".*

O Francisco continua a ser, para a mãe, um bebé fácil de compreender e fácil de tratar, com rotinas de sono e alimentação bem estabelecidas. Relativamente aos hábitos de higiene a mãe diz: *"Já faz cocó no bacio. Quando está com vontade põe-*

se em pé e faz sempre os mesmos barulhos. Eu já sabia as horas e comecei a dar atenção aos barulhos e a pô-lo no bacio".

Considera, no entanto, que ele já tem as suas exigências: *"Eu só o acho muito teimoso. Agora faz uma fita se lhe tiramos as coisas... Às vezes distraio-o com outras coisas. Outras acabo por deixar. Com as portas é que tenho medo que ele se magoe".*

A mãe mostra-se fascinada com a constatação dos progressos que ele tem feito ao longo do ano e diz: *"O que tem sido mais agradável é vê-lo desenvolver-se! Agora todas as semanas há coisas novas. Por exemplo, ele começou a andar mesmo sozinho na 5ª feira passada!... Continuo a achar que ele é mais despachado do que os outros bebés que eu conheço, mesmo mais velhos. Com certeza que é por ele e pela vivência que tem, mas também os outros bebés são mais gordos! Agora é que eu estou a constatar a realidade que todos os bebés são diferentes!"*

Quanto ao desenvolvimento da linguagem, considera que o Francisco diz já várias palavras intencional e consistentemente, tendo começado aos 7 meses com Papá e Mamã. No aspecto motor, a mãe considera que o Francisco tem feito as aquisições na altura prevista e está muito satisfeita porque ele começou a andar completamente sozinho há uma semana.

Toda a avaliação feita pela mãe é confirmada pela observação formal na escala de Griffiths onde o Francisco obtém resultados superiores à sua idade em todas as áreas do desenvolvimento, nomeadamente no aspecto motor e na coordenação olho-mão.

Na análise da situação interactiva verificamos que o Francisco está muito interessado na manipulação de brinquedos, utiliza-os de forma mais diferenciada, mas a mãe nem sempre permite, nem segue as suas iniciativas, mantendo-se directiva, embora seja sensível a algumas pistas e sempre muito responsiva às inúmeras iniciativas de interacção social que o Francisco faz. A mãe é expressiva na sua linguagem e comportamento não verbal, embora nem sempre os seus objectivos sejam muito claros e proponha actividades muito diversificadas num curto espaço de tempo. A atmosfera é, no entanto, harmoniosa, revelando ambos grande disponibilidade e prazer na interacção.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 12º mês

O Francisco começou a demonstrar comportamentos evidentes de estranheza, característicos da fase de Diferenciação Somato-Psicológica (Greenspan & Lieberman, 1989): *"Agora já não se ri para toda a gente. Fica sisudo mas depois acaba por ir para a brincadeira. Eu não sabia que os bebés estranhavam, mas ele só foi agora. Há 3 semanas ficou 1/4 de hora numa casa desconhecida com uma pessoa que conhecia mal e quando eu cheguei até soluçava. Já na semana anterior tinha estranhado o avô que já estava deitado quando nós chegámos".*

O Francisco dá sinais muito claros do que quer e, ao longo deste ano, a mãe parece efectivamente ter aprendido o significado das condutas e pistas do bebé, consoante os contextos em que estas ocorrem, conhece as suas rotinas de brincadeira e interacção preferidas - brincadeira do cucu - e mostra-se capaz de lhes responder adequada e consistentemente, tarefa que permite a harmonia da interacção que temos vindo a presenciar e que se mantém neste período.

Na interacção que presenciámos, há também sinais claros de que o Francisco adquiriu competências suficientes no processo de comunicação interpessoal, nomeadamente nos processos de comunicação à distância, que Greenspan e Lieberman (1989) consideram precursores da representação mental organizada: vimo-lo chamar a mãe quando esta se encontrava ausente e responder à sua voz, mesmo fora da sua presença.

A mãe tem já, com o Francisco, brincadeiras que a envolvem simultaneamente a si e aos objectos - dá e toma, atender alternadamente o telefone - a que o Francisco responde adequadamente, mostrando-se capaz de associar objectos a situações sociais e assim manter "interacções acerca dos objectos" (Schaffer, 1984, citado por Bremner, 1988). O Francisco compreendeu já a interacção social como uma sequência coordenada em que cada parceiro tem um papel activo, típicas da fase a que Schaffer (1977 b) chama "Simetria na relação ".

A mãe está decidida a recomeçar a trabalhar fora de casa e o Francisco irá para a creche no próximo mês.

Os resultados obtidos pela mãe na escala de sentimentos e atitudes, que adiante podem ser analisados, demonstram claramente a grande satisfação que a mãe tem com o Francisco.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão.

Resultados da Escala de Auto-Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dimensões	Pontos	Média
Capacidade de tratar do bebé	44	4.88
Capacidade e preparação global para a função materna	35	5
Aceitação do bebé	29	4.83
Relação esperada com o bebé	20	5
Sentimentos respeitantes à gravidez	23	3.83
TOTAL	151	4.71

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	28 x-4,66	27 x-4,5	29 4,83
Escala B Sobrecarga (7 itens)	33 x-4,71	32 x-4,57	34 x-4,85
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	41 x-4,55	32 x-3.55	38 x-4,22
Escala D Ansiedade (5 itens)	18 x-3,6	21 x-4,2	24 x-4,8
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	45 x-5	44 x-4,88	45 x-5

A MARIA E A SUA MÃE

Elementos significativos da 1ª entrevista

A Maria é um bebé normal. É a 2ª filha deste casal. A mãe, de 33 anos, tem o 10º e o pai tem o 9º ano. Estão bem enquadrados familiar e profissionalmente. Têm uma filha de 12 anos.

Esta gravidez, ao fim de 13 anos de casados, não foi planeada: *"Estava a tomar a pílula... Sempre desejei ter mais filhos, mas tinha medo pelo problema das varizes. Não queria acreditar... Fiz 4 análises desde a primeira falta porque não queria acreditar... Não recebi a ideia com muita alegria por causa dos problemas de saúde. O meu marido só estava preocupado por causa disso. Se não, já teria tido há mais tempo! Quem ficou mais contente foi a minha filha de 12 anos! Logo que se teve a certeza, disse a toda a gente da escola!".* Durante a gravidez, refere ter-se sentido emocionalmente bem.

Foi regularmente seguida no Centro de Saúde e, a partir do 7º mês, no Hospital, pelo problema de circulação. Fez diabetes no fim da gravidez. Nas últimas ecografias, disseram-lhe que o feto não estava bem desenvolvido. Refere ter sentido alguma ansiedade: *"Na 1ª gravidez senti-me sempre mais sensível. Nessa, chorava por tudo e por nada. Agora só me impressionava muito tudo o que visse na TV que metesse crianças. Como fiquei em casa a partir do 7º mês e vi muita TV, nessa altura andei mais nervosa... Qualquer mãe tem receio que possa acontecer qualquer coisa, mas eu, tendo já uma filha normal.... Só de vez em quando é que pensava que ela podia ter problemas físicos ou que não visse ou não ouvisse bem... Depois, ao 7º mês, fiquei muito preocupada quando me disseram que ela não estava a desenvolver-se bem".*

Às 40 semanas de gravidez, teve sinal de parto e foi para o Hospital, onde teve um parto eutócico. Refere, no entanto, grande ansiedade no período pré-natal: *"Estava em pânico. Vim para o hospital já com 5 dedos de dilatação porque tinha medo do parto. Só queria desistir! Estava cheia de nervos... Tive dores horríveis e estava completamente descontrolada. Gritei imenso e as enfermeiras zangaram-se comigo".*

Depois de nascimento, os seus comentários revelam grande alegria: *"Quando ela nasceu, puseram-na ao pé de mim e tenho estado sempre com ela... Senti-me felicíssima!".*

A mãe não refere explicitamente sentir-se ansiosa, mas tem dúvidas sobre a sua capacidade de perceber as necessidades do bebé: *"Estou preocupada porque ela é muito chorona. Esta noite não dormiu ninguém neste quarto, ela não se calava com fome".*

Faz previsões adequadas das etapas de desenvolvimento do seu bebé.

Toda a entrevista decorreu num clima de alegria, com a mãe manifestamente muito contente com a Maria, que acha linda. A Maria chorou um pouco durante o período em que estivemos com a mãe, não tendo sido fácil acalmá-la.

Após a licença de parto, a Maria irá para uma ama que a mãe conhece já há muito tempo.

Numa escala de auto-estima materna, feita nesta 1ª entrevista e cujos resultados detalhados poderão ser analisados no final do estudo deste caso, são evidentes os sentimentos de grande ambivalência com que viveu a gravidez, bem como a sua ansiedade relativamente à forma de tratar do seu bebé. Nas restantes sub-escalas, a sua auto-estima é elevada.

Elementos significativos da 2ª entrevista - 1º mês

Quando chegámos, a Maria estava acordada, ao colo da mãe. Esta, parece bem disposta e está muito satisfeita com o bebé e muito conversadora. Habitam uma casa muito pequena e a cama da Maria está encostada à dos pais, não cabendo no quarto mais nada. A casa é esconsa, havendo vários pontos em que não tem pé direito suficiente para se estar em pé.

A mãe considera a Maria um bebé difícil: *"É rabugenta quanto basta!... Chora muito desde sempre, porque tem muita fome e dores de barriga... É difícil de acalmar, vai muito atrás do choro, fica muito roxa... Precisa de muita atenção... Se pego nela acalma-se logo... Qualquer choro de bebé me faz complicação e esta, assim que chega a hora de mamar, abre a goela e não pára! Não há maneira de resolver isto... Como estou sozinha com ela, por mais que corra, ela chora sempre...".* Come muito bem, adormece normalmente a seguir às mamadas, mas tem dificuldades em dormir por períodos prolongados: *"A seguir ao biberão fica-se calmamente... Entre as mamadas do dia é capaz de não dormir nada e à noite acorda na mesma".*

Apesar destas características, a mãe está contente com ela e diz que tudo tem sido agradável: *"É todo o conjunto... Gosto muito de lhe dar banho... Se ela por acaso dorme todo o tempo entre as mamadas, eu fico cheia de saudades dela para lhe dar beijinhos e brincar com ela".*

Acha o desenvolvimento da Maria óptimo: *"Acho que está óptimo. Acho eu e acham as outras pessoas. A mãe está de rastos, mas a filha está óptima... Vale a pena, não é, minha filhinha (diz, dirigindo-se a ela)!".*

Faz previsões adequadas das metas do desenvolvimento, sempre em comparação com as idades - um pouco tardias - em que a irmã fez as várias aquisições: *"Vai começar a fazer as gracinhas todas quando eu a vou ter de deixar na ama... Até eu ir trabalhar, tenho mais tempo para a acompanhar. Quando ela for para a ama, não vou ter tempo de dar conta disso... Vai ser a ama primeiro".*

Na avaliação feita informalmente, pudemos verificar que a Maria tem um perfil de desenvolvimento adequado à sua idade em todas as áreas, manifestando, no entanto, as já citadas dificuldades na regulação dos seus estados.

Pela avaliação da situação interactiva podemos verificar que a Maria é um bebé com frequentes manifestações de desconforto e mal estar a que a mãe responde adequadamente, conseguindo acalmá-la ao colo. Está bastante atenta e desperta para o ambiente mas mostra-se ainda pouco disponível para a interacção com a mãe. Apesar das dificuldades do bebé em permanecer calmo, a mãe mostra-se muito disponível, com frequentes demonstrações de afecto e muitos comentários positivos acerca da Maria.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 1º mês

A mãe está ainda numa fase de aprendizagem, quer dos ritmos, quer dos estados de conforto ou desconforto deste bebé, parecendo-nos que, pelas características da Maria, está a ter dificuldades em adaptar-se bem às tarefas do período da Homeostase (Greenspan & Lieberman, 1989) ou da Regulação Inicial (Sander, 1969).
Com efeito, na sequência interactiva que presenciámos, não só nos episódios filmados, como em todo o período que durou a entrevista, foi possível verificar que a Maria é, de facto, um bebé com humor variável, que passa grande parte do período em que está alerta em situação de desconforto, se acalma com muita dificuldade, o que gera na mãe sentimentos de incompetência, nomeadamente quanto às suas capacidades de saber interpretar as necessidades do bebé e lhes responder adequadamente. A interacção entre ambas é marcada por estas dificuldades e aparece moderadamente harmoniosa.

A mãe está muito satisfeita com o seu bebé, o que é bem evidente nas pontuações obtidas nas sub-escalas "Satisfação com a criança" e "Frustração em relação ao papel maternal", que revelam sentimentos positivos nessas dimensões.

Nas outras sub-escalas da escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados podem ser analisados adiante, verifica-se que existem sentimentos de sobrecarga - revelando-se um pouco cansada com as birras da Maria: *"Não a abano, nem lhe bato, nem grito com ela, mas perco a calma comigo. Grito sozinha!..." - e* também sentimentos depressivos. A mãe, espontaneamente refere: *"Fiquei muito afectada no parto, o meu sistema nervoso alterou-se muito. Sofri mais desta vez pelo excesso de nervos. Passei os 9 meses a pensar no parto e os últimos 2 meses em casa tive muito tempo para pensar... Ainda hoje me sinto afectada. Tenho conversas com o meu marido que depois nem me lembro do que lhe disse! Se calhar é assim porque eu também não descanso, fico mais agitada, mas tenho muita paciência para ela e até para com a mais velha".*

Manifesta-se também muito ansiosa, quer com os cuidados que presta à filha e não sabe se são os mais adequados, quer relativamente ao que possa acontecer-lhe: *"Estou preocupada quando em Agosto tiver de a deixar. Tenho confiança na pessoa, mas como é que vai ser a nossa separação? Ela vai sofrer por um lado e eu vou sofrer por outro... Acho que qualquer mãe até ao ano devia ficar com o bebé".*

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

Quando chegámos, a Maria tinha adormecido na sua cadeirinha. Estava toda a família em casa, com a irmã mais velha bastante intrusiva em toda a situação, mas

mostrando com a Maria uma relação muito adequada, sendo a ela que o bebé responde com sorrisos e vocalizações. A mãe está mais bem arranjada e parece muito mais calma.
No final a Maria adormeceu e a mãe, espontaneamente, ao olhar para ela, faz-lhe vários elogios.

A Maria continua a ser um bebé difícil: *"Não é uma paz de alma, mas não a considero rabugenta... Chora menos do que chorava, mas quando chora é com uma força que ninguém a cala... Com o biberão acalma, mas se não é fome é muito difícil de a consolar... Só se cala quando está ao colo e eu ando com ela de um lado para o outro".* Mamou até há cerca de mês e meio, depois rejeitou o peito e neste momento só toma biberão, não tendo quaisquer problemas. Os ritmos de sono e alimentação são ainda muito incertos: *"De dia, se estiver acordada, come de 3 em 3 h. Mas às vezes dorme 5 e 6 h.... De noite dorme 11 h.. De tarde, às vezes, dorme a tarde inteira, outras não. Nunca é um sono constante".* Tem grandes dificuldades para adormecer: *"Tenho de embalá-la andando. Só muito raramente e quando tem muito sono é que adormece sozinha".*

Curiosamente, uma das coisas que parece dar mais prazer à mãe é vê-la com a irmã: *"Embora não seja directamente comigo, acho imensa graça às conversas dela com a irmã. Continuo a adorar dar-lhe banho e ela já gosta mais".*

Quanto ao desenvolvimento da Maria, a mãe refere: *"Acho-a mais gorda, mais esperta mas, se calhar, é fanatismo das mães... Mas comparando com outra bebé que nasceu no mesmo dia, pensei que a outra era muito mais nova. Pela conversa com as outras mães, os outros fazem o mesmo que a Maria".*

Na avaliação feita através da escala de Griffiths e também informalmente durante a interacção, nota-se um desenvolvimento adequado à sua idade em todas as áreas, mantendo-se os problemas de regulação dos estados que afectam a interacção e impediram que algumas provas da Griffiths fossem feitas.

Pela análise da situação interactiva verificamos que o bebé se mantém, durante grande parte do período de observação, em situação de protesto e desconforto, muito pouco responsiva às propostas e iniciativas da mãe, quer a nível de brincadeira com objectos, quer a nível da interacção. Estas propostas nem sempre são adequadas. A interacção surge pouco harmoniosa e pouco sincrónica, embora a mãe mantenha as manifestações de afecto positivo.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

Esta díade parece não ter ainda encontrado uma harmonia interactiva. Por um lado, a Maria mantém dificuldades na regulação dos estados, não adquiriu ainda um ritmo regular e estável de sono e alerta; por outro lado, a mãe mantém-se insegura nas suas capacidades maternais parecendo, de certa forma, ter-se demitido do seu papel em favor da irmã: *"A irmã nem precisa de falar com ela. Basta olhar para a Maria começar a palrar... Se calhar eu é que não tenho jeito para falar com ela... ".*

As tarefas de controlo homeostático (Brazelton *et al.*, 1975; Greenspan & Lieberman, 1989) não parecem ainda terminadas e, nos episódios que pudemos presenciar, mantém-se uma interacção pouco sintónica, impedindo que mãe e bebé possam iniciar fase de Troca recíproca (Sander, 1969) ou de Prolongamento da atenção e da interacção (Brazelton *et al.*, 1975), numa interacção harmoniosa.

No entanto, com a irmã, a Maria mostrou ter já atingido um grau de desenvolvimento suficiente das suas capacidades interactivas - sorriso, vocalização, comportamento facial e motor - e saber utilizá-las para manter um processo de comunicação.

A mãe fala com muita ternura da Maria, acha-a muito "fofa", conta com orgulho como toda a gente elogia a filha quando sai com ela. A interacção é no entanto pautada por pouca animação e alguma desadequação.

Está muito inquieta com a separação próxima: *"Vai-me custar muito a separação e ninguém vai fazer as coisas como eu faço. Por mais confiança que eu tenha, há sempre este receio. Se pudesse, não ia trabalhar e ficava com ela".*

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

Estava novamente toda a família em casa. A Maria tem estado adoentada, muito rabugenta, sem ninguém saber porquê. Mesmo quando está sem chorar, baixa bruscamente a cabeça com se tivesse uma contracção, começando nessa altura a chorar como se tivesse muitas dores. A mãe esteve quase todo o tempo com a Maria ao colo, mantendo-a aconchegada, dando-lhe beijinhos e fazendo festinhas e no final, a Maria adormeceu.

Continua a descrever a Maria como um bebé rabugento: *"Sempre foi muito chorona desde que nasceu, mas agora está mais... Só se acalma comendo, senão, vai até aos limites, até ficar roxinha. Para ela não ficar roxinha eu vou lá antes que isso*

aconteça". Refere as características de temperamento da Maria como particularmente difíceis: *"O mais complicado é calá-la quando ela está a berrar como um cabrito desmamado. Até a irmã tem alturas que se farta... Não sei o que hei-de fazer... Vou buscar brinquedos, ponho-a ao colo... A ama diz que a Maria é daquelas meninas a quem não se consegue dar a volta... O pai e a avó dizem que ela é igual a mim: tem muito ginete e muito mimo! Ela quando está bem disposta é muito simpática. Gosto muito de lhe dar banho, limpar os refegos todos...".*

Introduziu novos alimentos a partir dos cinco meses e meio, sem que a Maria tivesse quaisquer dificuldades de adaptação. Os ritmos de sono e alimentação estão agora bem definidos, embora a Maria durma pouco durante o dia: *"Durante o dia dorme muito pouco. É muito raro dormir mais de 1/2 h. ou 1 h. entre as refeições... De noite dorme muito bem... Não gosta de adormecer ao colo, agora quer estar deitada, mas sem dormir. Nunca adormece logo".*

Quando a vai buscar à ama, a Maria não reage muito à sua chegada *"Reage mais à irmã, mas também ela é mais espalhafatosa do que eu... À irmã já estende os braços para pedir colo".*

Quando avalia o desenvolvimento da Maria, a mãe afirma: *"Não tenho contacto com outros bebés desta idade. Deve andar ela por ela. A nível geral, acho que ela está a fazer as coisas mais cedo do que a Ana fazia".* Acha que ela já palrou mais: *"Agora já não é um papagaio... dá só uns guinchinhos, mas às vezes, a chorar parece que diz Mã-mã-mã".* No aspecto motor, acha que ela está já muito direita, pelo que deve estar quase a sentar-se. Perspectiva todo o desenvolvimento da Maria dentro dos padrões normais.

Na avaliação feita com a escala de Griffiths, a Maria mostra um atraso ligeiro em todas as áreas do desenvolvimento, embora algumas das provas não pudessem ser feitas pela situação de desconforto que se gerou.

Ao analisarmos a situação interactiva podemos verificar que a Maria se mantém um bebé em que predominam as situações de desconforto e manifestações de afecto negativo, que se acalma com dificuldade e quase não responde às iniciativas da mãe. Continua pouco disponível para a interacção e a mãe parece também não saber interagir directamente com ela sem os objectos como intermediários. Está muito passiva a observá-la e as iniciativas que tem não respeitam o foco de atenção e interesse da Maria. A interacção mantém-se pouco harmoniosa e sintónica.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

A mãe recomeçou o trabalho mas tem as horas da amamentação, por isso vai buscar a Maria cerca das 17.30 h.: *"A ida para a ama não foi tão difícil como eu estava à espera. Começou no dia previsto e foi logo todo o dia. É uma pessoa que eu conheço muito bem e em quem tenho muita confiança. Nos primeiros dias é sempre uma diferença e ainda hoje fico a pensar o que é que se estará lá a passar".*

Na interacção que presenciámos, pudemos verificar que a Maria não está muito interessada nos objectos, nem mostra grandes competências na sua manipulação, limitando-se a pô-los na boca sem os explorar, não demostrando qualquer característica do período de "Iniciativa" (Sander, 1969) ou de Impulso para experimentar um ambiente mais vasto (Trevarthen, 1990). A mãe mostra consciência disto quando diz: *"Não fica muito tempo com nada... É muito difícil porque com este feitio ela é muito inconstante. Também se farta...".*

A mãe mantém com ela uma interacção monótona não variando, nem os materiais apresentados, nem se oferecendo para uma interacção directa, pelo que continuámos também sem presenciar jogos vocálicos e sorrisos mútuos que evidenciam o prazer na interacção.

Esta dificuldade interactiva que presenciámos não é, no entanto, revelada por nenhum dos resultados nas sub-escalas "Sobrecarga" e "Frustração em relação ao papel maternal" da escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados detalhados podem ser analisados adiante, onde a mãe evidencia sentimentos muito positivos.

A mãe está satisfeita com a Maria, mas diz: *"Ela sente-se bem comigo mas acho estranho ela sentir-se melhor com a irmã. Sou eu que faço tudo aqui na casa e afinal os sorrisos vão para a irmã. Mas quando ela está com aquelas grandes birras só eu é que a consigo calar...".*

A ansiedade continua a ser o sentimento dominante da mãe, agora agravado pela situação da Maria com sintomas (contracções) a que os médicos não descobrem a causa.

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

Estava novamente a família toda presente. A mãe está agora mais satisfeita com a Maria, de quem conta imediatamente inúmeras gracinhas. Pela primeira vez, não houve situações de desconforto, mostrando-se a Maria muito satisfeita e colaborando em tudo o que lhe era pedido.

A mãe refere como particularmente agradável uma situação interactiva: *"Adoro quando a vejo sentada de manhã e mal eu entro no quarto ela faz-me um grande sorriso e fica horas a conversar...".*

A Maria continua, no entanto, um bebé com temperamento instável: *"Normalmente é uma criança extremamente simpática, mas nas birras torna-se rabugenta... Com birra, só se acalma ao colo com beijinhos e festinhas da mãe. Não se pode dar de comer nem dar brinquedos que é pior... Quando está com sono, faz birras a valer. Tem muito mimo... Tento acalmá-la, mas já comecei a dar-lhe uns berros".* Já não tem dificuldades em adormecer, mas ainda é difícil prever os seus ritmos de sono e alimentação: *"Ainda depende muito da hora de acordar e da sesta... De dia praticamente não dorme... Na ama, é raro dormir mais do que 1/2 h., por isso quando a vou buscar às 17.30 h., está morta de sono, adormece muitas vezes antes do jantar e altera os ritmos todos. Depois de dormir, fica muito mais bem disposta, a fazer as gracinhas todas. De noite, dorme sem interrupção".*

Parece estar a estabelecer os mecanismos de vinculação: *"Se estiver com muita gente desconhecida, não dá confiança a ninguém. Se for uma pessoa sozinha não estranha muito, mas às vezes vira a cara".*

A mãe prevê um desenvolvimento normal como o que tem existido, continua a compará-la com a filha mais velha e a achar que a Maria está a fazer as aquisições mais cedo: *"Eu acho normalíssimo, mais que normal. Está tudo bem com ela... Faz vários sons melódicos. Quando chora, às vezes diz MãMãMã... Já estou farta de lhe dizer Papá e Mamã. Dá-me ideia que é um bocado preguiçosa... De um dia para o outro, ela aparece com coisas novas, por isso não sei. Mas, para pedir qualquer coisa, ela faz "Ã?" com entoação... Sentou-se completamente sem apoio aos 8 meses. Dantes agarrava-se embora muito pouco... A ama diz que ela se quer arrastar mas ainda não consegue. Eu ainda não vi".*

Na avaliação feita com a escala de Griffiths e também a partir dos dados observados na situação de interacção, a Maria continua a apresentar um desenvolvimento ligeiramente abaixo da média nas áreas motora e de audição e linguagem, e adequado à idade nas restantes.

Pela análise da situação interactiva verificamos que a Maria se mostra agora mais responsiva à mãe e com algumas iniciativas de interacção social. A mãe está também mais sensível às pistas da filha, conseguindo mantê-la sempre interessada. Há um prazer manifesto na interacção entre ambas que surge agora globalmente harmoniosa.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês

A interacção que presenciámos entre a Maria e a mãe tem, pela primeira vez, características de mutualidade e sintonia semelhantes às que Schaffer (1984), citado por Bremner (1988) descreve na fase de "partilha de tópicos": a mãe oferece brinquedos que a Maria aceita e manipula, pede-lhe gracinhas que ela faz, não se verificando nenhuma das reacções de desconforto e desarmonia que presenciá-ramos nas entrevistas anteriores. A Maria toma iniciativas relativamente à manipulação de objectos, não integra ainda a mãe nas suas brincadeiras com os brinquedos, mas é já capaz de corresponder aos seus pedidos. Parece, de facto, estar habituada a jogos "pessoa-a-pessoa" (Trevarthen, 1990) que foram sendo progressivamente elaborados em rotinas, rimas e gracinhas convencionais que a mãe - e, neste caso, também a avó - lhe ensinaram, fazendo uso das novas capacidades de imitação que o bebé demostra.

A mãe mostra-se desta vez mais satisfeita com a Maria e mais animada na interacção que tem com ela.

A ansiedade continua, no entanto, a ser a característica mais marcante: *"Desde os 6 meses até há cerca de 15 dias estive muito preocupada porque ela tinha aquelas quedas bruscas da cabeça e chorava desalmadamente. Só passou quando lhe saíram os dentes, mas fez imensos exames, análises, EEG, Ecografia renal, porque a médica estava assustada. Suspeitou de epilepsia porque há uma irmã do pai que tem. Deu tudo normal, mas só quando saíram os dentes é que passou. Agora tenho medo dos próximos dentes, que lhe aconteça outra vez a mesma coisa".*

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

Quando chegámos, a Maria estava a gatinhar pela casa. A mãe estava bem disposta, mas queixa-se um pouco de que é ela que trata de tudo e tem pouco apoio da família.

A irmã, que estava também presente, mostra-se por vezes intrusiva e desadequada, provocando situações de rabugice na Maria, que esteve várias vezes a chorar. No entanto, é mais uma vez com a irmã que presenciamos as maiores manifestações de afecto positivo, com grandes sorrisos e vocalizações iniciadas pela Maria.

Nesta última entrevista, para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé, sobre o qual a mãe refere: *"Foi mais ou menos como eu imaginei... Senti sempre muita alegria e só estive mais aflita com o que ela teve com os dentes. O meu marido também está muito babado, mas não é tão expansivo*

como eu. Agora tenho-me sentido um bocado em baixo, muito cansada. Ela é tudo comigo: comer, banho, fraldas, etc. Eu habituei-a!... Não tenho tido apoio praticamente de ninguém!".

A Maria é ainda descrita, pela mãe, como um bebé com um temperamento difícil: *"O pior são os ginetes como eu nunca vi numa criança. Se é contrariada, faz logo. Faz principalmente à irmã quando ela implica. Até lhe dá estalos. Dizem que sai a mim, mas só em adulta, porque quando eu era bebé era muito sossegada... Já chorou mais, agora não está muito chorona, mas só eu é que a acalmo. Pego-lhe e fico de pé porque ela não aceita outra coisa... Se não vamos lá, ela não se cala e cada vez a birra é maior ".*

Os ritmos de sono ainda não estão completamente estabelecidos e tem ainda dificuldades em adormecer: *"Ou está perdida de sono, ou faz birra... Dorme muito pouco durante o dia, sobretudo quando está na ama. Nesses dias, no máximo 20 a 30 minutos durante todo o dia. Eu penso que é por haver muito movimento... Aos fins de semana, em casa, dorme mais, mas não é muito. À noite, adormece a seguir ao jantar e depois do biberão dorme seguido até às 7.30 h., salvo se está doente. Quem a adormece normalmente é o pai".* Com a alimentação, continua a não haver problemas.

Referindo-se ao desenvolvimento, a mãe diz*: "Acho que é mais do que normal. Está óptima. Eu lembro-me muito pouco da Ana, mas era mais sossegada e mais gorda".* Na área da comunicação, refere: *"Ela dá alguns sinais do que quer, faz entoações variadas consoante as situações e diz já algumas palavras com significado".* No aspecto motor acha que ela se desloca bem, embora ainda não ande.

Na observação formal com a escala de Griffiths, a Maria obtém resultados adequados à sua idade em todas as áreas do desenvolvimento.

Ao analisarmos a situação interactiva verificamos que a Maria está agora muito interessada na exploração dos brinquedos que usa já de forma diferenciada. Mostra-se menos responsiva à mãe que está também mais passiva, pouco estimulante, não conseguindo captar o seu interesse, mas mantendo uma atitude muito afectuosa.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 12º mês

Apesar das características do bebé, a mãe está muito contente com este primeiro ano da Maria: *"Eu tenho gostado de todas as fases dela porque todas têm coisas muito giras. Todos os dias tem coisas novas que eu já não me lembrava da Ana. É como ser mãe pela 1ª vez"*.

Considera-a muito estranha: *"Para as pessoas que conhece, sorri logo, às que não conhece, não vai e é capaz de lhes virar a cara".* Esta reacção típica de uma vinculação claramente estabelecida e do período de Diferenciação Somato-Psicológica (Greenspan & Lieberman, 1989), foi por nós presenciado. A Maria mostrou grande ansiedade ao afastamento da mãe, não se acalmou com uma pessoa estranha e, depois do regresso da mãe, não aceitou que esta a deixasse no chão. Esta aflição perante a ausência da mãe é sinal de que a Maria se tornou mais consciente de si própria como independente dos outros, mas que mantém a sua dependência emocional da mãe.

A mãe refere que ela se entretém muito com todos os brinquedos, mas que não os utiliza de forma diferenciada. Não há ainda grande reciprocidade no jogo social, nem a Maria acede aos pedidos da mãe. Esta, não propõe ainda brincadeiras que a envolvem simultaneamente a si e aos objectos. Não está ainda adquirida a "Simetria na relação" (Schaffer, 1977 b).

O sentimento dominante da mãe é, neste momento, de alegria, não sendo visíveis quaisquer sinais de depressão, nem de ansiedade.

As pontuações agora obtidas na escala de sentimentos e atitudes demonstram bem a satisfação sentida por esta mãe no final do 1º ano do seu bebé.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas, as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão.

Resultados da Escala de Auto-Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dimensões	Pontos	Média
Capacidade de tratar do bebé	33	3.66
Capacidade e preparação global para a função materna	33	4.71

Aceitação do bebé	28	4.66
Relação esperada com o bebé	20	5
Sentimentos respeitantes à gravidez	12	2
TOTAL	126	3.93

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	29 x-4,83	24 x-4	25 x-4.16
Escala B Sobrecarga (7 itens)	25 x-3,57	28 x-4	32 x-4.57
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	38 x-4.22	41 x-4.55	40 x-4.44
Escala D Ansiedade (5 itens)	13 x-2,6	13 x-2.6	22 x-4.4
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	26 x-2.88	38 x-4.22	40 x-4,44

A CARMO E A SUA MÃE

Elementos significativos da 1ª entrevista

A Carmo é um bebé normal. É a 1ª filha de um casal jovem (mãe de 21 anos e pai de 27), com formação académica de nível médio: a mãe tem o 11º ano e o pai tem o 9º ano. Estão bem enquadrados familiar e profissionalmente.

Esta gravidez, ao fim de 6 meses de casados, foi desejada e planeada: *"Quando soube fiquei muito contente e muito admirada de ter sido tão rápido. O meu marido também ficou muito contente e o resto da família também. Ele é filho único e ia ser o primeiro neto".* São referidos inúmeros sinais de alegria durante a gravidez, período em que sempre se sentiu sempre muito bem.

Refere, no entanto, ter sentido alguma ansiedade: *"Às vezes pensava se ia ser capaz de tomar conta do bebé... Às vezes também pensava o que todas as mães pensam: se é perfeito, se vai haver problemas ou complicações. Na ecografia dizem que está tudo bem, mas a gente sempre tem medo".*

Não houve quaisquer complicações durante toda a gravidez que foi seguida no Centro de Saúde.

Às 40 semanas de gravidez, rebentaram as águas. Não tinha ainda dilatação, tendo o trabalho de parto durado 6 horas, ao fim do qual teve parto eutócico: *"Senti-me bem. O que custou mais foram as contracções antes. Fiquei muito feliz sobretudo quando ela veio cá para fora e vi que estava tudo bem... Quando ela nasceu, deram-me o bebé só para ver e depois estive no corredor as horas de repouso, porque não havia vagas. Só às 2 horas da manhã é que a puseram ao pé de mim... Quando fui para o quarto inspeccionei-a dos pés à cabeça! Fiquei radiante. Agora estou muito contente porque ela porta-se muito bem".*

A mãe não refere explicitamente sentir-se ansiosa, mas está preocupada com o desenvolvimento da filha e tem dúvidas sobre a sua capacidade de perceber as necessidades do bebé.

Faz previsões pouco adequadas das etapas de desenvolvimento do seu bebé: muito precoces no aspecto motor e muito tardias nos aspectos sociais e de linguagem.

Toda a entrevista decorreu num clima de alegria e tranquilidade. O diálogo foi fácil e espontâneo e a interacção que presenciámos mostra sinais evidentes de um profundo contentamento com o bebé.

A mãe trabalha num Centro Comercial em horário por turnos, mas vai tentar ficar com um horário fixo. Após a licença de parto, a Carmo irá para uma ama, perto de casa da avó materna. Esta avó está em casa, mas a mãe acha que ela já não tem assim muita paciência.

Na escala de auto-estima materna feita nesta 1ª entrevista e cujos resultados podem ser analisados em detalhe no final do estudo deste caso, obtém pontuações elevadas, homogéneas em quatro das sub-escalas, revelando boa auto-estima, e mais baixos na sub-escala "Aceitação do bebé", como se tivesse receio das características da filha.

Elementos significativos da 2ª entrevista - 1º mês

Quando chegámos, a Carmo estava acordada, muito calma, deitada na sua cama no quarto dos pais. Já tinha mamado, porque a mãe não a tinha conseguido aguentar até à hora combinada, pelo que a situação de alimentação foi depois filmada no dia seguinte.

A mãe está muito contente com este primeiro mês da Carmo e faz-lhe constantes elogios: *"Tem sido uma maravilha, comparada com as outras mães que eu oiço. Só deu duas noites más por causa das cólicas".* Considera a Carmo um bebé fácil, embora diga: *"Chora o normal, mas quando começa e tem aquelas birras, a partir da 9.30 h. da noite, está às vezes quase uma hora... Ao princípio, quando ela chora e a gente não sabe o que se passa é mais difícil, mas com o tempo aprende-se".*

Os seus ritmos de sono e alimentação são ainda pouco previsíveis: *"Ainda é muito dia a dia como ela quer... Agora, de dia, já está mais tempo acordada e para adormecer faz um bocado birra... À noite, adormece logo e por vezes faz um*

intervalo de 4 h.". Está só a mamar, fazendo geralmente um intervalo de 3 horas, mas não há rigidez nem imposição de horários.

A mãe acha o desenvolvimento da Carmo óptimo: *"Eu acho que ela já se ri. Agora eu falo com ela e já não é o sorriso que era, já é diferente... Ela parece que já quer palrar! Agora ela agarra os brinquedos mas não liga. Mostra já interesse pelas pessoas: a gente fala e ela está sempre com atenção, sempre a olhar. Alguns têm mais desenvolvimento, outros não, mas é normal. Alguns ainda estão muito tempo a dormir. Ela não, já quer conversa. Acho-a mais atenta do que alguns ".*

Faz previsões mais adequadas das metas do desenvolvimento, embora ponha a hipótese de que, sendo a Carmo tão activa, ela faça aquisições mais precoces.

Na avaliação feita informalmente, pudemos verificar que a Carmo tem um perfil de desenvolvimento superior à sua idade em todas as áreas, manifestando competências interactivas muito avançadas.

Pela avaliação da situação interactiva verificamos que todo o comportamento da mãe, durante a interacção, é marcado por grande sensibilidade ao bebé a cujos sinais responde de forma contingente e adequada, manifestando com grande expressividade o seu prazer na interacção com a filha. Esta, mostra já boas competências interactivas, mantém-se atenta à mãe e esboça alguns sorrisos como resposta às vocalizações e sorrisos maternos. No final da amamentação e, antes de adormecer, há um período de desconforto durante o qual a Carmo mostra algumas dificuldades em ser consolada.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 1º mês

A mãe está ainda numa fase de aprendizagem, quer dos ritmos, quer dos estados de conforto ou desconforto deste bebé, parecendo estar a adaptar-se bem às tarefas do período da Homeostase (Greenspan & Lieberman, 1989) ou da Regulação Inicial (Sander, 1969). Refere como tendo especial prazer em: *"Dar-lhe banho, estar a conversar com ela".*

Na sequência interactiva que presenciámos, não só nos episódios filmados como em todo o período que durou a entrevista, foi possível verificar que as pistas ou o estado do bebé obtêm, por parte da mãe, uma resposta sistematicamente apropriada, demostrando uma adequada sintonia entre ambos. Refere ainda, no entanto, nem sempre saber reconhecer o que provoca o desconforto do bebé, e por isso, às vezes não saber como consolá-lo.

Na escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados detalhados poderão ser analisados adiante, são manifestos os sentimentos positivos relativamente à Carmo.

Continua, no entanto, a mostrar-se muito ansiosa quer com os cuidados que presta à filha, e não sabe se são os mais adequados, talvez por ser a primeira filha, quer relativamente ao que possa acontecer-lhe.

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

Quando chegámos, a Carmo estava já acordada, muito sorridente e bem disposta, ao colo da mãe. Quando esta lhe começou a dar de mamar, fez uma grande birra, não pegando no peito. A mãe não insistiu, tentou-se ainda filmar a interacção mas a Carmo estava muito rabugenta, pelo que a mãe voltou a pô-la a dormir, retomando-se toda a sequência depois da Carmo acordar já muito bem disposta.

A mãe acha a Carmo diferente desde que vieram de férias, pois como tinha sempre gente à volta, agora não gosta de estar sozinha. Acha que ela está muito despachada.

A Carmo tem algumas birras que a mãe tem dificuldade em perceber: *"Quando apanha birras pode estar uma tarde toda a chorar... Não sabemos o que ela tem, temos de andar com ela ao colo e falar com ela até acalmar... Se a deixo sozinha ela engrena no choro... A birra que fez hoje não é frequente...".*

Os seus ritmos de sono e alimentação estão estabelecidos: *"Dorme das 9h. da noite até às 5h. da manhã e depois come de 3 em 3h.. Agora está a começar a fazer intervalos maiores... Durante o dia, já não está tanto tempo a dormir, excepto de manhã que dorme quase sempre".* Desde há dias que começou a comer papa uma vez por dia. Gostou muito. Nas outras refeições continua a ser só o leite da mãe.

Ao avaliar o seu desenvolvimento, a mãe diz: *"Acho que é muito activa, não pára sossegada. Enquanto os outros que eu vejo, quando vou ao médico, estão sempre a dormir, ela não. De resto, acho que está no normal".*

Na avaliação feita através da escala de Griffiths e também informalmente durante a interacção, nota-se um desenvolvimento muito superior à sua idade em todas as áreas, nomeadamente no que respeita às competências sociais e interactivas.

Pela análise da situação interactiva verificamos que a mãe continua muito sensível e adequada, quer relativamente aos interesses da Carmo, quer relativamente ao seu estado emocional, respondendo adequadamente às pistas do bebé. A Carmo tem um comportamento claro e expressivo, mostra-se muito focalizada na mãe mas dá já sinais de interesse pelos objectos. Continua com dificuldades em ser consolada, embora a mãe manifeste nas situações de desconforto um comportamento muito adequado. O prazer na interacção é evidente em ambas.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

A mãe mostra-se encantada com a Carmo, referindo o que tem sido mais agradável na interacção: *"É ver ela a descobrir as coisas e começar já a fazer as graças".* Terminadas as tarefas de controlo homeostático (Brazelton *et al.*, 1975; Greenspan & Lieberman, 1989), pudemos observar que a Carmo e a mãe iniciaram já a fase de Troca recíproca (Sander, 1969) ou de Prolongamento da atenção e da interacção (Brazelton *et al.*, 1975), numa interacção harmoniosa e sintónica.

A Carmo mostrou ter já atingido um grau de desenvolvimento suficiente das suas capacidades interactivas - sorriso, vocalização, comportamento facial e motor - e saber utilizá-las para manter um processo de comunicação, tendo já aprendido a adaptar-se às tomadas de vez de uma relação sincronizada (Brazelton *et al.*, 1975).

A mãe vai recomeçar a trabalhar e, em princípio, terá um turno fixo, o que lhe possibilitará estar com a Carmo toda a manhã.

Alegria continua a ser o sentimento dominante da mãe, quer na forma como fala da Carmo e do seu bom desenvolvimento, quer na forma como interage com ela.

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

A Carmo estava ainda a dormir quando chegámos. A mãe estava muito bem disposta, evidenciando um bom conhecimento da Carmo e do seu desenvolvimento. O pai chegou e também ele se mostra muito satisfeito com a evolução da filha. Após a filmagem da interacção, a mãe refere que a Carmo esteve muito menos activa do que é habitual.

Relata algumas birras da Carmo que, no entanto, não considera um bebé difícil: *"Chorar de lágrimas, só com dores... Quando não consegue aquilo que quer, fica rabugenta. Se não quer dormir, também faz uma birrita... De resto, é aquela*

rabugice... É fácil de acalmar mas, se não a atendem, continua a rabujar cada vez mais alto".

Deixou completamente de mamar aos quatro meses. Não teve quaisquer dificuldades na aceitação de outros alimentos e come muito bem. Ainda toma biberão à meia-noite, após o banho que é dado por ambos os pais a essa hora. Está claramente estabelecido um ritmo regular de sono e alimentação: à noite dorme 7/8h. seguidas, e volta a dormir toda a manhã. Volta a dormir um pouco antes do lanche e depois do jantar.

A Carmo aprendeu a sentar-se sozinha há cerca de 15 dias e está muito interessada em pôr-se em pé, o que faz, logo que a mãe lhe dá uma pequena ajuda, sendo as suas iniciativas basicamente ligadas à movimentação.

A mãe acha que: "*Está muito espevitada... Já nasceu assim e já não vai mudar..."* A avaliação de desenvolvimento feita pela mãe foi confirmada pela da pediatra: *"Foi à pediatra agora aos 6 meses e ela fez o Teste de Denver onde faz muitas coisas dos 9 meses. Já se senta muito bem, anda no andarilho para trás e para a frente, mas ainda não consegue ir directamente ao objectivo. Já agarra num grão de café com as pontas dos dedos".*

Considera-a muito sociável, mas sabendo distinguir bem quem conhece: *"No autocarro, começa-se a rir e mete-se com toda a gente, mas não dá confiança e não vai ao colo. Já sabe distinguir quem conhece e quem não conhece. A maneira de rir é diferente. Há pessoas que ela vê e começa a fazer beicinho".*

Não se entretém sozinha muito tempo: *"Se vê coisas diferentes à volta, agarra-se a elas. Na aranha, entretém-se com os brinquedos que estão em cima do tabuleiro".*

A mãe perspectiva todo o desenvolvimento da Carmo, dentro dos padrões normais, embora ache que ela pode começar a fazer novas aquisições mais cedo do que o previsto: *"É difícil... Quanto menos a gente espera aparece com uma nova. Eu dela espero tudo em qualquer altura!"*

O desenvolvimento da Carmo, avaliado pela escala de Griffiths, é de facto superior à sua idade em todas as áreas.

Pela análise da situação interactiva podemos verificar que a Carmo demonstra agora mais iniciativas, quer no plano da interacção social, quer na manipulação de objectos. Mostra-se muito animada e expressiva e o afecto que manifesta é sempre positivo. Apesar das capacidades de iniciativa reveladas pelo bebé, a mãe mostra-

se mais directiva na sua interacção, mas sempre muito sensível, animada e expressiva. Ambas revelam enorme prazer na interacção.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

Na interacção que presenciámos, pudemos verificar que a Carmo está interessado nos objectos, tem já competências razoáveis na sua manipulação mas, talvez porque está ainda insegura na posição de sentada, não reage com grande entusiasmo a nada do que a mãe lhe apresenta, nem toma iniciativas relativamente aos brinquedos que estão ao seu alcance. Deitada, responde com enorme entusiasmo à interacção com a mãe, num comportamento típico dos bebés desta idade, que não conseguem ainda integrar na mesma actividade pessoas e objectos.

A sua mãe continua a mostrar-se disponível para as iniciativas dela no plano motor, estimula-a muito nesse aspecto, mas mostra-se igualmente responsiva e adequada na interacção verbal, mantendo uma grande harmonia interactiva.

A alegria continua a ser o sentimento dominante da mãe, bem evidente nas pontuações obtidas na escala de sentimentos e atitudes, cujos resultados podem ser analisados adiante. A pontuação mais baixa, obtida na sub-escala "Sobrecarga", é função de um real cansaço pelo horário e deslocações impostas pelo trabalho a que a mãe ainda se não adaptou.

Não são visíveis sinais de depressão embora a mãe se sinta mais tensa e cansada.

Não são também evidentes sinais de ansiedade na forma como a mãe fala espontaneamente da Carmo ou como interage com ela. No entanto, as respostas à sub-escala "Ansiedade", revelam que ela continua com receio de que possa acontecer alguma coisa à filha e com dúvidas relativamente à forma como a trata.

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

A mãe continua muito satisfeita com a Carmo e o pai, que chegou no fim, está também muito contente. Pela primeira vez, não presenciámos qualquer sinal de agitação ou desconforto, parecendo a mãe mais tranquila com toda a sua vida.

Também, pela primeira vez, a mãe não refere episódios de desconforto nem birras. Diz apenas que acha a Carmo teimosa, mexendo nas coisas mesmo que a proíbam. As rotinas diárias parecem bem estabelecidas neste bebé que a mãe descreve

como muito activo: continua a fazer um intervalo de 7/8h. de noite, come de tudo mesmo sem ser já passado, dorme toda a manhã e cerca de 1h. entre as outras refeições.

Referindo-se aos progressos de desenvolvimento da Carmo, a mãe diz: *"Acho que ela é mais desenvolvida, quer estar sempre em pé. Comparada com uma miúda só com menos quinze dias do que ela, achei a Carmo muito mais activa, a brincar com as coisas. A comer então é a melhor! Já tem memória dos locais onde ficam as coisas que ela gosta. Esta semana na estação descobriu o eco e ia dando gritos para provocar. Pôs toda a gente a rir".*

A mãe prevê um desenvolvimento tão bom como o que tem existido e pensa que a Carmo não vai demorar muito a andar *"Acho que vai continuar assim. É uma miúda muito activa".*

Na avaliação feita com a escala de Griffiths e também a partir dos dados observados na situação de interacção, a Carmo apresenta um desenvolvimento acima da média em todas as áreas, sobretudo no aspecto motor e de socialização. Comparativamente com as outras, é na área de audição e linguagem que a Carmo apresenta um desenvolvimento menos bom, embora a mãe refira que ela está diariamente a fazer sons novos.

Pela análise da situação interactiva verificamos que o prazer de ambas na interacção continua a ser evidente. A Carmo está neste momento mais autónoma, com iniciativas de exploração do ambiente e nem sempre responde às iniciativas da mãe. Consegue já comunicar intencionalmente com esta. A mãe nem sempre responde e segue as iniciativas da Carmo mas continua a revelar boas qualidades de estimulação, elaborando e expandindo os comportamentos da filha, motivando-a para a realização de tarefas adequadas ao seu grau de desenvolvimento e elogiando-a sempre que ela as consegue realizar, quer verbalmente, quer com comportamentos muito afectuosos.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês

A vinculação está claramente estabelecida: *"Se as pessoas desconhecidas se aproximam, ela faz cara feia mas, se forem conhecidas, quer ir para o colo delas... Em Janeiro, ficou com ciúmes de uma criança que eu peguei ao colo...".* Este comentário caracteriza os comportamentos da fase a que Greenspan e Lieberman (1989) chamam Diferenciação Somato-Psicológica.

A interacção que presenciámos entre a Carmo e a mãe assume características típicas da fase a que Trevarthen (1990) chama "Partilha intersubjectiva e cooperativa do mundo": há já integração de pessoas e objectos em actividades/jogos pessoa-pessoa-objecto em que o interesse é, sobretudo, o uso e animação que a mãe introduz nos brinquedos. A mãe começa a interpretar os comportamentos da Carmo, dando-lhes um conteúdo socialmente significativo - gestos espontâneos da Carmo associados, pela mãe, a gracinhas já ensinadas.

A Carmo percebe a mãe como independente dela, com sentimentos e emoções distintas e mostra já alguma reciprocidade no jogo social com esta. Estranha o seu afastamento, estende os braços quando a mãe se reaproxima, procurando utilizar todas as suas competências interactivas para se assegurar da sua disponibilidade para atender aos seus pedidos. A simetria da interacção (Schaffer, 1977 b) está perfeitamente estabelecida nesta díade.

Alegria continua a ser o sentimento dominante que se revela, quer na forma como fala da Carmo e do seu bom desenvolvimento, quer na forma como interage com ela.

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

Quando chegámos, a mãe estava, como sempre, muito bem disposta e a Carmo estava ao seu colo, muito sorridente.

Nesta última entrevista, para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé, sobre o qual a mãe comenta: *"Foi mais agitado do que devia... Mas foi bom! Com o meu marido, houve uma altura que nos desentendemos, com o stress, o trabalho e a casa... Mas agora já está tudo bem. Foi há 2 meses, em Abril. Tivemos uma semana de férias e, mesmo com a Carmo fez-nos muito bem. Em relação à Carmo, só tenho sentido alegria".*
A Carmo é agora descrita pela mãe como um bebé que chora pouco e que só é difícil de acalmar quando teima em querer qualquer coisa que não lhe dão: *"Quando não consegue uma coisa ou a gente diz não, fica mesmo arreliada... A gente distraímo-la... Temos de ser firmes... Mas ela fica sempre a chorar ".*

As rotinas de sono e alimentação estão bem estabelecidas, não havendo quaisquer dificuldades nessa área, embora à noite adormeça agora ao colo da mãe.

A mãe refere que lhe é, neste momento, muito agradável: *"Ver ela a fazer as coisas, a imitar-nos. Ficamos super orgulhosos com o que ela faz sem nós esperarmos".*

Entretém-se muito com todos os brinquedos, que utiliza de forma diferenciada: *"Abana o leque, com o telefone põe no ouvido e diz Tá... Nos bonecos faz ÓÓ...".*

A mãe acha que a Carmo se desenvolveu muito precocemente em todos os aspectos, excepto na área da linguagem: *"Ela não é assim muito de palrar... Estava à espera que fosse mais e mais cedo... Mas já diz Mamã com sentido".* Noutras coisas, acha-a mais desenvolvida: *"Antes do 1º Domingo de Maio, aos 11 meses, começou a dar passos mais livres, depois apanhou um susto e agora quando se vê sozinha, senta-se logo e gatinha... Se ela não tivesse apanhado o medo, já andava... Mas já está em pé muito tempo sozinha, baixa-se e levanta-se sem cair...".*

A mãe acha que tudo vai correr bem no futuro: *" Acho que vai continuar assim. É bastante activa... Ainda nos vai dar muitas dores de cabeça!!!".*

Toda a avaliação feita pela mãe é confirmada pela observação formal na escala de Griffiths, onde a Carmo obtém resultados superiores à sua idade em todas as áreas do desenvolvimento, nomeadamente no aspecto motor e na socialização.

Ao analisarmos a situação interactiva verificamos que a Carmo desenvolveu as suas capacidades de comunicação intencional e usa-as, quer com a mãe, quer com o estranho. Tem muitas iniciativas, quer de interacção social, quer de manipulação e brincadeira com os objectos que nem sempre são seguidas pela mãe, que tem dificuldades em permitir que a Carmo se afaste da interacção proposta por ela, o que gera alguma dessincronizarão no episódio interactivo. Este é, apesar de tudo, marcado por manifestações de afecto e aprovação do comportamento da Carmo.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 12º mês

Considera-a muito sociável, não estranha, mas a dificuldade de separação agora demostrada pela Carmo é-lhe, neste momento, dolorosa: *"Agora, quando a deixo na avó, fica sempre a chorar e custa-me muito".* Esta aflição perante a ausência da mãe é sinal de que a Carmo se tornou mais consciente de si própria como independente dos outros, mas que mantém a sua dependência emocional da mãe.

Os comportamentos de imitação e as gracinhas que a Carmo faz, bem como as condutas que tem com os brinquedos mais frequentemente utilizados, mostram que ela adquiriu maior reciprocidade no jogo social, demonstrando agora um maior interesse nas acções da mãe relativamente aos objectos, acedendo mais facilmente aos pedidos da mãe e demonstrando capacidades de cooperação mais longas e bem sucedidas, características que marcam claramente o período de Partilha intersubjectiva e cooperativa do mundo (Trevarthen, 1990).

O comportamento da mãe, mais ainda do que na entrevista anterior, é de interpretação sistemática dos comportamentos do bebé, dando-lhes um conteúdo socialmente significativo (Scaffolding), o que tem permitido que a Carmo enriqueça a sua experiência e construa uma ponte entre o seu mundo pessoal e um mundo social.

Na interacção que presenciámos, há também sinais claros de que a Carmo adquiriu competências suficientes no processo de comunicação interpessoal, nomeadamente nos processos de comunicação à distância, que Greenspan e Lieberman (1989) consideram precursores da representação mental organizada.

A mãe tem já, com a Carmo, brincadeiras que a envolvem simultaneamente a si e aos objectos - dá e toma, jogar à bola, atender alternadamente o telefone - a que a Carmo responde adequadamente, mostrando-se capaz de associar objectos a situações sociais e assim manter "interacções acerca dos objectos" (Schaffer, 1984, citado por Bremner, 1988). A Carmo compreendeu já a interacção social como uma sequência coordenada em que cada parceiro tem um papel activo, típicas da fase a que Schaffer (1977 b) chama "Simetria na relação".

Continua a ser a alegria o sentimento dominante da mãe que, no entanto, mantém muitos receios relativamente ao que pode acontecer à Carla e levanta-se frequentemente de noite para ver se está tudo bem.

Estes sentimentos positivos estão bem patentes na pontuação obtida na escala de sentimentos e atitudes.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas, as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão.

Resultados da Escala de Auto-Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dimensões	Pontos	Média
Capacidade de tratar do bebé	37	4.11
Capacidade e preparação global para a função materna	32	4.57
Aceitação do bebé	21	3.5

Relação esperada com o bebé	18	4.5
Sentimentos respeitantes à gravidez	25	4.16
TOTAL	133	4.15

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	26 x-4.33	29 x-4,83	29 x-4,83
Escala B Sobrecarga (7 itens)	27 x-3.85	27 x-3,85	31 x-4.42
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	39 x-4,33	43 x-4,77	44 x-4,88
Escala D Ansiedade (5 itens)	11 x-2.2	12 x-2.4	15 x-3
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	43 x-4.77	37 x-4.11	39 x-4.33

O JOSÉ CARLOS E A SUA MÃE

Elementos significativos da 1ª entrevista

O José Carlos é um bebé normal. É o 3º filho de um casal jovem (mãe de 25 anos e pai de 32), com formação académica a nível médio: a mãe tem o 12º ano e o pai tem o 11º ano. Têm duas filhas gémeas com 14 meses.

Esta gravidez, quando as filhas tinham pouco mais de 5 meses, não foi planeada, nem desejada para esta altura, embora ambos quisessem ter mais um filho: *"Tinha DIU. Até aos 2 meses e meio o médico afirmava que eu não estava grávida".* A notícia da gravidez foi: *"Um grande choque porque era muito perto das outras duas que só tinham 10 meses quando eu tive a certeza que estava grávida. Como tinha o DIU, falei com o médico, mas ele descansou-me e a partir daí não pensei em mais nada. Tento sempre ser muito optimista... Depois, mentalizei-me bastante bem até porque elas são bastante sossegadas... então, quando soube que era um rapaz ficámos todos radiantes ".* Refere ter-se sentido sempre muito bem.

Às 38 semanas de gravidez, teve sinal de parto, mas durante 24h. só fez 3 dedos de dilatação, pelo que fez cesariana com epidural.

São referidos sinais de ansiedade apenas pela indecisão da equipa médica quanto à cesariana: *"Foi extremamente doloroso. Só ao fim desse tempo o médico resolveu fazer cesariana. Eu estava exausta pelas 24h. anteriores... Logo que ele nasceu, puseram o bebé junto de mim, perguntei logo qual era o peso dele, porque o médico dizia-me que ele era muito pequeno. Senti-me muito bem e muito aliviada porque há três dias que não sabia o que era dormir... Depois, só o tornei a ver passadas umas horas... Fiquei muito feliz porque achei que aquilo que eu pensava se concretizava e que ele era calminho como as irmãs".*

A partir do momento em que puseram o bebé ao pé de si, apenas manifesta sentimentos de alegria, embora nos diga: *"Estou na expectativa de saber como é que as minhas filhas vão reagir... Elas ainda não viram o irmão".*

Conta com todo o apoio do marido e da família deste, porque não se dá com os seus pais e irmã.

A mãe faz previsões adequadas das etapas de desenvolvimento do seu bebé em função das aquisições das suas filhas.

Toda a entrevista decorreu num clima de alegria e tranquilidade. O diálogo foi fácil e espontâneo e a interacção que presenciámos mostra sinais evidentes de um profundo contentamento com o bebé.

Após a licença de parto, vai pôr o bebé na creche onde estão as irmãs. Como se mete o período de férias, o José já terá 4 meses quando entrar.

Na escala de auto-estima materna feita nesta 1ª entrevista e cujos resultados detalhados podem ser analisados no final deste estudo de caso, obtém pontuações que revelam elevada auto-estima em todas as dimensões avaliadas.

Elementos significativos da 2ª Entrevista - 1º mês

Quando chegámos, o José Carlos estava ainda deitado na caminha de grades no quarto dos pais. A mãe estava muito bem disposta e satisfeita com ele, embora apresentasse um ar cansado, explicando que tem estado adoentada e muito cansada com os três filhos tão próximos.

Considera o José Carlos um bebé fácil: *"Chora pouco, só com fome ou com alguma cólica. É muito fácil de acalmar, mas se está com fome, só mesmo dando-lhe de mamar!".* Por vezes, de noite, tem dificuldades em adormecer: *"De noite, só 1 ou 2 vezes é que fez um intervalo maior. Às vezes, só sossega se lhe der novamente peito".* Durante o dia, há sempre um intervalo de mamada em que não dorme.

A mãe refere os momentos de alimentação como o que tem sido mais agradável na interacção com ele: *"Mama com um intervalo de cerca de 3 horas, muito tempo de cada peito. Demora, sou capaz de estar quase uma hora com ele, mas é gratificante porque ele está a desenvolver bem. Acho que compensa".*

Acha que o José Carlos ainda não sorri, mas já começa a produzir sons muito diferentes: *" Acho que ele se está a desenvolver normalmente ".*

Faz previsões de desenvolvimento comparando sistematicamente o que aconteceu com as irmãs e acha que ele irá ser como elas.

Na avaliação feita informalmente, pudemos verificar que o José Carlos tem um perfil adequado à sua idade em todas as áreas do desenvolvimento.

Pela análise da situação interactiva podemos verificar que o José Carlos está bem alerta, mas nunca focalizado na mãe. Esta mostra-se passiva, não tentando estabelecer interacção social com ele, embora se mostre afectuosa e aprovadora do seu desenvolvimento. As poucas iniciativas que a mãe toma, não obtêm, por parte do bebé, qualquer resposta.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 1º mês

Os ritmos de sono e alimentação não são ainda estáveis, mas a mãe parece estar a adaptar-se bem, não havendo referência a episódios de desconforto, neste período de Homeostase (Greenspan & Lieberman, 1989) ou de Regulação Inicial (Sander, 1969).

Acha-o muito atento e activo. *"É um bebé muito esperto, sempre com a cabeça no ar"*. No entanto, a mãe acha que nesta idade os bebés devem sobretudo dormir: *"Eu gosto de o ver dormir porque significa que ele está bem e é um consolo. Enquanto comem e dormem estão a medrar".* A mãe parece ter confiança nas suas capacidades maternais, de conhecimento das necessidades do bebé: *"Quando chora muito sentido, é de fome. Quando chora e depois pára é normalmente gases. Distingue-se muito bem".*

Na sequência interactiva que presenciámos, não só nos episódios filmados como em todo o período que durou a entrevista, foi possível verificar que as pistas ou o estado do bebé obtêm por parte da mãe uma resposta apropriada, demostrando uma adequada sintonia entre ambos.

A mãe está muito satisfeita com o seu bebé obtendo, na escala de sentimentos e atitudes, pontuações que reflectem essa satisfação. Apenas refere cansaço físico, sobretudo porque tem estado adoentada.

Elementos significativos da 3ª entrevista - 3º mês

A mãe estava muito mais descansada e relaxada, bem arranjada, conversando sobre a forma como lida com os três filhos e reparte entre eles a atenção que todos precisam, revelando uma consciência muito adequada e grande sensibilidade às necessidades específicas que cada um apresenta.

Fala do José com um prazer evidente: *"Acho que nele tudo me dá gozo! Acho que ele é uma criança fácil e muito boa de lidar. Na alimentação é óptimo, dá-me muito prazer. Já gosta muito do banho, quase frio. Nessa altura eu falo muito baixinho com ele, já esperneia. A dormir também é fácil. Nas brincadeiras já responde muito bem".*

Relata, no entanto, vários episódios de desconforto que nem sempre são fáceis de ultrapassar: *"São poucos os dias, mas quando começa com fome ou com cólicas, pode passar um dia inteiro a chorar... Só se acalma comigo e às vezes estou cinco ou dez minutos a tentar convencê-lo. O pai nem vale a pena tentar... Se for birra para comer ou dormir, não se cala. Se é só para chamar a atenção, cala-se".*

Os seus ritmos de sono e alimentação estão estabelecidos: *"Está completamente regular, embora varie em função da 1ª mamada, depois é de 4 em 4 h.. Só de carro é que descontrola, porque vai a dormir mais tempo".* A mãe está já a habituá-lo aos sabores das papas - que come ao almoço - para quando for para o infantário. Não tem havido quaisquer problemas, embora os intestinos funcionem mal: *"Só descarrega de 3 em 3 dias! Gases tem sempre muitos. Muitas vezes, quando está agitado, são cólicas".*

Quanto ao desenvolvimento do José Carlos, comenta: *"Ele exige muito mais a minha atenção do que as irmãs, que se entretinham. Ele é maior do que as irmãs. Já está muito mais esperto do que elas foram. É mais activo do que elas desde que nasceu... Em relação aos outros bebés que vejo no Centro de Saúde, acho que está dentro da média, mas no peso está mais desenvolvido".*

Na avaliação feita através da escala de Griffiths e também informalmente, durante a interacção, nota-se um perfil ligeiramente superior à sua idade em todas as áreas do desenvolvimento. O José Carlos pega nos brinquedos que a mãe lhe dá, abana-os, e é capaz de estabelecer com a sua mãe os jogos interactivos com actividades motoras, sorrisos e vocalizações mútuas tão característicos deste período.

Pela análise da situação interactiva verificamos que a mãe e o bebé estão muito sintonizados um com o outro, mostrando grande prazer na interacção social. A mãe lidera toda a situação com sensibilidade, mostra um comportamento muito adequado e expressivo, obtendo quase sistematicamente uma resposta por parte do bebé, quer quando interage directamente, quer quando apresenta brinquedos.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 3º mês

Terminadas as tarefas de controlo homeostático (Brazelton *et al.*, 1975; Greenspan & Lieberman, 1989), pudemos observar que o José Carlos e a mãe iniciaram já a

fase de Troca recíproca (Sander, 1969) ou de Prolongamento da atenção e da interacção (Brazelton *et al.*, 1975), numa interacção harmoniosa e sintónica.

O José Carlos mostrou ter já atingido um grau de desenvolvimento suficiente das suas capacidades interactivas - sorriso, vocalização, comportamento facial e motor - e saber utilizá-las para manter um processo de comunicação, tendo já aprendido a adaptar-se às tomadas de vez de uma relação sincronizada (Brazelton *et al.*, 1975).

Alegria continua a ser o sentimento dominante nesta mãe, quer na forma como fala do José Carlos e do seu bom desenvolvimento, quer na forma como interage com ele: *"Eu estou a aproveitar muito melhor a infância dele do que consegui com elas. Até porque elas eram duas e eu estive 3 meses aqui fechada com elas e nunca mais ultrapassava a depressão que tive".*

Elementos significativos da 4ª entrevista - 6º mês

A mãe continua a mostrar-se muito calma, sensível e disponível para atender às necessidades de toda a família.

Após um período de doença em que esteve muito rabugento, o José está agora um bebé bem disposto: *"Só rabuja quando está com fome ou com sono... Quando chora tem sempre uma razão, mas chorar por chorar, não faz".* Nunca teve problemas com a alimentação e agora está a deixar de tomar o biberão das 22.30h. Os ritmos de sono estão regularizados, mas ainda tem dificuldades em adormecer: *"Se estiver muito cansado, tenho de o adormecer ao colo".*

A mãe refere os progressos que o filho tem feito nas várias áreas, considera que este tem tido um desenvolvimento completamente normal, embora o nascimento dos dentes tenha sido muito avançado - logo aos 4 meses.

Na avaliação feita através da escala de Griffiths e também informalmente durante a interacção, verifica-se, em todas as áreas, um desenvolvimento adequado à sua idade cronológica.

Ao analisarmos a situação interactiva verificamos que o bebé se mostra activo e interessado, quer nos brinquedos, quer na interacção social e responsivo à mãe. Esta tem uma atitude directiva mas muito sensível, com um ritmo muito adequado nas propostas que vai fazendo ao bebé. Há grande prazer e harmonia na interacção entre ambos.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 6º mês

Na interacção que presenciámos, pudemos verificar que o José Carlos está muito interessado nos objectos, tendo já competências razoáveis na sua manipulação. A mãe deu-se conta disso e diz: *"Desta vez, ele esteve muito mais atento aos brinquedos ou à máquina. Eu já estou numa parte mais secundária. Da outra vez podia pegar no que eu lhe dava, mas estava sempre a ver se eu estava lá. O brinquedo é que era secundário. Ele agora gosta dos brinquedos que tenham som".* Este comentário da mãe mostra a sua sensibilidade e conhecimento dos interesses do bebé, que manifesta um comportamento típico dos bebés desta idade, na fase a que Sander (1969) chama "Iniciativa" e Brazelton *et al.* (1975) "Aparecimento da Autonomia".

A capacidade manifestada pela mãe em responder adequada e contingentemente às suas iniciativas, garantem a harmonia interactiva que presenciámos nesta díade.

A mãe recomeçou a trabalhar na altura prevista, quando o José tinha 4 meses: *"Nisso, está em desvantagem em relação às irmãs que estiveram numa ama até aos 7 meses. Eu tento compensá-lo neste aspecto. Deixo-o lá às 8.30h da manhã, depois chego às 15.30h., dou-lhe o lanche, mudo-lhe a fralda e fico com ele na sala até às 17h. Nessa altura, vou à sala das irmãs buscá-las e às 17.15h. chega o pai e vamos todos para casa".*

A alegria continua a ser o sentimento dominante da mãe, que apenas revela sentir-se fisicamente muito cansada.

Estes sentimentos positivos podem ser confirmados pelos resultados obtidos na escala de sentimentos e atitudes, no final do estudo deste caso.

Elementos significativos da 5ª entrevista - 9º mês

Quando chegámos, estava a família toda, tendo as três crianças acabado de acordar. A mãe parece continuar a saber lidar com uma situação não muito fácil, já que pudemos verificar que qualquer das irmãs requer dela muita atenção. O pai saiu depois com as filhas para que a entrevista decorresse num ambiente mais tranquilo. A situação de alimentação foi filmada depois da interacção porque o José tinha almoçado mais tarde do que o previsto.

As rotinas diárias parecem bem estabelecidas neste bebé: *"Dorme sempre um pouco entre as refeições. Já come de tudo. Ao jantar, normalmente acaba também por comer o jantar da família! Depois, fica na conversa até às 21.30h. e dorme até de manhã. De noite, refila sempre uma vez ou para o virarem ou para a chucha".*

O que mais prazer dá à mãe neste momento é: *"O facto de ele ser muito meiguinho. Não lhe posso gritar nem abrir os olhos. Logo que me vê agarra-se a mim, encosta-se. Tem muito afecto e tenta demonstrar".*

A mãe descreve com objectividade as competências actuais do José Carlos e os progressos feitos desde a última entrevista, mas está preocupada por ele ainda não gatinhar: *"Lá no infantário há miúdos que já se agarram e já se levantam. Ele não se esforça o suficiente. Chateia-me ele ainda não se deslocar, acomodar-se um bocado... Já me têm dito que se calhar não gatinha. Talvez daqui a 1 mês... Nos dentes está mais adiantado, no falar acho que está igual".*

Prevê no futuro um desenvolvimento normal: *"Com as irmãs a puxar por ele, como não têm uma grande diferença, acho que vai ser fácil ele aprender as palavras. Nas brincadeiras, ele já imita as irmãs".*

Na avaliação feita com a escala de Griffiths e também a partir dos dados observados na situação de interacção, o José Carlos apresenta um desenvolvimento acima da média nos aspectos sociais e de manipulação de objectos e dentro da média nas restantes áreas.

Pela análise da situação interactiva verificamos que este bebé continua muito interessado nos brinquedos que manipula de forma já diferenciada. Tem iniciativas de interacção social e alguns comportamentos dirigidos à mãe com manifesta intenção comunicativa. A mãe mostra-se extremamente sensível e adequada, manifestando grandes qualidades de estimulação. Ambos estão mutuamente envolvidos, demonstrando grande prazer na interacção.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 9º mês

A vinculação está claramente estabelecida: *"O José Carlos quando nos vê, a mim e ao pai, até os olhos brilham! Com os outros, é um sorriso mais tímido... Está muito agarrado a mim. Com os outros, se estiver ao meu colo, mete-se com todos. Se lhe querem pegar, não quer ir. Desde há 15 dias, agarra-se logo a mim. Se estiver sozinho, desata num berreiro".* Pudemos verificar que ele manifesta um claro desconforto na sua ausência, chora até a ver de volta e só se acalma quando a mãe

lhe pega ao colo, o que demonstra que o José tem já características da fase de Diferenciação Somato-Psicológica (Greenspan & Lieberman, 1989).

A interacção que presenciámos entre o José Carlos e a mãe assume as características da fase a que Trevarthen (1990) chama "Partilha intersubjectiva e cooperativa do mundo". O José Carlos percebe a mãe como independente dele, com sentimentos e emoções distintas e mostra já reciprocidade no jogo social com esta. A simetria da interacção (Schaffer, 1977 b) está perfeitamente estabelecida nesta díade.

Alegria continua a ser o sentimento dominante da mãe, manifesto quer na forma como fala do José Carlos, quer na forma como interage com ele.

Está preocupada com a saúde do João: *"Tem estado muitas vezes constipado e faz logo farfalheira. Já teve de fazer 12 sessões de Kinesioterapia 3 vezes por semana".*

Não são visíveis quaisquer sinais de depressão, mas a mãe considera que está fisicamente muito cansada.

Elementos significativos da 6ª entrevista - 12º mês

O José ainda não tinha acordado. As duas filhas estavam já prontas para ir dar um passeio com o pai. A mãe estava como sempre muito bem disposta e disponível para todos, e pegou no José logo que este acordou.

Nesta última entrevista, para além da recolha do mesmo tipo de elementos das anteriores, pretendemos fazer um certo balanço do que foi sentido pelas mães neste 1º ano de vida do bebé, aspecto sobre o qual a mãe refere: *"Eu sempre achei que ia ser um rapaz... Quando soube, fui logo comprar umas botinhas azuis. Toda a gente estava com medo que eu fosse ter um desgosto se fosse uma rapariga e queriam-me convencer que era... Tinham medo que eu tivesse uma grande depressão como tive das minhas filhas... Quando o José nasceu, não tinha nenhum filho tipo como ele deveria ser, embora à partida não esperasse que ele fosse difícil, porque as outras também não tinham sido... Foi tudo normal. Estou um bocado cansada, mas pensei que fosse mais cansativo com todos os três tão perto. Ele sozinho, entretém-se, nem nos lembramos que ele existe... Mesmo com os três, às vezes aguentam-se melhor estando um de nós sozinhos do que quando estamos ambos".*

Refere que tem tido apoio do marido e de pessoas amigas, mas que precisaria de mais...

O José Carlos nem sempre é, para a mãe, um bebé fácil de compreender: *"Tem-nos dado noites mais chatas, sem ter razão aparente e sem ser nada. Já houve várias semanas assim".*

A mãe refere como característica principal do seu temperamento: *"Ser um bocado teimoso. É mais determinado quando quer uma coisa do que elas eram. Continua sempre a tentar obter o que quer, mesmo que eu me zangue. Normalmente, ralho-lhe e ele só pára quando lhe damos outra coisa para se entreter".*

Ficou muito decepcionada com o facto de o José, só com mais de 11 meses, ter começado a gatinhar, mas está muito satisfeita com a sua evolução noutras áreas: *"Na parte motora, há miúdos muito mais adiantados. Em relação ao tentar falar, noto que ele está mais evoluído - já diz muitas palavras com significado. Na maneira como ele se comporta com os outros miúdos e pede coisas aos adultos, está mais desenrascado".* Quanto ao futuro: *"As perspectivas são boas...".*

A avaliação feita pela mãe é totalmente confirmada pela observação formal na escala de Griffiths, onde o José Carlos obtém resultados superiores à sua idade em todas as áreas do desenvolvimento, nomeadamente nos aspectos de socialização e audição e linguagem, notando-se evidentes progressos relativamente à observação anterior.

Pela análise da situação interactiva podemos verificar que o José Carlos tem, com frequência, comportamentos de iniciativa social, alguns dos quais com evidente intenção comunicativa. Está muito interessado nos brinquedos e na interacção com a mãe. Esta mantém-se muito sensível e responsiva, aproveitando muitas das pistas do bebé e elaborando, a partir dos comportamentos deste, estimulando-o muito sobretudo verbalmente. Há uma grande harmonia na interacção entre ambos, numa atmosfera de grande tranquilidade e evidente prazer.

Conclusão sobre o processo de adaptação mãe-bebé no 12º mês

De uma forma global, descreve a sua relação com o José de forma muito gratifican-te: *"Dá-me gozo ele comer tão bem, o banho, porque ele adora, ri-se muito, bate palmas... Já gosta muito de brincar e já faz bastante companhia. E claro que é uma delícia quando quer namorar com a mãe, faz ronron e enrosca-se todo em mim...".*

Começou a demonstrar comportamentos evidentes de estranheza: *"Olha para as pessoas, se está ao meu colo, ainda dá um ar da sua graça. Se alguém se aproxima e ele está longe de nós, chora e vai logo à nossa procura. Quando entrou para o*

infantário, aos quatro meses, estranhou muito o ambiente e aos cinco meses começou logo a notar as diferenças. Agora, quando o deixo no infantário é horrível porque ele fica sempre a chorar".

O José Carlos dá sinais muito claros do que quer: *"Quando é birra, tem um choro muito intenso. Se quer água ou comida, dá uns solavancos, cerra os punhos e fica muito excitado. Se tem sono, esfrega os olhos, boceja e encosta a cabecinha... No quarto das irmãs, com os brinquedos, olha, faz sons e aponta e quando eu digo o que ele quer e ele vê que está a ser entendido, fica muito contente".* Este comentário caracteriza bem as competências do José no processo de comunicação interpessoal, nomeadamente nos processos de comunicação à distância, e permite-nos também ver que a mãe, ao longo deste ano, aprendeu o significado das condutas e pistas do bebé consoante os contextos em que estas ocorrem, conhece as suas rotinas de brincadeira e interacção preferidas e mostra-se capaz de lhes responder adequada e consistentemente, tarefa que permite a harmonia da interacção que temos vindo a presenciar e que se mantém neste período.

Na interacção que presenciámos as competências comunicativas desta díade foram evidentes: vimos o José apontar para brinquedos, vocalizando e sorrindo quando a mãe lhos dava.

A mãe tem já, com o José Carlos, brincadeiras que a envolvem simultaneamente a si e aos objectos - dá e toma, atender alternadamente o telefone - a que o José Carlos responde adequadamente, mostrando-se capaz de associar objectos a situações sociais e assim manter "interacções acerca dos objectos" (Schaffer, 1984, citado por Bremner, 1988).

O José Carlos compreendeu já a interacção social como uma sequência coordenada em que cada parceiro tem um papel activo, típicas da fase a que Schaffer (1977 b) chama "Simetria na relação".

A mãe considera-se muito cansada, não especialmente com o José, mas pelo facto de ter três filhos tão pequenos. Este é o único sentimento negativo visível na escala de sentimentos e atitudes, cujas pontuações revelam grande satisfação com o bebé.

Resultados das Escalas passadas na 1ª entrevista Escala de Auto-Estima Materna - e nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses - Escala de Sentimentos e Atitudes

Em ambas as escalas as pontuações obtidas vão de 1 a 5. Na Escala de Auto--Estima, o valor máximo corresponde ao máximo de auto-estima.

Na Escala de Sentimentos e Atitudes, o valor máximo corresponde sempre a sentimentos positivos: satisfação com o bebé, inexistência de sobrecarga, de frustração, de ansiedade ou de depressão.

Resultados da Escala de Auto-Estima Materna realizada na 1ª entrevista

Dimensões	Pontos	Média
Capacidade de tratar do bebé	42	4.66
Capacidade e preparação global para a função materna	35	5
Aceitação do bebé	25	5
Relação esperada com o bebé	20	5
Sentimentos respeitantes à gravidez	25	4.16
TOTAL	147	4.59

Resultados da Escala de Sentimentos e Atitudes realizada nas entrevistas do 1º, 6º e 12º meses

	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bebé (6 itens)	28 x-4,66	28 x-4.66	27 x-4,5
Escala B Sobrecarga (7 itens)	28 x-4	27 x-3.85	26 x-3.71
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	42 x-4.66	40 x-4.44	42 x-4.66
Escala D Ansiedade (5 itens)	21 x-4.2	18 x-3.6	22 x-4.4
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	37 x-4.11	36 x-4	41 x-4.55

Capítulo 2

Análise comparativa

1. Introdução

Após a análise descritiva longa e detalhada que fizemos do que foi o primeiro ano de vida dos bebés que compõem a nossa amostra, bem como dos sentimentos dominantes das suas mães iremos, nesta última parte do nosso trabalho, apresentar alguns quadros resumo que nos permitirão analisar a constância das características individuais de cada díade e, simultaneamente, compará-las entre si.

Tal como anteriormente referimos, ao enunciar a problemática do estudo, daremos especial ênfase à análise dos sentimentos maternos, à evolução das expectativas maternas sobre o desenvolvimento dos bebés e à dinâmica interactiva estabelecida no seio da díade.

A fim de permitir a comparação destes aspectos para as diferentes díades, agrupá--las-emos consoante o problema do bebé, comentando os aspectos que forem mais relevantes. Terminaremos com um comentário que realçará os aspectos que, relativamente às diferentes díades, nos pareceram mais relevantes, salientando posteriormente as questões que, na nossa perspectiva, deveriam ser consideradas no âmbito de um programa de intervenção precoce.

2. Auto-estima materna na altura do nascimento do bebé

Nos quadros nº 5, 6 e 7 poderemos analisar os resultados obtidos pelas mães dos diferentes bebés - com síndrome de Down, pré-termo ou normais - na Escala de Auto-Estima Materna na primeira entrevista realizada ainda na maternidade.

Como já referimos, a pontuação desta escala é obtida atribuindo o valor de 1 a 5 a cada questão, de tal forma que o máximo de auto-estima corresponda sempre à pontuação 5 e o mínimo à pontuação 1. No anexo 2, poderão ver-se as pontuações atribuídas a cada questão.

Quadro nº 5

Resultados das mães dos bebés com síndrome de Down na Escala de Auto-Estima Materna

	Catarina	Helder	João Paulo	Mariana	Rui
Capacidade de tratar do bebé	29 x-3.22	-	44 x-4.88	41 x-4.55	35 x-3.88
Capacidade e preparação global para a função materna	23 x-3.28	-	34 x-4.85	32 x-4.57	29 x-4.14
Aceitação do bebé	13 x-2.16	-	22 x-3.66	22 x-3.66	15 x-2.5
Relação esperada com o bebé	15 x-3.75	-	20 x-5	17 x-4.25	17 x-4.25
Sentimentos respeitantes à gravidez	21 x-3.50	-	18 x-3	24 x-4	29 x-4.83
TOTAL	**101** **x-3.15**	*	**138** **x-4.31**	**136** **x-4.25**	**125** **x-3.90**

* Dado o estado emocional da mãe na 1ª entrevista esta escala não foi feita.

Como se pode verificar, os resultados obtidos pelas várias mães nos primeiros momentos em que se confrontam com um bebé com deficiência são bastante diferentes.

É na sub-escala "Aceitação do bebé" que, como se poderia prever, as mães dos bebés com síndrome de Down apresentam resultados mais baixos que contrastam, no caso da mãe do João Paulo e da Mariana, com a pontuação obtida na sub-escala "Capacidade de tratar do bebé" e, no caso da mãe do Rui, com a pontuação muito elevada obtida na sub-escala "Sentimentos respeitantes à gravidez" que mostram bem a satisfação desta mãe antes do bebé nascer.

As mães da Mariana e do João Paulo, com pontuações globais muito semelhantes estão ambas no grupo das cinco mães (entre todas as da nossa amostra) que apresentam resultados elevados demonstrando uma boa auto-estima, apesar da situação de deficiência dos seus bebés. Pelo contrário, a mãe da Catarina é, de todas as mães, a que apresenta uma auto-estima mais baixa.

Quadro nº 6

Resultados das mães dos bebés pré-termo na Escala de Auto-Estima Materna

	Marta	Ana	Filipe
Capacidade de tratar do bebé	39 x-4.33	35 x-3.88	39 x-4.33
Capacidade e preparação global para a função materna	33 x-4.71	30 x-4.28	34 x-4.85
Aceitação do bebé	27 x-4.5	24 x-4	21 x-3.5
Relação esperada com o bebé	20 x-5	16 x-4	16 x-4
Sentimentos respeitantes à gravidez	19 x-3.16	18 x-3	21 x-3.5
TOTAL	**138** **x-4.31**	**123** **x-3.84**	**131** **x-4.09**

Também nas mães dos bebés nascidos prematuramente surgem algumas diferenças que nos parecem, contudo, menos significativas do que as das mães dos bebés com síndrome de Down.

A Ana era o único bebé que, à data da entrevista, estava na Unidade de Cuidados Intensivos, já que os outros dois bebés pré-termo, após uma óptima evolução, encontravam-se já nos Cuidados Intermédios. Este facto pode talvez explicar a pontuação ligeiramente mais baixa da sua mãe, nomeadamente nas sub-escalas "Capacidade de cuidar do bebé" e "Relação esperada com o bebé". Esta mãe parece também ter vivido a gravidez de forma ambivalente e sentir-se menos preparada para a função materna. Tal como pudemos verificar no estudo longitudinal anteriormente feito, a mãe da Ana é, de todas as mães dos bebés pré- -termo a que demonstrou, ao longo do 1º ano de vida do bebé, sentimentos de frustração e sobrecarga parecendo, de facto, em certos momentos, pouco disponível para os cuidados que a filha exigiu.

Quadro nº 7

Resultados das mães dos bebés normais na Escala de Auto-Estima Materna

	Francisco	Maria	Carmo	José Carlos
Capacidade de tratar do bebé	44 x-4.88	33 x-3.66	37 x-4.11	42 x-4.66
Capacidade e preparação global para a função materna	35 x-5	33 x-4.71	32 x-4.57	35 x-5
Aceitação do bebé	29 x-4.83	28 x-4.66	21 x-3.5	25 x-5
Relação esperada com o bebé	20 x-5	20 x-5	18 x-4.5	20 x-5
Sentimentos respeitantes à gravidez	23 x-3.83	12 x-2	25 x-4.16	25 x-4.16
TOTAL	**151** **x-4.71**	**126** **x-3.93**	**133** **x-4.15**	**147** **x-4.59**

Mesmo entre as mães dos bebés normais há, relativamente à auto-estima, algumas diferenças importantes.

A ambivalência com que a mãe da Maria viveu esta 2ª gravidez está bem evidente na sub-escala que a este aspecto se refere, onde obtém um resultado muito diferente do das restantes sub-escalas. É também esta mãe que obtém a pontuação mais baixa na sub-escala "Capacidade de tratar do bebé" face a um recém-nascido que se mostrava já muito difícil de acalmar. Tal como vimos ao longo do estudo longitudinal desta díade, esta dificuldade manteve-se ao longo do primeiro ano de vida da bebé.

A mãe da Carmo tem resultados bastante elevados em todas as sub-escalas, excepto "Aceitação do bebé", facto que nada explica e que a relação que mantém com a filha, ao longo do ano, contradiz totalmente.

As mães do Francisco e do José Carlos são, de todas as mães da nossa amostra, as que obtêm resultados mais elevados, demonstrando uma boa auto-estima.

2.1 - Análise comparativa dos resultados de todas as mães

Ordenando todas as mães da nossa amostra pelos resultados globais obtidos na escala de auto-estima verificamos que, através desta escala, se torna difícil distinguir as mães dos três tipos de bebés que avaliámos. No entanto, as duas pontuações mais elevadas são de mães de bebés normais e, a mais baixa, de uma mãe de um bebé com síndrome de Down. Globalmente, a mais alta auto-estima é, como seria de esperar, do grupo de mães de bebés normais e a mais baixa do grupo de mães de bebés com síndrome de Down.

Se analisarmos os resultados nas várias sub-escalas, constatamos que apenas na "Aceitação do bebé" as mães dos bebés com síndrome de Down têm, globalmente, pontuações mais baixas, muito embora a mãe da Ana - bebé pré-termo - e a mãe da Carmo - bebé normal - tenham resultados em tudo semelhantes aos das mães dos bebés com síndrome de Down.

As restantes sub-escalas não revelam diferenças significativas entre as mães dos vários tipos de bebés, o que nos faz reflectir no conteúdo das questões e seu agrupamento nas várias dimensões da escala, já que, no decorrer da entrevista, foi bem patente, como seria de esperar, uma grande diferença no estado emocional das mães dos vários tipos de bebés.

De salientar, no entanto, a pontuação da mãe da Catarina, bastante mais baixa do que todas as outras, contradizendo afirmações feitas no decorrer da entrevista em que negava, quer a situação de deficiência da filha, quer os seus sentimentos de depressão.

3. Sentimentos e atitudes das mães no 1º, 6º e 12º meses de vida do bebé

Apresentaremos agora três quadros que nos permitem analisar, sucessivamente, os resultados obtidos pelas mães dos bebés com síndrome de Down, pré-termo e normais, nas sub-escalas que compõem a Escala de Sentimentos e Atitudes e que foi passada na entrevista realizada no 1º, 6º e 12º meses.

No anexo 4, poderão ver-se as pontuações atribuídas a cada questão.

Quadro nº 8

Resultados das mães dos bébés com síndrome de Down na Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos no 1º, 6º e 12º meses

	S. Down			**S. Down**			**S. Down**			**S. Down**			**S. Down**		
	Catarina			**Helder**			**João Paulo**			**Mariana**			**Rui**		
Meses	1º	6º	12º	1º	6º	12º	1º	6º	12º	1º	6º	12º	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bébé (6 itens)	30 x-5	27 x-4,5	27 x-4,5	30 x-5	30 x-5	29 4,83	28 x-4,66	30 x-5	30 x-5	30 x-5	27 x-4,5	28 x-4,66	28 x-4.66	30 x-5	29 x-4.83
Escala B Sobrecarga (7 itens)	29 x-4,14	25 x-3,57	27 x-3,85	31 x-4,42	24 x-3.42	26 x-3,71	28 x-4	32 x-4,57	32 x4,57	33 x-4.71	31 x-4.42	34 x-4.85	27 x-3.85	26 x-3.71	20 x-2.85
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	42 x-4,66	40 x-4,44	41 x-4,55	41 x-4,55	42 x-4,66	40 x-4,44	39 x-4,33	44 x-4.88	45 x-5	37 x-4.11	38 x-4.22	38 x-4.22	37 x-4.11	41 x-4.55	38 x-4.22
Escala D Ansiedade (5 itens)	15 x-3	21 x-4,2	17 x-3,4	14 x-2,8	10 x-2	7 x-1,4	13 x-2,6	18 x-3.6	17 x-3.4	18 x-3.6	25 x-5	25 x-5	9 x-1.8	14 x-2.8	16 x-3.2
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	32 x-3,55	34 x-3,77	33 x-3,66	29 x3,22	32 x-3,55	18 x-2	40 x-4.44	45 x-5	37 x-4.11	37 x-4,11	42 x-4.66	45 x-5	28 x-3.11	36 x-4	29 x-3.22

Quadro nº 9

Resultados das mães dos bébés pré-termo na Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos no 1º, 6º e 12º meses

	Pré-termo			**Pré-termo**			**Pré-termo**		
	Marta			**Ana**			**Filipe**		
Meses	1º	6º	12º	1º	6º	12º	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bébé (6 itens)	29 x-4,83	29 x-4,83	27 x-4,5	22 x-3,66	24 x-4	23 x-3,83	30 x-5	29 x-4,83	28 x-4,66
Escala B Sobrecarga (7 itens)	27 x-3,85	24 x-3,42	25 x-3,57	12 x-1,7	12 x-1,7	13 x-1,8	23 x-3.28	26 x-3,71	29 x-4.14
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	30 x-3,33	33 x-3,66	30 x-3,33	39 x-4.33	21 x-2.3	33 x-3,6	39 x-4,33	44 x-4,88	45 x-5
Escala D Ansiedade (5 itens)	14 x-2,8	20 x-4	18 x-3,6	17 x-3,4	25 x-5	24 x-4,8	10 x-2	15 x-3	21 x-4.2
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	37 x-4,11	35 x-3,88	39 x-4,33	31 x-3,44	30 x-3,33	34 x-3,77	27 x-3	37 x-4.11	44 x-4.88

Quadro nº 10

Resultados das mães dos bébés normais na Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos no 1º, 6º e 12º meses

	Normal			**Normal**			**Normal**			**Normal**		
	Francisco			**Maria**			**Carmo**			**José Carlos**		
Meses	1º	6º	12º	1º	6º	12º	1º	6º	12º	1º	6º	12º
Escala A Satisfação c/ o Bébé (6 itens)	28 x-4,66	27 x-4,5	29 4,83	29 x-4,83	24 x-4	25 x-4.16	26 x-4.33	29 x-4,83	29 x-4,83	28 x-4,66	28 x-4.66	27 x-4,5
Escala B Sobrecarga (7 itens)	33 x-4,71	32 x-4,57	34 x-4,85	25 x-3,57	28 x-4	32 x-4.57	27 x-3.85	27 x-3,85	31 x-4.42	28 x-4	27 x-3.85	26 x-3.71
Escala C Frustração rr. c/ papel maternal (9 itens)	41 x-4,55	32 x-3.55	38 x-4,22	38 x-4.22	41 x-4.55	40 x-4.44	39 x-4,33	43 x-4,77	44 x-4,88	42 x-4.66	40 x-4.44	42 x-4.66
Escala D Ansiedade (5 itens)	18 x-3,6	21 x-4,2	24 x-4,8	13 x-2,6	13 x-2.6	22 x-4.4	11 x-2.2	12 x-2.4	15 x-3	21 x-4.2	18 x-3.6	22 x-4.4
Escala E Tendência Depressiva (9 itens)	45 x-5	44 x-4,88	45 x-5	26 x-2.88	38 x-4.22	40 x-4,44	43 x-4.77	37 x-4.11	39 x-4.33	37 x-4.11	36 x-4	41 x-4.55

Analisaremos agora os resultados obtidos nas diferentes sub-escalas pelas mães dos vários tipos de bebés.

*3.1. **Sub-escala "Satisfação com a criança"** (pontuação máxima equivalente a satisfação com a criança)*

As afirmações desta sub-escala que, como anteriormente vimos, avalia os sentimentos de eficácia, interesse e afecto pelo bebé, obtêm a concordância da maioria das mães, sendo os seus valores quase sempre muito elevados para quase todas as mães e ao longo dos três momentos de avaliação, revelando elevado grau de satisfação com o bebé. De notar que as mães dos bebés com síndrome de Down e duas das mães dos bebés pré-termo, obtêm valores ligeiramente mais elevados do que as mães dos bebés normais, nomeadamente ao 1º mês. De entre todas as mães, a única que se destaca é a mãe da Ana - um bebé pré-termo - que obtém, em todos os momentos, valores significativamente mais baixos do que todas as outras, revelando assim alguma indisponibilidade para o bebé o que, como vimos no estudo longitudinal, foi uma das características desta díade. A mãe da Maria - bebé normal - obtém também valores mais baixos do que as outras, sendo também aquela que, ao longo dos vários momentos de avaliação, demonstrou maior dificuldade na interacção com um bebé particularmente difícil.

Os valores muito elevados das mães dos bebés com síndrome de Down, parecem-nos poder ser interpretados de duas formas. Por um lado, a passividade destes bebés torna-os, nos primeiros meses, fáceis de tratar; por outro, admitir que não se tem prazer na relação com um bebé com deficiência é provavelmente demasiado culpabilizante para estas mães, que realçam nesta sub-escala as características agradáveis da sua relação com eles.

*3. 2. **Sub-escala "Sobrecarga"** (pontuação máxima equivalente a ausência de sobrecarga)*

Esta sub-escala avalia os sentimentos de impaciência ou zanga resultantes da exaustão materna perante as dificuldades de um bebé difícil de tratar. Mais uma vez, as mães dos bebés com síndrome de Down obtêm valores em tudo semelhantes aos das mães dos

bebés normais, próximos dos limites superiores da escala, revelando ausência de sobrecarga. As mães dos bebés pré-termo têm valores mais baixos, sendo mais uma vez de destacar a mãe da Ana que, ao longo dos três momentos de avaliação revela exaustão, impaciência e indisponibilidade para o bebé. Também a mãe da Maria - bebé normal - tem valores mais baixos, provavelmente por razões semelhantes às que anteriormente referimos. De notar ainda o valor mais baixo da mãe do Rui - bebé com síndrome de Down - aos 12 meses e que aparece relacionado com o aumento dos sentimentos depressivos que esta mãe traduz num cansaço físico.

3.3. Sub-escala "Frustração em relação ao papel maternal" (pontuação máxima equivalente a ausência de frustração)

Esta sub-escala faz ressaltar os sentimentos de desencanto perante as funções maternas e os cuidados do dia a dia com o bebé. Os valores obtidos pelas mães dos bebés com síndrome de Down e pelas mães dos bebés normais são em tudo semelhantes, excepto para a mãe do Francisco, ao 6º mês que, não tendo retomado a sua actividade profissional, verbaliza a sua frustração por estar exclusivamente a tratar do bebé. No que se refere às mães dos bebés pré-termo, os valores são novamente mais baixos, nomeadamente os da mãe da Ana que, sobretudo ao 6º mês, tem uma pontuação que reflecte a sua frustração face às dificuldades de tratar de um bebé que não lhe permite retomar a sua actividade profissional e altera bastante os hábitos da sua vida conjugal.

3.4. Sub-escala "Ansiedade" (pontuação máxima equivalente a ausência de ansiedade)

Nesta sub-escala, que descreve factores de superprotecção ansiosa, medo do que possa acontecer ao bebé ou do que pode advir da forma como a mãe o trata, os resultados das mães dos bebés com síndrome de Down são globalmente os mais baixos. No 1º mês, estes valores não são, no entanto, muito diferentes das mães dos bebés pré-termo. Nos dois outros momentos de avaliação, é entre as mães dos bebés com deficiência que aparecem valores extremos: a mãe do Helder mostra sempre elevado nível de ansiedade e a mãe da Mariana obtém a pontuação máxima equivalente a ausência de ansiedade. Os valores bastante baixos que as mães dos bebés pré-termo têm inicialmente, desaparecem no entanto a partir do 6º mês, obtendo todas valores elevados, próximos do limite superior da escala, equivalente a ausência de ansiedade. Quanto às mães dos bebés normais, mais uma vez aparecem situações diferenciadas: a mãe da Carmo, 1ª filha, que apresenta sempre um elevado nível de ansiedade, a mãe da Maria que até ao 6º mês tem uma pontuação também baixa e as outras duas mães com valores mais elevados.

3.5. Sub-escala "Tendência depressiva" (pontuação máxima equivalente a ausência de depressão)

Nesta sub-escala, que avalia os sentimentos de sobrecarga emocional, dúvidas quanto às competências maternais e sentimentos de isolamento, são os bebés pré- -termo que, globalmente, apresentam valores mais baixos até ao 6º mês. Com as mães dos bebés com síndrome de Down, voltam a aparecer valores extremos. É também nesta escala que parece haver maior variabilidade individual nos vários momentos de avaliação, excepto para a mãe da Catarina, que obtém sempre pontuações muito semelhantes, mostrando um índice médio de depressão e para a mãe da Mariana que, obtendo valores muito elevados, não evidencia sentimentos depressivos. Para as outras mães, a pontuação do 6º mês revela um decréscimo dos sentimentos depressivos que aumentam depois no 12º mês, nomeadamente para a mãe do Helder, que obtém nesse momento uma pontuação muito baixa. As mães dos bebés normais apresentam valores mais homogéneos, no limite superior da escala, excepto no 1º mês em que a mãe da Maria mostra evidentes sentimentos depressivos.

3.6. Análise global da escala de Sentimentos e Atitudes

Os resultados obtidos com esta escala nas mães de bebés em situação tão diferente, merecem-nos alguma reflexão.

Erro! Marcador não definido. Mesmo nas mães com bebés que nasceram e se desenvolveram sem qualquer problema, podem aparecer sinais de ansiedade, frustração, depressão ou sobrecarga em algum momento do primeiro ano de vida do bebé, sem que tal facto tenha um valor patológico.

Erro! Marcador não definido. As mães dos bebés nascidos prematuramente parecem estar, nos primeiros tempos de vida dos seus filhos, particularmente vulneráveis, sendo aquelas que, globalmente, apresentaram índices de maior frustração, ansiedade e depressão e menor grau de satisfação com o bebé.

Erro! Marcador não definido. As mães dos bebés com síndrome de Down foram as que obtiveram resultados menos homogéneos e, em certa medida, difíceis de interpretar a não ser numa base individual, à luz de um contexto e circunstâncias específicas. Apresentam elevado grau de satisfação com o bebé, pouca sobrecarga e pouca frustração relativamente ao papel maternal, o que, como já vimos, nos parece

poder explicar-se quer pelas características específicas destes bebés quer pela impossibilidade de confronto com a sua menor responsividade nos primeiros tempos de vida. No que respeita à tendência depressiva e ansiedade, os valores obtidos no 1º mês são posteriormente alterados em todas as mães, "extremando-se" as suas posições nestas escalas.

Erro! Marcador não definido. Parece-nos ainda de referir que, mais do que as pontuações obtidas - que dado o pequeno número de sujeitos da amostra não podem ter um tratamento estatístico válido - a escala de Sentimentos e Atitudes, tal como aliás já acontecera na escala de Auto-Estima, se revelou particularmente útil pelo efeito "provocador" que teve nas mães. Algumas das informações qualitativamente mais ricas - relembremos as entrevistas da mãe da Catarina e da mãe da Ana ao 6º mês - foram obtidas quando preenchíamos estas escalas, pelos comentários espontaneamente feitos relativamente às afirmações perante as quais tinham de se situar.

4. Expectativas maternas relativamente ao desenvolvimento do bebé

Logo na primeira entrevista, realizada ainda na maternidade, solicitámos às mães de todos os bebés que perspectivassem os principais marcos de desenvolvimento e previssem a idade em que os seus bebés iriam adquirir determinados comportamentos.

Ao longo de todas as entrevistas que fomos realizando as mães foram, de certa forma, levadas a fazer uma avaliação do desenvolvimento dos seus bebés, quer relativamente aos comportamentos que estes tinham já adquirido, sobre os quais referiam a data de aquisição e evolução, quer face aos ainda não adquiridos, sobre os quais pedimos previsões sobre a data de aquisição. A nossa intenção era, por um lado avaliar a justeza das apreciações maternas sobre as competências dos filhos, por outro, ver em que medida é que o atraso de desenvolvimento que inevitavelmente iria ocorrer nos bebés com síndrome de Down era referido pelas mães em função de expectativas não realizadas ou "mascarado" por expectativas cada vez mais tardias e menos exigentes por parte destas mães.

Nos quadros que seguidamente apresentamos e que agrupámos por tipo de bebé, poderemos analisar sucessivamente as respostas das mães dos bebés com síndrome de Down, pré-termo e normais.

4.1. Análise comparativa das expectativas das mães dos bebés com síndrome de Down

Estas mães foram as únicas que, na entrevista inicial, feita a seguir à notícia da deficiência dos seus bebés, não conseguiram fazer qualquer expectativa relativamente aos principais marcos de desenvolvimento durante o primeiro ano de vida. Tal facto não nos surpreendeu. Espantou-nos sim a afirmação da mãe da Catarina de que tudo se iria passar como se o seu bebé fosse normal.

Quanto às expectativas referidas nas entrevistas posteriores, as mães dos bebés com síndrome de Down (com excepção da ideia que todas têm de que os seus bebés nunca irão gatinhar, provavelmente para não se confrontarem com o seu atraso) têm opiniões muito diferentes que nos parece importante analisar:

Erro! Marcador não definido. A mãe da Catarina, ao contrário do que afirmara na altura do nascimento da filha, tem, no 1º mês, alguma dificuldade em fazer previsões, refugiando-se ou na resposta "não sei" ou na expectativa de que "vai ser como os outros", não adiantando qualquer data. Esta atitude vai desaparecendo nas entrevistas seguintes, com previsões mais precisas, referindo na entrevista do 12º mês que considerou que as aquisições da filha tinham sido feitas mais tarde do que ela inicialmente pensara, com excepção do sorriso social que mantém ter sido muito precoce - aos oito dias.

Erro! Marcador não definido. A mãe do Helder faz, na entrevista do 1º mês, previsões de desenvolvimento em tudo semelhantes às de um bebé normal o que a leva, nas entrevistas seguintes, a ter de as reajustar ou a deixar de fazer previsões. Na última entrevista está optimista, não explicitando nunca que o seu bebé adquiriu os comportamentos mais tarde do que inicialmente previra.

Erro! Marcador não definido. A mãe do João Paulo, com expectativas também semelhantes às de um bebé normal, vai-se dando conta e verbalizando o progressivo atraso do filho e a incorrecção das suas previsões, reajustando sucessivamente as idades em que espera ver adquiridos os diversos comportamentos ou recusando-se a fazer mais qualquer previsão.

Erro! Marcador não definido. A mãe da Mariana é aquela que desde o primeiro mês faz previsões com maior grau de certeza, quase sempre mais tardias do que se tratasse de um bebé normal, pelo que, ao longo das entrevistas, o reajuste que se tornou necessário fazer não se afastou muito das expectativas iniciais.

Erro! Marcador não definido. A mãe do Rui mantém, até à última entrevista, alguma dificuldade em prever as idades em que o seu bebé vai adquirir os vários comportamentos, refugiando-se sistematicamente na resposta "não sei".

4.2. Análise comparativa das mães dos bebés pré-termo

Na primeira entrevista, as mães dos bebés pré-termo fizeram previsões em tudo semelhantes às de um bebé de termo, embora só a mãe do Filipe as tenha feito relativamente a todos os marcos de desenvolvimento.

Quanto às expectativas ao longo do 1º ano de vida, registaram-se algumas diferenças entre as mães:

Erro! Marcador não definido. As mães da Marta e da Ana mantiveram as metas definidas para os bebés nascidos de termo e, como as suas filhas não demonstraram qualquer atraso no desenvolvimento psicomotor, comparativamente com esses bebés, poucos reajustes tiveram de fazer, não tendo mostrado qualquer ansiedade ao assinalar algum atraso relativo a uma ou outra previsão por elas feito.

Erro! Marcador não definido. A mãe do Filipe, após uma primeira entrevista com previsões muito correctas, tem, na entrevista do 1º mês, expectativas muito desajustadas relativamente a alguns comportamentos - demasiado precoces, mesmo para um bebé de termo - pelo que, ao longo do primeiro ano, foi obrigada a fazer sucessivos reajustes. Na medida em que este bebé foi, de entre os bebés pré-termo, o único que manifestou um ligeiro atraso no desenvolvimento psicomotor, na última entrevista, a mãe considerava que alguns dos comportamentos tinham sido adquiridos muito tardiamente.

4.3. Análise comparativa das expectativas de desenvolvimento dos bebés normais

Na primeira entrevista, as mães dos bebés normais mostraram a "sabedoria popular", embora a mãe da Carmo, 1ª filha, tenha feito previsões muito precoces em alguns dos comportamentos motores e muito tardias nas aquisições de linguagem e socialização.

Ao longo do 1º ano, estas mães mantiveram, como seria de esperar, a capacidade de prever, com razoável rigor, as datas de aquisição dos comportamentos dos seus bebés, demonstrando um bom conhecimento das suas características específicas.

4.4. Análise global relativa às expectativas maternas

Pelo que atrás já foi referido, quando sucessivamente comentámos as previsões e expectativas das mães dos bebés com síndrome de Down, pré-termo e normais, torna-se evidente que a inclusão deste aspecto no roteiro de entrevista que fazíamos ao longo do ano trouxe informações bastante ricas. Apenas na entrevista do 3º mês, este aspecto não foi focado - receámos uma repetição do que já fora dito no 1º mês - e constatámos,

posteriormente, que talvez tivéssemos perdido alguma informação útil, nomeadamente no que respeita aos comportamentos já adquiridos.

Da análise conjunta de todos os quadros resumo podem retirar-se algumas conclusões que nos parecem de interesse:

Erro! Marcador não definido. Para todas as mães que entrevistámos, independentemente da situação do seu bebé, o significado atribuído a alguns dos comportamentos - produzir e imitar sons, agarrar os brinquedos, mostrar interesse pelas pessoas, distinguir os estranhos e brincar sozinho - foi mudando ao longo do desenvolvimento, o que levou a que as mães que, em determinada altura, já os consideravam adquiridos, viessem mais tarde a referir nova aquisição ou maior precisão no mesmo comportamento.

Erro! Marcador não definido. Apenas as mães dos bebés com síndrome de Down pareciam ter em mente as datas que anteriormente tinham referido, comentando o ajuste ou desadequação das previsões então feitas. Pelo contrário, as mães dos bebés pré-termo e normais, sem razão para se preocuparem com o desenvolvimento dos seus filhos, entraram frequentemente em contradição, aparentemente sem qualquer consciência desse facto.

Erro! Marcador não definido. Com excepção da mãe da Catarina que, durante todo o 1º ano, sobrevalorizou as competências da filha, as informações referidas pelas outras mães quanto às aquisições realizadas pelos seus bebés foram, quase sempre, confirmadas pela avaliação objectiva que fazíamos através da Escala de Griffiths, o que elas próprias podiam confirmar já que a escala era passada e cotada na sua presença.

Todos estes aspectos nos parecem muito importantes pelo que nos revelam da forma como as mães estão a percepcionar o desenvolvimento dos seus bebés e dos sentimentos que manifestam quando avaliam esse mesmo desenvolvimento, tornando-se assim dimensões fundamentais quando se têm de estabelecer objectivos de intervenção.

5. Análise do processo interactivo

Tal como anteriormente referimos, a análise global que fizemos do comportamento interactivo baseou-se não apenas nas situações filmadas, mas no que pudemos observar durante todo o tempo em que permanecemos com as mães e os bebés, durante a entrevista ou em episódios de prestação de cuidados.

Parece-nos importante salientar alguns aspectos dessa análise, no que respeita ao comportamento da mãe, do bebé e características interactivas da díade. Ainda neste capítulo, teremos oportunidade de salientar algumas diferenças que nos pareceram significativas, pelo que a análise que agora apresentamos é, voluntariamente, breve.

5.1. Processo interactivo das díades com bebés com síndrome de Down

No que se refere aos padrões interactivos, avaliados a partir do primeiro mês, o que ressalta é a semelhança que entre todos existe, nos vários parâmetros de análise do comportamento dos bebés, nomeadamente no 1º mês de vida. Ao longo do tempo, esta semelhança vai diminuindo, sobretudo a nível dos comportamentos de iniciativa social, de responsividade à mãe e de expressão dos afectos, mas mantêm-se, entre todos os bebés, algumas características comuns.

Estes bebés mostraram-se inicialmente mais passivos nos episódios interactivos mas, ao longo do primeiro ano, essa passividade, que muitos autores apresentam como característica dos bebés com síndrome de Down, foi gradualmente desaparecendo, quer no que respeita às iniciativas com os objectos, quer às iniciativas de interacção com a mãe.

No que se refere ao interesse manifestado pelos objectos, verificámos que estes bebés tiveram uma evolução semelhante aos bebés normais, com um aumento acentuado de interesse a partir dos seis meses que, no entanto, se revela fundamentalmente quando estes são apresentados pelas suas mães, sendo em menor número as suas iniciativas. É sobretudo esta falta de iniciativa que explica as diferenças existentes no final do primeiro ano relativamente aos bebés normais, relativamente a este parâmetro de avaliação. Mas a principal diferença reside na utilização não diferenciada dos brinquedos. Com efeito, três destes bebés utilizam todo o tipo de objectos com manipulações muito primitivas - batendo, levando à boca ou atirando - e apenas dois utilizam um ou dois brinquedos de forma diferenciada, o que nos parece estar intimamente relacionado, quer com o seu desenvolvimento global, quer com as qualidades estimulativas das suas mães, embora ao longo das últimas sessões todas tenham proposto o mesmo tipo de actividades (jogar à bola, atender o telefone, sobrepor objectos, fazer rolar carrinhos, embalar bonecos, etc.).

A reduzida responsividade às suas mães foi, também, gradualmente desaparecendo ao longo do tempo, de uma forma semelhante para todos os bebés. As iniciativas interactivas têm, no entanto, uma evolução diferente neste grupo de bebés, em que se

notam algumas diferenças importantes sobretudo a partir do 9º mês. No seu conjunto, estes bebés tomam menos iniciativas de interacção social, sendo as suas competências nesta área muito diferentes das dos bebés normais.

Relativamente aos processos de comunicação sobre elementos fora da díade, envolvendo o olhar referencial, o apontar ou as vocalizações para dirigir a atenção da mãe sobre um objecto, situações que começam a surgir, para alguns dos bebés normais, aos nove meses, verificamos que apenas um dos bebés com síndrome de Down, apresenta, aos doze meses, os primeiros indícios da aquisição dessas competências.

Assim, tal como referem os vários estudos que analisámos ao longo da revisão bibliográfica, a evolução dos comportamentos interactivos e de comunicação, é muito mais lenta do que aquela a que assistimos nos bebés normais, mas parece-nos importante salientar o facto de que, mesmo dentro dos bebés com síndrome de Down, há características individuais que os tornam também diferentes entre si.

Os comportamentos interactivos das várias mães são bastante diferentes desde o 1º mês, nomeadamente a nível da passividade/directividade nos episódios interactivos, mas também ao nível da sensibilidade e expressividade emocional. As diferenças entre estas díades foram-se acentuando ao longo do tempo e é neste grupo de mães que encontramos simultaneamente a mãe mais passiva e a mãe mais directiva, sendo também grandes as diferenças a nível dos outros comportamentos analisados. Assim, tomadas no seu conjunto, não encontrámos directividade significativamente maior nas mães destes bebés, ao contrário do que é referido em muitos dos estudos que citámos na revisão da literatura. A sensibilidade aos sinais dos seus filhos que, na maior parte das entrevistas, quase todas revelaram, garantiu a harmonia do processo interactivo, que só em um dos casos parece comprometido pelo comportamento materno.

São provavelmente as diferenças no comportamento das mães, mais do que as encontradas no comportamento dos bebés que originam os contrastes nas características do comportamento interactivo das várias díades que se vão acentuando ao longo do 1º ano.

5.2. Processo interactivo das díades com bebés pré-termo

Embora encontremos também algumas semelhanças no comportamento interactivo dos bebés pré-termo, logo a partir do 3º mês as diferenças a nível do interesse e manipulação de objectos, iniciativas de interacção e expressividade emocional, são visíveis. Os comportamentos analisados tornam de facto estes bebés tão diferentes entre si como o

são dos bebés normais, não se podendo minimamente concluir que, como "grupo" tenham características comuns.

Relativamente aos bebés pré-termo da nossa amostra, não encontrámos, a nível das competências interactivas avaliadas pela grelha de análise utilizada, nenhuma das diferenças habitualmente referidas na literatura, embora nos elementos referidos pelas suas mães nas primeiras entrevistas, sejam visíveis diferenças importantes na aquisição do controlo de estados de alerta/sono e alternância de estados emocionais.

Os comportamentos das mães dos bebés pré-termo, nomeadamente nas qualidades de estimulação, clareza de comportamento e expressividade são, desde o início, muito diversos entre si e, tal como já vimos ao longo da análise longitudinal, as características interactivas destas três díades foram muito diferentes ao longo deste primeiro ano dos seus bebés.

Também nestas mães não encontramos directividade significativamente maior do que nas mães dos bebés normais, talvez porque todos, embora nascidos prematuramente, tiveram uma excelente evolução, não exigindo às suas mães atitudes especiais ao nível da estimulação.

5.3. Processo interactivo das díades com bebés normais

Estes bebés revelaram-se, desde o primeiro momento de observação, parceiros interactivos muito diferentes entre si e assim permaneceram ao longo do tempo, muito embora algumas das diferenças, nomeadamente na expressão dos afectos, se tenham diluído.

Verificamos que, contrastando com a passividade que caracterizou o seu comportamento no 1º mês, em todos os outros episódios avaliados, uma das mães (mãe do Francisco) tem comportamentos envolvendo alguma directividade, muito embora a dinâmica interactiva permaneça sempre harmoniosa. Todas as outras se mostram sensíveis às pistas muito claras que os bebés dão e capazes de as seguirem.

Poderíamos, de certa forma, dizer que os comportamentos interactivos destas mães foram mais semelhantes entre si e que essa semelhança se veio a acentuar ao longo do tempo. De facto, no final do 1º ano, todas estas díades se caracterizavam por grande harmonia e evidenciavam grande prazer e disponibilidade para a interacção.

5.4. Conclusão sobre a análise da interacção

A diversidade das díades, no que respeita à individualidade do seu processo interactivo, que tinha já sido evidente na análise longitudinal, fica agora reforçada. Com efeito - e será uma evidência afirmá-lo - se não há bebés nem mães iguais, os processos interactivos que entre ambos se estabelecem são, também, obrigatoriamente diferentes.

O tipo de análise que fizemos, a opção por determinado tipo de dimensões do comportamento interactivo, bem como a grelha de avaliação dos comportamentos utilizada poderá, de certa forma, explicar os resultados que obtivemos. De facto, não podemos, apenas com base na análise das características interactivas, encontrar padrões que permitam agrupar as díades em função do tipo de bebé. Pelo contrário, encontrámos diversidade quer nas díades com bebés com síndrome de Down, quer nas díades com bebés pré-termo, quer ainda nas díades com bebés normais. Essa diferença será ainda acentuada se analisarmos de forma integrada, os comportamentos interactivos e os sentimentos dominantes das mães.

6. Análise comparativa dos sentimentos dominantes, características do processo interactivo mãe-bebé e desenvolvimento do bebé

Pretendemos, com esta análise, apresentar de forma abreviada os aspectos que nos pareceram dominantes ao longo do primeiro ano de vida dos bebés, quer no que respeita ao seu desenvolvimento e características interactivas, quer no que respeita aos sentimentos das mães que, de certa forma, reflectem a forma como se adaptaram aos seus filhos.

Foi nossa intenção, com este trabalho, investigar se os sentimentos maternos se reflectiam, de alguma forma, no tipo de interacção estabelecida com os bebés, pelo que nos parece agora indispensável analisar simultaneamente estas duas dimensões.

Apresentaremos quadros resumo para cada bebé, agrupando os bebés com síndrome de Down, os pré-termo e, finalmente, os normais, fazendo no final a análise comparativa, procurando evidenciar "os sinais particulares" de cada díade, embora com a preocupação de as comparar entre si.

A leitura do estudo longitudinal de cada díade, poderá dar uma informação mais detalhada dos aspectos que agora retomamos de forma abreviada. No entanto, e a fim de tornar mais fácil a análise do comportamento interactivo da díade, nos aspectos de harmonia/contingência, disponibilidade para a interacção social e prazer, as notas atribuídas a cada uma destas dimensões são mencionadas nos quadros resumo.

Quadro nº 11 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **Catarina** Tipo de bebé - sínd. Down

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths
Período Neo-Natal	Depressão Ansiedade Negação da deficiência	-	-	-	-
1º mês	Negação da deficiência Negação da depressão	Passividade Sensibilidade	Falta de responsividade Pouca expressividade Pouca animação Afecto neutro	Harmonia/Contingência - 4 Pouca disponibilidade interactiva - 2 Prazer moderado - 3	-
3º mês	Negação da deficiência Negação da depressão Ansiedade face aos parâmetros de desenvolvimento	Sensibilidade Aprovação e afecto Pouca expressividade	Pouca responsividade Pouca expressividade Pouca animação Afecto neutro	Harmonia/Contingência - 4 Moderada disponibilidade interactiva - 3 Prazer moderado - 3	I.D. 3,2 Q.D. 98
6º mês	Negação da deficiência Frustração Rejeição	Grande sensibilidade Grande aprovação Boas qualidades de estimulação	Responsividade e animação moderadas Moderado interesse pelos objectos Afecto neutro	Harmonia/Contingência - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3 Prazer moderado - 3	I.D. 5,1 Q.D. 85
9º mês	Ansiedade face aos parâmetros de desenvolvimento Depressão	Directividade Sensibilidade Aprovação e afecto	Grande interesse nos objectos Maior animação Responsividade e expressividade moderadas Afecto neutro	Harmonia/Contingência - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3 Prazer moderado - 3	I.D. 8,1 Q.D. 90
12º mês	Negação da deficiência Negação da depressão	Directividade Sensibilidade Aprovação e afecto	Grande interesse nos objectos Responsividade, animação e expressividade moderadas indício de iniciativas interactiva Afecto neutro	Harmonia/Contingência - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3 Prazer moderado - 3	I.D. 9,5 Q.D. 79

Quadro nº 12 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **Helder** Tipo de bebé - sínd. Down

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths
Período Neo-Natal	Grande depressão Revolta Ansiedade	-	-	-	-
1º mês	Ansiedade Depressão Alguma negação da deficiência	Directividade Sensibilidade Expressividade, afecto e qualidades de estimulação Aprovação moderada	Pouca expressividade e responsividade à mãe Afecto neutro	Harmonia/contingência - 4 Prazer e disponibilidade interactiva moderadas - 3	-
3º mês	Ansiedade Depressão Aceitação da deficiência	Directividade Sensibilidade Expressividade, afecto, aprovação e qualidades de estimulação	Expressividade, animação, responsividade e interesse nos brinquedos moderadas Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3 Prazer moderado - 3	I.D. 3,2 Q.D. 96
6º mês	Ansiedade Depressão Aceitação da deficiência	Directividade Menor sensibilidade, afecto e aprovação e qualidades de estimulação Comportamento organizado	Expressividade, animação e interesse nos brinquedos moderadas Menor responsividade à mãe Afecto neutro	Harmonia/contingência moderada - 3 Pouca disponibilidade interactiva - 2 Prazer moderado - 3	I.D. 5,1 Q.D. 85
9º mês	Grande revolta Rejeição do comportamento e características do bebé Depressão	Intrusividade Desadequação total do comportamento (Insensível, desaprovador, tonalidade negativa do afecto)	Maior interesse nos brinquedos Menor responsividade à mãe Expressividade moderada Afecto de tonalidade negativa	Atmosfera de conflito - 1 Pouca disponibilidade interactiva - 2 Pouco prazer - 2	I.D. 8,1 Q.D. 90
12º mês	Grande ansiedade Grande depressão Revolta	Pouca sensibilidade e aprovação Directividade Afecto moderado	Grande interesse nos brinquedos e animação Moderada expressividade e responsividade à mãe Afecto de tonalidade positiva	Pouca harmonia/contingência - 2 Disponibilidade interactiva moderada - 3 Prazer moderado - 3	I.D. 9,5 Q.D. 79

Quadro nº 13 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **João Paulo** Tipo de bebé - sínd. Down

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths
Período Neo-Natal	Ansiedade Revolta Negação da deficiência	-	-	-	-
1º mês	Ansiedade Negação da deficiência	Sensibilidade Grande aprovação e afecto Boas qualidades de estimulação e expressividade	Pouca expressividade e pouca responsividade. Afecto neutro	Harmonia/contingência - 4 Prazer e disponibilidade interactiva moderados - 3	-
3º mês	Ansiedade Depressão	Directividade e menor sensibilidade Menor aprovação e afecto Comportamento menos organizado	Algum interesse nos brinquedos Responsividade e expressividade moderadas Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3 Prazer - 4	I.D. 2,9 Q.D. 87
6º mês	Alegria Ansiedade Negação da deficiência	Sensibilidade, aprovação e afecto Expressividade, organização e qualidades de estimulação moderadas	Algum interesse nos brinquedos Responsividade e expressividade moderadas Afecto neutro	Harmonia/contingência - 4 Prazer e disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 5,4 Q.D. 90
9º mês	Ansiedade Depressão	Directividade e menor sensibilidade Aprovação e afecto Expressividade e qualidades de estimulação moderadas	Maior interesse nos brinquedos e maior responsividade à mãe Indícios de iniciativas interactivas Afecto neutro	Harmonia/contingência - 4 Prazer - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 7,2 Q.D. 80
12º mês	Ansiedade Alegria	Sensibilidade Grande aprovação e afecto Melhores qualidades de estimulação e expressividade	Boa responsividade, expressividade e animação Iniciativas interactivas e actos intencionais de comunicação Afecto muito positivo	Harmonia/contingência - 4 Grande prazer - 5 Disponibilidade interactiva - 4	I.D. 9,7 Q.D. 80

Quadro nº 14 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **Mariana** Tipo de bebé - sínd. Down

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths
Período Neo-Natal	Depressão Ansiedade Aceitação realista da situação	-	-	-	-
1º mês	Ansiedade Aceitação realista da depressão Aceitação realista da deficiência	Grande sensibilidade Grande aprovação, afecto e expressividade Muito boas qualidades de estimulação	Pouco responsiva Pouco expressiva Pouco animada Afecto neutro	Grande harmonia/Contingência - 5 Prazer moderado - 3 Disponibilidade interactiva moderada - 3	-
3º mês	Aceitação realista da depressão Dificuldade em aceitar a deficiência face a estranhos	Directividade Sensibilidade moderada Aprovação e qualidades de estimulação Grande afecto	Pouco responsiva Pouco expressiva Pouco animada Afecto neutro	Harmonia/Contingência - 4 Prazer moderado - 3 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 3,3 Q.D. 110
6º mês	Alegria Aceitação realista da deficiência	Grande sensibilidade Grande aprovação, afecto e expressividade Muito boas qualidades de estimulação	Algum interesse nos brinquedos Pouco responsiva Pouco expressiva Pouco animada Afecto neutro	Harmonia/Contingência - 4 Prazer moderado - 3 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 5,4 Q.D. 90
9º mês	Ansiedade Aceitação realista	Grande sensibilidade Grande aprovação, afecto e expressividade Muito boas qualidades de estimulação	Moderadamente responsiva à mãe e interessada nos brinquedos Pouco expressiva e animada Afecto neutro	Grande harmonia/contingência - 5 Prazer - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 7,2 Q.D. 80
12º mês	Alegria Aceitação realista da deficiência	Grande sensibilidade Grande aprovação, afecto e expressividade Muito boas qualidades de estimulação	Maior interesse nos brinquedos Moderada responsividade, expressividade e animação Indício de iniciativas interactivas Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Prazer - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 9,7 Q.D. 80

Quadro nº 15 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **Rui** Tipo de bebé - sínd. Down

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths
Período Neo-Natal	Grande depressão Grande ansiedade	-	-	-	-
1º mês	Ansiedade Depressão Aceitação passiva	Grande passividade Sensibilidade Grande afecto Pouca expressividade e fracas qualidades de estimulação	Muito passivo Pouco expressivo e responsivo Afecto neutro	Harmonia/contingência - 4 Prazer moderado - 3 Passividade na interacção com pouca disponibilidade interactiva - 2	-
3º mês	Depressão Aceitação realista da deficiência	Grande passividade Sensibilidade e afecto Pouca expressividade e fracas qualidades de estimulação	Responsividade e expressividade moderada Indício de iniciativas interactivas Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Prazer - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 2,9 Q.D. 89
6º mês	Ansiedade Aceitação realista da deficiência	Sensibilidade e passividade Grande aprovação e afecto Expressividade e qualidades de estimulação moderadas	Interesse nos brinquedos, responsividade à mãe e expressividade moderadas Indício de iniciativas interactivas Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Prazer - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 5,1 Q.D. 85
9º mês	Aceitação realista da deficiência	Sensibilidade e passividade Grande aprovação e afecto Expressividade moderada Boas qualidades de estimulação	Maior responsividade à mãe e interesse nos brinquedos Expressividade e animação moderadas Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Prazer - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 8,5 Q.D. 91
12º mês	Depressão Aceitação realista da deficiência	Sensibilidade Grande aprovação e afecto Expressividade moderada Boas qualidades de estimulação	Grande interesse nos brinquedos Iniciativas interactivas e boa responsividade à mãe Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Prazer - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 10,1 Q.D. 84

6.1. Análise comparativa dos bebés com síndrome de Down e suas mães

6.1.1. A mãe da Catarina - A negação da deficiência e da depressão

A mãe da Catarina foi a única que, desde o momento da 1ª entrevista, considerou que o desenvolvimento do bebé seria em tudo semelhante ao de um bebé normal, nomeadamente ao da sua irmã, na altura, com dois anos e meio, e que a mãe considera ter sido muito precoce. Este facto fez-nos recear que o confronto com o atraso que, inevitavelmente, se iria verificar pudesse originar uma grande depressão na mãe. Tal nunca veio a suceder, já que o desenvolvimento da Catarina é sempre visto pela mãe como adequado à idade, interpretando a mãe os seus mais pequeninos progressos como as aquisições que mais tarde se vêm a verificar. Exemplo flagrante disso está na aquisição da marcha, que nos foi dada como adquirida quando, telefonicamente, marcámos a entrevista do 12º mês. De facto, o que constatámos na altura da entrevista é que a Catarina tinha começado a dar três passos agarrada à mobília.

Só na última entrevista é que a mãe refere, a posteriori, ter verificado algum atraso nas aquisições anteriores - controlo do pescoço, sentar-se sem apoio - referindo que se preocupara com isso - o que, aliás, foi patente nalgumas respostas que deu nas escalas de sentimentos.

A interpretação que a mãe fez de um sorriso da Catarina aos oito dias, como sendo um sorriso dirigido a ela, parece ter tido grande importância na sua ligação com a filha, já que é um facto recorrentemente mencionado, sempre que nos fala do bebé e do seu desenvolvimento.

Todos estes aspectos parecem, simultaneamente, ter influenciado e influenciar a forma como a mãe viveu a situação da Catarina, ao longo deste primeiro ano, em que coexiste uma sobrevalorização sistemática das competências do bebé e a negação de qualquer situação de deficiência, o que, evidentemente, vai atenuar os seus sentimentos de depressão. Existe, no entanto, uma depressão latente, uma frustração e talvez até uma rejeição que se manifesta nos comentários que faz relativamente às questões da escala de sentimentos, na entrevista dos seis meses, e que retoma na última entrevista.

No entanto, toda a interacção que presenciámos durante este primeiro ano é marcada por grande sensibilidade da parte da mãe que se revela atenta às pistas do bebé e lhes dá uma resposta adequada, assegurando uma boa estimulação e mostrando-se sempre muito afectuosa e aprovadora do comportamento da filha.

A passividade que marcou a interacção inicial é progressivamente substituída por alguma directividade por parte da mãe. Por parte do bebé há, até aos seis meses, uma grande passividade e muito pouca responsividade, quer à mãe, quer aos objectos que esta lhe oferece. Quase não existe variabilidade nas suas respostas emocionais - quer os sorrisos, quer o choro são ténues, quase não se modificando a sua expressão. No entanto, globalmente, a interacção mãe-bebé é sempre caracterizada por harmonia, contingência e propostas feitas com ritmo adequado.

Pudemo-nos aperceber que há uma grande coesão entre a família alargada, nomeadamente a família materna que, durante todo o ano, proporcionou à mãe um enorme apoio, quer do ponto de vista emocional - embora a mãe afirme sempre que não é de desabafar - quer nos aspectos do dia a dia.

A evolução do processo adaptativo desta díade é, para nós, quase uma incógnita, já que nos é difícil prever a forma como a mãe irá viver o confronto consigo própria e com os outros quando já não puder negar a deficiência da filha.

6.1.2. A mãe do Helder - Ansiedade, Depressão, Revolta e Frustração

A 1ª entrevista com a mãe do Helder foi uma situação extraordinariamente difícil, tanto para ela como para nós, dado o estado de profundo choque em que se encontrava. Parece-nos, no entanto, importante, salientar que a entrevista permitiu romper o isolamento em que a mãe se encontrava desde o momento em que lhe tinha sido dada a notícia e, nesse sentido, terá sido de extrema importância.

Ansiedade e depressão são os sentimentos dominantes da mãe até à entrevista do 9º mês. Recusa-se frequentemente a fazer previsões sobre o desenvolvimento futuro do Helder, referindo especificamente que prefere que as coisas aconteçam a seu ritmo do que esperar algo que depois não vai suceder. No entanto, há uma evidente preocupação com a estimulação do filho e em mostrar que o seu desenvolvimento é igual ao de um bebé normal. Também até essa altura a interacção é marcada por sensibilidade da mãe e boa responsividade do bebé que desde o início se mostra alerta, com boa expressividade e animação e com um desenvolvimento praticamente normal. No entanto, e fora dos episódios que eram filmados, era notória a rejeição da mãe a alguns comportamentos espontâneos do bebé, prontamente reprimidos ou com a introdução da chucha - no caso do choro - ou com uma voz irritada que nos incomodava.

O atraso de desenvolvimento do Helder (que, sobretudo no aspecto motor, começa a ser evidente aos 9 meses), a dificuldade que a mãe tem em obter a sua colaboração para

cumprir as metas que ela própria lhe coloca (sobretudo porque são de uma extrema exigência), transformam totalmente os padrões interactivos na entrevista do 9º mês, que é marcada por insensibilidade, intrusividade, rejeição aberta do comportamento do bebé, que está menos responsivo e que acaba por chorar várias vezes na sequência das atitudes da mãe.

Na entrevista dos 12 meses, o ambiente é um pouco menos conflituoso, mas há ainda pouca sensibilidade da mãe aos sinais do bebé e uma atitude punitiva e rejeitante do seu comportamento de que, no entanto, a mãe não parece ter consciência.

Os seus sentimentos no final do 1º ano, são muito ambivalentes. Por um lado, está muito satisfeita com a evolução do Helder e com este 1º ano de vida, que nunca esperou ser como foi. No entanto, sente-se ainda muito revoltada e deprimida e considera que está completamente sozinha a lutar por ele, sem qualquer apoio, quer do marido quer da restante família, muito embora durante o fim de semana - dias em que a mãe não tem folga - seja o marido e a filha que tomam conta do Helder.

Nesta díade foi bastante evidente o reflexo que os sentimentos da mãe tiveram nas características do processo interactivo mãe-bebé. É, de todas as díades com bebés com síndrome de Down, aquela que sentimos em maior risco no processo de adaptação.

6.1.3. A mãe do João Paulo - Ambivalência e aceitação resignada

Nascido de uma gravidez que a mãe sente como "forçada" pelo marido e que viveu de forma muito ambivalente, a notícia da sua deficiência foi um choque terrível. A rejeição inicial, nomeadamente durante o período em que o bebé esteve na Unidade de Cuidados Intermédios, foi evidente e verbalizada pela mãe na altura da 1ª entrevista. Durante esses dias, imaginou o futuro do João Paulo como o de uma criança com deficiência profunda e, só posteriormente, já em situação de rooming-in, a constatação das suas competências iniciais, semelhantes às de um bebé normal, alterou completamente a sua atitude.
Na entrevista do 1º mês, todos os sinais de depressão, rejeição e revolta tinham desaparecido, dando lugar a uma negação da deficiência. Esta oscilação de sentimentos é a característica mais marcante da mãe ao longo do 1º ano de vida e traduz-se, de certa forma, na interacção que estabelece com o bebé, por vezes marcada por sensibilidade e adequação, outras por directividade, mas sempre mostrando grande disponibilidade e prazer.

A expressividade e responsividade deste bebé terão certamente contribuído para que, ao longo deste ano, se mantenha uma harmonia interactiva e, mesmo quando as propostas da mãe são menos adequadas, não presenciámos nunca qualquer sinal de conflito.

A ansiedade relativamente ao futuro do João Paulo manteve-se ao longo de todo o ano, mas a depressão inicial desapareceu, dando lugar a uma aceitação resignada da situação.

O contexto familiar em que esta díade está inserida, beneficiando do apoio dos filhos mais velhos, avós, tios e sobrinhos maternos, parece-nos ter sido de grande importância, quer para os aspectos do desenvolvimento do bebé, quer para o suporte emocional à mãe que, tencionando inicialmente ficar pouco tempo em casa da sua própria mãe, acabou por fixar lá a sua residência.

6.1.4. A mãe da Mariana - Da depressão à aceitação e adaptação consciente

Na altura da 1ª entrevista, o que impressionava nesta mãe era a contenção e controlo com que falava de toda a situação, muito embora admitindo a grande depressão que sentia.

Durante o primeiro mês, procurou informar-se exaustivamente de tudo o que podia ser feito, acompanhou a filha a todos os exames, marcou as consultas nos vários serviços que lhe foram indicados, com uma eficácia com que parecia defender-se da depressão e da ansiedade que reconhecia sentir e que eram manifestas na escala de sentimentos e na entrevista do 1º mês.

A harmonia que sempre caracterizou a interacção entre ambas deve-se à grande sensibilidade manifestada por esta mãe que soube aproveitar os mais ténues sinais de interesse do bebé para captar a sua atenção. A Mariana mantém-se durante quase todo o 1º ano um bebé muito pouco expressivo, pouco responsiva às iniciativas da mãe e muito passiva relativamente à manipulação de objectos. Só na última entrevista, presenciámos alguma modificação neste padrão de comportamento aparecendo, por parte da Mariana, manifestações de afecto positivo e maior interesse na manipulação de brinquedos mantendo-se, no entanto, relativamente pouco responsiva à mãe.

A mãe mostrou-se sempre capaz de aceitar as características do bebé, demonstrou uma sistemática aprovação do seu comportamento e teve atitudes de grande afecto nas mais variadas situações. Reconhecendo o atraso de desenvolvimento que a filha ia manifestando, mostrou-se satisfeita com a sua evolução e não demasiado ansiosa com o futuro.

Também nesta díade merece ser referido o apoio sentido pela mãe, por parte dos seus próprios pais - durante os turnos de trabalho diurno da mãe, a Mariana fica com o avô

paterno - e a capacidade demonstrada pelo pai, mesmo fora da presença da mãe, em assumir todos os cuidados do dia a dia, tal como estava planeado antes da notícia da deficiência do bebé.

A aceitação plena da deficiência da Mariana, a vivência pela mãe de uma depressão que parece ter sido capaz de ultrapassar conscientemente tiveram, sem dúvida, grande influência no estilo interactivo desta díade que, entre todas, nos parece a mais bem adaptada.

6.1.5. A mãe do Rui - Uma depressão sempre latente

Na altura da primeira entrevista eram evidentes, na mãe, sinais de grande depressão e ansiedade. Esta, no entanto, continha-se na presença do pessoal da maternidade, que considerava que a mãe não se tinha sequer apercebido da situação do seu filho.

Referiu, espontaneamente, algumas competências precoces do bebé que considerou de bom prognóstico, mas foi completamente incapaz de prever as suas etapas de desenvolvimento ao longo do 1º ano. Esta dificuldade manteve-se, relativamente a alguns parâmetros, ao longo das entrevistas, como se não quisesse confrontar-se com o atraso do seu filho.

A entrevista do 1º mês é marcada por uma grande passividade da mãe que, não só parece não saber o que fazer com o bebé, como fora aconselhada por um médico, a manter um ambiente muito tranquilo à volta dele. Pelo contrário, o Rui é um bebé que está bem alerta, embora se mostre ainda pouco responsivo, notando-se que está muito pouco estimulado.

A atitude de alguma passividade da mãe manter-se-á durante quase todo o 1º ano, mas a sensibilidade com que segue as pistas cada vez mais claras que o bebé emite, garantem a harmonia e contingência da interacção que se estabelece entre ambos. O prazer com que os dois participam nos episódios interactivos é evidente, quer na atitude permanentemente aprovadora e calorosa da mãe, quer nas manifestações de afecto positivo do Rui, cuja expressividade é muito boa.

As competências do bebé, nas várias áreas do desenvolvimento, têm um progresso significativo entre o 3º e o 6º mês, o seu desenvolvimento aos 9 meses está praticamente dentro dos parâmetros normais e, aos 12 meses, é o bebé com síndrome de Down que apresenta um desenvolvimento global mais homogéneo e mais próximo do normal. No que respeita aos sentimentos da mãe face à situação, nota-se uma diminuição da ansiedade ao longo do tempo, embora esta nunca desapareça.

Os seus sentimentos depressivos, que aos 9 meses tinham praticamente desaparecido, voltam a agravar-se aos 12 meses e manifestam-se, quer numa situação de exaustão e cansaço físico, quer numa sobrecarga emocional que reconhece. A diminuição do ritmo de desenvolvimento do Rui parece reflectir-se imediatamente nos sentimentos da mãe, embora a interacção entre ambos se mantenha muito adequada e harmoniosa.

A família nuclear e alargada do Rui habita numa zona que, embora muito próxima de Lisboa, tem características rurais, havendo entre todos grande proximidade e coesão, facto que garantiu à mãe um apoio excepcional durante este primeiro ano de vida.

Não nos parece, no entanto, que a mãe tenha conseguido ultrapassar a sua depressão face ao nascimento deste bebé, o que nos coloca interrogações sobre a futura adaptação desta díade.

O Rui morreu subitamente aos 13,5 meses. O choque e a depressão com que este acontecimento foi vivido pela mãe, a idealização que posteriormente esta veio a fazer sobre as competências do Rui, a irrealidade das suas expectativas sobre o desenvolvimento futuro do bebé, confirmam a nossa ideia de que, aos doze meses, muitos dos aspectos da adaptação mãe-bebé estavam ainda por resolver.

Quadro nº 16 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **Marta** Tipo de bebé - pré-termo

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths*
Período Neo-Natal	Grande ansiedade	-	-	-	-
1º mês	Ansiedade Alegria Frustração em relação ao papel maternal	Grande sensibilidade, aprovação e afecto Muito boas qualidades de estimulação	Pouco alerta Pouco responsivo Afecto neutro	Grande harmonia/contingência - 5 Prazer - 4 Disponibilidade interactiva - 4	-
3º mês	Alegria Ansiedade	Grande sensibilidade, aprovação e afecto Muito boas qualidades de estimulação	Responsividade moderada à mãe Pouca expressividade e animação Afecto de tonalidade negativa	Harmonia/contingência - 4 Prazer - 4 Disponibilidade interactiva - 4	I.D. 3,2 Q.D. 130
6º mês	Alegria Cansaço e frustração em relação ao papel maternal	Menor sensibilidade , aprovação e afecto Muito boas qualidades de estimulação	Maior responsividade à mãe Maior actividade e animação Interesse moderado nos brinquedos Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Prazer - 4 Disponibilidade interactiva - 4	I.D. 5,7 Q.D. 108
9º mês	Alegria Ansiedade	Sensibilidade, aprovação e afecto	Interesse na exploração do espaço físico Menor responsividade à mãe Indícios de iniciativas interactivas Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Prazer - 4 Disponibilidade interactiva - 4	I.D. 8,8 Q.D. 106
12º mês	Alegria Cansaço	Grande sensibilidade Muito boas qualidades de estimulação Aprovação e afecto	Grande interesse nos brinquedos Maior responsividade Iniciativas interactivas e actos comunicativos Afecto muito positivo	Grande harmonia/contingência - 5 Grande prazer - 5 Disponibilidade interactiva - 4	I.D. 11,7 Q.D. 106

* Q.D. calculado com base em 34 semanas de Idade Gestacional

Quadro nº 17 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **Ana** Tipo de bebé - pré-termo

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths*
Período Neo-Natal	Grande ansiedade	-	-	-	-
1º mês	Grande sobrecarga Ansiedade	Sensibilidade e passividade Expressividade e qualidades de estimulação moderadas Aprovação e grande afecto	Pouca expressividade e pouca responsividade. Afecto neutro	Harmonia/contingência - 4 Prazer moderado - 3 Pouca disponibilidade interactiva - 2	-
3º mês	Grande sobrecarga Frustração relativamente ao papel maternal Ansiedade	Sensibilidade Boas qualidades de estimulação e expressividade Aprovação moderada e afecto	Boa responsividade e expressividade. Animação moderada e algum interesse nos brinquedos Afecto muito positivo	Harmonia/contingência - 4 Prazer moderado - 3 Disponibilidade interactiva - 4	I.D. 3,1 Q.D. 155
6º mês	Grande sobrecarga Frustração relativamente ao papel maternal Depressão	Directividade Sensibilidade moderada Poucas qualidades de estimulação e expressividade Aprovação moderada e afecto	Maior interesse nos objectos Grande responsividade à mãe Iniciativas interactivas e grande expressividade Afecto de tonalidade negativa	Harmonia/contingência moderada - 3 Prazer moderado - 3 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 5 Q.D. 105
9º mês	Sobrecarga Alegria	Passividade Sensibilidade moderada Poucas qualidades de estimulação e expressividade Aprovação e afecto	Grande interesse nos brinquedos, menor responsividade à mãe e menos iniciativas interactivas Afecto neutro	Harmonia/contingência moderada - 3 Prazer moderado - 3 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 8,7 Q.D. 108
12º mês	Sobrecarga Frustração relativamente ao papel maternal	Passividade Sensibilidade moderada Moderada aprovação e afecto Qualidades de estimulação muito fracas	Grande interesse nos brinquedos Boa responsividade, expressividade e animação Iniciativas interactivas e actos intencionais de comunicação Afecto de tonalidade negativa	Harmonia/contingência moderada - 3 Prazer moderado - 3 Disponibilidade interactiva moderada - 3	I.D. 11,7 Q.D. 108

* Q.D. calculado com base em 33 semanas de Idade Gestacional

Quadro nº 18 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **Filipe** Tipo de bebé - pré-termo

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths*
Período Neo-Natal	Grande ansiedade	-	-	-	-
1º mês	Ansiedade Alegria	Grande sensibilidade, aprovação e afecto Muito boas qualidades de estimulação	Expressivo Pouco responsivo à mãe e pouco animado Afecto neutro	Harmonia/contingência - 4 Disponibilidade interactiva - 4 Prazer - 4	-
3º mês	Alegria Ansiedade	Grande aprovação e afecto Sensibilidade	Moderadamente expressivo, animado e responsivo à mãe Interesse moderado nos brinquedos Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Disponibilidade interactiva - 4 Prazer - 4	I.D. 2,8 Q.D. 112
6º mês	Alegria	Sensibilidade, aprovação e afecto Comportamento pouco claro	Maior responsividade à mãe e expressividade Maior interesse nos brinquedos Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Disponibilidade interactiva - 4 Prazer - 4	I.D. 5,5 Q.D. 104
9º mês	Alegria	Pouca sensibilidade Comportamento desorganizado Poucas qualidades de estimulação	Interessado nos objectos e responsivo à mãe Indícios de iniciativas interactivas Afecto de tonalidade negativa	Moderada harmonia/contingência - 3 Prazer moderado - 3 Disponibilidade interactiva - 4	I.D. 7,8 Q.D. 82
12º mês	Alegria	Sensibilidade, aprovação e afecto Melhores qualidades de estimulação com comportamento menos desorganizado	Interessado nos objectos e responsivo à mãe Maior animação Iniciativas interactivas e actos comunicativos Afecto muito positivo	Harmonia/contingência - 4 Disponibilidade interactiva - 4 Grande prazer - 5	I.D. 10,7 Q.D. 95

* Q.D. calculado com base em 35 semanas de Idade Gestacional

6.2. Análise comparativa dos bebés pré-termo e suas mães

6.2.1. A mãe da Marta - O privilégio de poder ser mãe só nos momentos de prazer ou uma mãe "stressada" sem motivo aparente

A grande ansiedade com que foi vivido o nascimento prematuro da Marta - embora já durante a gravidez tivesse sido posta essa possibilidade - à qual se adicionou, poucas horas após o seu nascimento, a transferência para a Unidade de Cuidados do Recém-Nascido (cuidados intermédios) - facto que a mãe não esperava - foi completamente ultrapassada durante o 1º mês de vida, em face da excelente evolução do bebé que aos 8 dias de vida pôde ir para casa e, em termos de desenvolvimento, cumpriu todas as expectativas da mãe, apesar destas terem sido feitas sem ter em conta o factor da prematuridade. Os sinais de ansiedade mantiveram-se, no entanto, durante todo o ano, apesar dos motivos terem variado: inicialmente, pelo receio que alguma doença a fragilizasse - muito embora não houvesse qualquer sintomatologia - posteriormente, a partir do momento em que a Marta começou a deslocar-se sozinha, que algum acidente acontecesse, referindo-se a mãe a si própria, frequentemente, como muito "stressada".

Suportando muito mal as alterações nas rotinas diárias que a mãe introduzia - e cuja alteração a própria mãe suportava também muito mal - mãe e bebé viveram um pouco uma para a outra, o que causou alguma perturbação na relação conjugal e grande conflito da mãe com a família do marido, que foi sentida como muito intrusiva. Entre os três e os cinco meses, a mãe sente ter estado muito deprimida e chegou a equacionar a hipótese de pedir uma ajuda especializada.

A interacção desta díade foi marcada por grande sensibilidade da mãe face a um bebé que, até perto dos seis meses, manteve ritmos muito irregulares de sono e alimentação, chorava frequentemente e era, nessas alturas, muito difícil de acalmar. A situação alimentar, sobretudo a partir da introdução dos alimentos sólidos, foi a área de maior conflito e, só no fim do 1º ano, a mãe conseguiu lidar melhor com ela, muito embora interrompa o jantar logo que a Marta começa a fazer birras, sendo a empregada que lhe dá todas as outras refeições que decorrem normalmente.

A disponibilidade que a mãe manifestou face à Marta e que ficou patente em todas as situações interactivas que presenciámos, parece-nos dever-se, em parte, ao facto de só estar com a filha ao regressar de um trabalho em que investe muito e que lhe é muito gratificante e ao apoio assegurado pela empregada que lhe permite estar com a bebé sobretudo nos momentos de lazer.

Tudo correu bem com a Marta, mas relativamente a esta díade ficamos com uma pergunta sem resposta: que teria acontecido se esta mãe "stressada" não tivesse tido o apoio de que sempre pode desfrutar?

6.2.2. A mãe da Ana - Isolamento, sobrecarga e pouca disponibilidade

Sobrecarga física e emocional é o conceito que melhor define os sentimentos que esta mãe apresenta desde a primeira à última entrevista e que resume, com humor, quando, referindo-se a umas fotografias diz: "parecia uma morta-viva".

O nascimento prematuro desta segunda filha - provocado por atraso de crescimento intra-uterino - parece ter apanhado a mãe completamente desprevenida, de tal forma que nos interrogamos sobre o seu desejo real de uma segunda gravidez tão próxima da primeira. O tempo de permanência da Ana na Unidade de Cuidados do Recém-nascido - 23 dias - passada a grande ansiedade dos primeiros dias, foi vivida de uma forma um pouco distanciada. As necessidades da filha mais velha, com dois anos, foram sentidas pela mãe como mais prementes e o seu contacto com o bebé recém-nascido não tão frequente como se poderia esperar. A mãe refere aliás que, para ela, a Ana nasceu no dia em que chegou a casa. A partir desse momento, nada foi fácil para esta jovem mãe que se afirma muito independente (e que não pede nunca ajuda) e que se encontra muito sozinha, com um marido que, por razões objectivas de trabalho (mas também por mentalidade) praticamente não dá qualquer apoio no dia a dia. Este aspecto não terá sido alheio aos sentimentos de frustração relativamente ao seu papel maternal que manifestou em algumas das entrevistas.

Desde o momento em que veio para casa, a evolução e o desenvolvimento da Ana foram muito bons, aproximando-se das expectativas inicialmente feitas pela mãe e que não tinham em conta a sua prematuridade. Apesar de frequentes complicações nos aspectos de saúde, todas sem gravidade, mostrou-se sempre um bebé alerta e responsivo às iniciativas da mãe. A Ana foi, no entanto, sentida pela mãe como um bebé muito exigente: os seus ritmos instáveis, os curtos períodos de sono, mesmo durante a noite e a tranquilização só conseguida através da amamentação, mesmo quando já tomava biberão, deixaram a mãe fisicamente exausta e emocionalmente pouco disponível para a filha.

Sem sinais de ansiedade ou depressão evidenciados, quer nas entrevistas, quer nas escalas de sentimentos e atitudes, os sentimentos de sobrecarga evidenciaram-se e tiveram o seu reflexo no tipo de interacção estabelecida, nomeadamente a partir do 6º mês, em que num mesmo episódio podíamos presenciar momentos de grande passividade, sem iniciativas, quer relativamente aos brinquedos - que nunca foram trazidos à cena, utilizando a mãe apenas o material da escala de Griffiths - quer relativamente à interacção directa e

também momentos de directividade, em que a mãe introduzia objectos, sem ter em conta o foco de atenção da Ana.

De uma forma global, podemos dizer que esta a mãe esteve, a partir dos seis meses, pouco disponível para a interacção, com poucas demonstrações de afecto relativamente à filha e demonstrando pouco prazer na interacção com ela.

Também nesta díade, os sentimentos de isolamento e sobrecarga da mãe foram bem evidenciados nas características do processo interactivo mãe-bebé. Sentimos a mãe quase sempre sozinha, sem apoio e sem querer pedi-lo, como se fosse obrigada a resolver tudo sem qualquer ajuda. Também relativamente a ela ficámos com uma pergunta sem resposta: até quando poderá aguentar esta situação?

6.2.3. A mãe do Filipe - Passar do riso às lágrimas: o bebé de uma mãe excitada e desorganizada

Quase no final de uma gravidez sem qualquer problema, foi diagnosticado um atraso de crescimento intra-uterino que levou a que o parto fosse prematuramente provocado. Tal facto, causou uma enorme ansiedade na mãe que se manteve extremamente ansiosa até ao momento em que pode ir visitar o bebé à Unidade de Cuidados do recém-nascido, muito embora a visão do filho na incubadora em nada a tenha tranquilizado. A partir dessa altura e até ao momento em que, com 16 dias, o bebé saiu da maternidade, a mãe esteve todo o tempo possível com ele, insistindo em dar-lhe de mamar, apesar de todas as dificuldades de sucção.

O Filipe adquiriu muito cedo ritmos regulares de sono e alimentação - e, nesse aspecto, foi muito diferente dos dois restantes bebés pré-termo - e não teve, ao longo de todo o 1º ano, quaisquer complicações de saúde.

A interacção que presenciámos na entrevista do 1º e do 3º mês, é marcada por grande sensibilidade, comportamento muito afectuoso e aprovador, muito embora a responsividade do bebé fosse ainda reduzida. Na entrevista dos seis meses e sobretudo na dos nove meses, a sua preocupação fundamental parece ser fazer rir o bebé, sendo o seu comportamento excitado e desorganizado, com mudanças bruscas nas actividades que propõe, o que provoca mais frequentemente choro (que aliás não dura mais do que alguns segundos) do que sorrisos. A situação alimentar, em que a mãe se mantém mais passiva, é sempre o momento em que presenciámos maior harmonia, mostrando-se o bebé capaz de iniciativas interactivas a que a mãe responde adequadamente.

Este comportamento da mãe, bem como a pouca estimulação que parece ter em casa dos avós maternos, onde fica durante o dia, fazem com que os progressos no desenvolvimento do Filipe sejam muito lentos, os comportamentos adquiridos mais tardiamente do que as expectativas iniciais que a mãe fizera, mas tal facto não parece preocupá-la minimamente. Aos 9 meses, o Filipe era o mais atrasado dos bebés pré-termo, em todas as áreas de desenvolvimento - ainda que com valores dentro do normal - embora nada inicialmente fizesse prever esta evolução menos favorável. Aos doze meses, todo o episódio interactivo é marcado por maior harmonia e adequação e o desenvolvimento do Filipe aproxima-se do dos outros bebés, excepto na área da linguagem.

Esta mãe, que inicialmente se adaptou bem ao seu bebé, pareceu posteriormente encará-lo como uma entre outras preocupações e objectivos da sua vida. Quase poderíamos dizer que foi o Filipe que teve de se adaptar à sua mãe, com as suas características interactivas e imprevisibilidade. Ele foi capaz de o fazer... Por isso tudo correu bem.

Quadro nº 19 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **Francisco** Tipo de bebé - normal

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths
Período Neo-Natal	Grande alegria	-	-	-	-
1º mês	Grande alegria Ansiedade perante a separação	Grande passividade Sensibilidade, aprovação e afecto Moderadas qualidades de estimulação	Moderadamente responsivo e expressivo Pouco animado Afecto neutro	Harmonia/contingência - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3 Prazer - 4	-
3º mês	Grande alegria	Directividade Sensibilidade Grande aprovação e afecto Moderadas qualidades de estimulação	Moderadamente responsivo e expressivo Pouco animado Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Disponibilidade interactiva moderada - 3 Prazer - 4	*
6º mês	Grande alegria Frustração em relação ao papel maternal	Directividade Sensibilidade Melhores qualidades de estimulação Grande aprovação e afecto	Responsivo, expressivo e animado Interesse nos brinquedos Afecto muito positivo	Harmonia/contingência - 4 Disponibilidade interactiva - 4 Prazer - 4	I.D. 6,7 Q.D. 111
9º mês	Grande alegria	Directividade Sensibilidade Melhores qualidades de estimulação Grande aprovação e afecto	Muito responsivo, expressivo e animado Grande interesse nos brinquedos Muitas iniciativas interactivas Afecto extremamente positivo	Grande harmonia/contingência - 5 Grande prazer - 5 Grande disponibilidade interactiva - 5	I.D. 9,7 Q.D. 107
12º mês	Grande alegria	Directividade Sensibilidade Melhores qualidades de estimulação Grande aprovação e afecto	Muito responsivo, expressivo e animado Grande interesse nos brinquedos com jogo diferente Muitas iniciativas interactivas e actos comunicativos Afecto muito positivo	Grande harmonia/contingência - 5 Grande prazer - 5 Grande disponibilidade interactiva - 5	I.D. 13,8 Q.D. 115

* Não foi feita por o bebé ter adormecido

Quadro nº 20 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **Maria** Tipo de bebé - normal

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths
Período Neo-Natal	Alegria Ansiedade face ao temperamento da filha				-
1º mês	Alegria Cansaço Depressão Ansiedade face ao modo de guarda	Sensibilidade Grande aprovação e afecto Moderadas qualidades de estimulação	Expressiva, alerta e responsiva Afecto muito negativo	Harmonia/contingência moderada - 3 Disponibilidade interactiva moderada - 3 Prazer moderado - 3	-
3º mês	Alegria Ansiedade face à separação por motivos de trabalho	Directividade Sensibilidade moderada Poucas qualidades de estimulação Aprovação e afecto	Não responsiva à mãe Expressiva Afecto muito negativo	Harmonia/contingência moderada - 3 Pouca disponibilidade interactiva - 2 Prazer moderado - 3	I.D. 3,9 Q.D. 130
6º mês	Ansiedade Alegria	Passividade Sensibilidade moderada Poucas qualidades de estimulação Aprovação e afecto	Pouco responsiva Moderadamente interessada nos brinquedos Expressiva Afecto muito negativo	Harmonia/contingência moderada - 3 Disponibilidade interactiva moderada - 3 Prazer moderado - 3	*
9º mês	Ansiedade por motivo de doença da Maria	Sensibilidade e grande aprovação Boas qualidades de estimulação	Responsiva à mãe, animada e expressiva Iniciativas de interacção social Afecto de tonalidade positiva	Maior harmonia/contingência - 4 Disponibilidade interactiva - 4 Prazer - 4	I.D. 8,7 Q.D. 94
12º mês	Grande alegria Grande alegria	Passividade Aprovação e afecto Moderadas qualidades de estimulação	Grande interesse nos brinquedos com jogo diferente Menor responsividade à mãe Afecto de tonalidade positiva	Maior harmonia/contingência - 4 Disponibilidade interactiva - 4 Prazer - 4	I.D. 11,6 Q.D. 96

* A escala não está completa por o bebé ter ficado muito rabugento

Quadro nº 21 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **Carmo** Tipo de bebé - normal

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths
Período Neo-Natal	Grande alegria Ansiedade	-	-	-	-
1º mês	Grande alegria Ansiedade	Grande sensibilidade, aprovação e afecto Muito boas qualidades de estimulação	Alerta, animada, responsiva e muito expressiva Afecto de tonalidade positiva	Harmonia/contingência - 4 Grande prazer - 5 Grande disponibilidade interactiva - 5	-
3º mês	Grande alegria	Grande sensibilidade, aprovação e afecto Muito boas qualidades de estimulação	Alerta, animada, responsiva e muito expressiva Indícios de iniciativas interactivas Afecto muito positivo	Harmonia/contingência - 4 Grande prazer - 5 Grande disponibilidade interactiva - 5	I.D. 4,5 Q.D. 150
6º mês	Grande alegria Ansiedade	Directividade Sensibilidade Grande aprovação e afecto Muito boas qualidades de estimulação	Alerta, animada, responsiva e muito expressiva Iniciativas interactivas Interesse nos brinquedos Afecto muito positivo	Grande harmonia/contingência - 5 Grande prazer - 5 Grande disponibilidade interactiva - 5	I.D. 7,9 Q.D. 121
9º mês	Grande alegria	Directividade Sensibilidade Grande aprovação e afecto Muito boas qualidades de estimulação	Alerta, responsiva e muito expressiva e animada Iniciativas interactivas e actos comunicativos Grande interesse nos brinquedos com jogo diferente Afecto extremamente positivo	Grande harmonia/contingência - 5 Grande prazer - 5 Grande disponibilidade interactiva - 5	I.D. 10,9 Q.D. 121
12º mês	Grande alegria Ansiedade	Directividade Sensibilidade Grande aprovação e afecto Comportamento menos organizado	Alerta, responsiva e muito expressiva e animada Mais iniciativas interactivas e actos comunicativos Grande interesse nos brinquedos com jogo diferente Afecto muito positivo	Harmonia/contingência - 4 Grande prazer - 5 Disponibilidade interactiva - 4	I.D. 13,9 Q.D. 115

Quadro nº 22 - Grelha resumo para a análise longitudinal Nome do bebé - **José Carlos** Tipo de bebé - normal

		Características do processo interactivo			
	Sentimentos dominantes da mãe	Mãe	Bebé	Díade	Griffiths
Período Neo-Natal	Grande alegria	-	-	-	-
1º mês	Grande alegria	Passividade Sensibilidade e qualidades de estimulação moderadas Aprovação e afecto	Não responsivo Alerta mas pouco expressivo Afecto neutro	Harmonia/contingência - 4 Prazer - 4 Pouca disponibilidade interactiva - 2	-
3º mês	Grande alegria	Sensibilidade Grande aprovação e afecto Boas qualidades de estimulação e expressividade	Expressivo, animado e responsivo Interesse moderado nos brinquedos Indícios de iniciativas interactivas Afecto muito positivo	Grande harmonia/contingência - 5 Grande prazer - 5 Disponibilidade interactiva - 4	I.D. 3,5 Q.D. 107
6º mês	Grande alegria	Grande sensibilidade, aprovação e afecto Boas qualidades de estimulação e expressividade	Expressivo, animado e responsivo Interesse moderado nos brinquedos Indícios de iniciativas interactivas Afecto muito positivo	Grande harmonia/contingência - 5 Grande prazer - 5 Grande disponibilidade interactiva - 5	I.D. 6,1 Q.D. 101
9º mês	Grande alegria Cansaço	Grande sensibilidade, aprovação e afecto Muito boas qualidades de estimulação e expressividade	Muito interessado nos brinquedos com jogo diferente Muito responsivo com iniciativas interactivas e actos comunicativos Afecto de tonalidade positiva	Grande harmonia/contingência - 5 Prazer - 4 Grande disponibilidade interactiva - 5	I.D. 9,4 Q.D. 101
12º mês	Grande alegria Cansaço	Grande sensibilidade, aprovação e afecto Muito boas qualidades de estimulação e expressividade	Muitas iniciativas interactivas e variados actos de comunicação intencional Mantém grande animação Afecto muito positivo	Grande harmonia/contingência - 5 Grande prazer - 5 Grande disponibilidade interactiva - 5	I.D. 13 Q.D. 108

6.3. Análise comparativa dos bebés normais e suas mães

6.3.1. A mãe do Francisco - A possibilidade e prazer de ser mãe a tempo inteiro

O nascimento deste 1º filho, embora não planeado, foi vivido com grande alegria pelos pais e avós, tendo-se o bebé tornado o centro das atenções de toda a família.

Embora inicialmente tal não estivesse previsto, a mãe não retomou a sua actividade profissional fora de casa para poder, ela própria, tomar conta do bebé, resolvendo assim a ansiedade com que sempre falara da situação de separação.

Alegria e disponibilidade para o bebé foram as características mais marcantes da mãe ao longo do 1º ano de vida, embora na entrevista do 6º mês se notasse alguma frustração em relação ao seu papel maternal, que desapareceu posteriormente.

Alguma passividade do bebé e da mãe na interacção que presenciámos no 1º mês, foram substituídas por maior animação e prazer nos episódios interactivos, com manifestações de afecto e aprovação por parte da mãe que, embora directiva nas propostas feitas ao bebé, se mostrou sempre sensível e adequada. O excelente desenvolvimento do Francisco, a facilidade com que adquiriu ritmos regulares, a sua responsividade e expressividade emocional terão certamente contribuído para a atmosfera de grande harmonia e prazer que caracterizou esta díade e que foi aumentando ao longo do 1º ano de vida.

Os sentimentos positivos da mãe face ao bebé foram sistematicamente reflectidos nas características interactivas desta díade.

6.3.2. A mãe da Maria - As dificuldades de compreender um bebé difícil

A notícia da gravidez da Maria, não desejada, estando a mãe a fazer contracepção oral, foi recebida de forma muito ambivalente e o momento do seu nascimento é descrito pela mãe como altamente anxiógeno, muito embora nada houvesse, de concreto e objectivo, a recear. Como que respondendo a esta ansiedade da mãe, a Maria foi, desde o 1º dia de vida, um bebé difícil: chorava muito, aparentemente com fome e com cólicas e só dificilmente se acalmava, sempre e só ao colo.

Esta situação manteve-se ao longo dos primeiros seis meses e, nas três entrevistas que tivemos nesse período, presenciámos sempre uma interacção marcada pelas dificuldades da mãe em obter a colaboração e a resposta do bebé.

Com a irmã mais velha (com doze anos e que ficou muito satisfeita com o aparecimento deste bebé), a situação era completamente diferente: bastava que lhe ouvisse a voz e a Maria imediatamente sorria e vocalizava. Este contraste não passava despercebido à mãe. Esta era muito ambivalente face a este aspecto: em certos momentos parecia deliciada com a interacção entre as duas irmãs, parecendo até um pouco demitida do seu papel maternal, como que cedendo à filha mais velha o seu lugar; noutros mostrava-se aborrecida pela preferência que a Maria aparentava em todas as ocasiões, excepto quando estava doente, altura em que só a mãe a acalmava.

Por coincidência ou não, a "reconciliação" entre as duas dá-se exactamente após um período prolongado de doença e mal-estar da Maria, com sintomas de alguma gravidade, que obrigaram a inúmeros exames. Estes episódios são-nos relatados na entrevista do 9º mês e é precisamente nessa entrevista que encontramos um bebé bem disposto, comunicativo e responsivo à mãe que, também pela primeira vez, está deliciada com a sua filha, muito afectuosa e aprovadora do seu comportamento. Este clima de tréguas e harmonia interactiva manteve-se na entrevista final, parecendo-nos garantida uma relação mutuamente satisfatória.

6.3.3. A mãe da Carmo - Uma mãe embevecida e um bebé espevitado

O nascimento desta 1ª filha, desejado e planeado, foi vivido por todos com grande alegria, embora a mãe refira alguma ansiedade relativamente às suas capacidades para tratar do bebé.

A Carmo mostrou-se sempre muito atenta e responsiva à mãe, embora muitas vezes fosse difícil de consolar. A mãe estava manifestamente deliciada com a filha que considera melhor de cuidar e mais esperta do que todos os bebés que conhece. Assim, todas as entrevistas decorreram num clima de grande prazer e disponibilidade interactiva por parte da mãe, a quem o bebé sempre respondeu prontamente sendo, sem dúvida, de todos os bebés que analisámos, aquele que mais precocemente mostrou vivacidade, animação, responsividade e iniciativas interactivas.

A mãe, embora um pouco directiva nas suas iniciativas, foi sempre suficientemente sensível para que toda a interacção decorresse de forma harmoniosa, mostrando muito boas capacidades de estimulação, garantindo assim óptimas oportunidades de desenvolvimento para a Carmo, que chegou ao fim do 1º ano de vida com um nível de desenvolvimento excelente, nomeadamente nos aspectos de comunicação interpessoal.

Também nesta díade os sentimentos positivos da mãe se traduziram na harmonia e prazer na interacção.

6.3.4. A mãe do José Carlos - A tranquilidade de quem já sabe o que é ser mãe

A notícia de uma gravidez tão próxima do nascimento de duas gémeas (com cinco meses apenas) foi ressentida pelos pais de forma muito ambivalente, mas logo que houve a confirmação de que seria um rapaz, a alegria sobrepôs-se a todos os outros sentimentos.

A passividade inicial desta mãe - para quem os bebés muito pequenos devem é descansar muito para crescerem bem - foi substituída progressivamente por uma atitude de estimulação, denotando grande sensibilidade aos sinais do bebé, cuja responsividade, animação e expressividade são já muito elevadas na interacção que presenciámos ao 3º mês.

O José Carlos vai adquirindo as várias competências dentro das idades adequadas - excepto o gatinhar, que a mãe ressente como mais atrasado - sendo francamente boas as suas capacidades de comunicação interpessoal.

Apesar da real sobrecarga da sua vida, não há, ao longo das entrevistas, quaisquer sinais de indisponibilidade para o José Carlos ou para as irmãs, sendo os episódios interactivos marcados por grande harmonia, contingência e prazer de ambos os intervenientes, com demonstrações de afecto e uma atitude muito aprovadora por parte da mãe e sinais de afecto muito positivo por parte do José Carlos.

6.4. Conclusão sobre a análise comparativa dos sentimentos dominantes, características do processo interactivo mãe-bebé e desenvolvimento do bebé

A relação entre os sentimentos dominantes das mães, as características do processo interactivo mãe-bebé e o grau de desenvolvimento do bebés, que pretendíamos pôr em evidência com este trabalho, não surge imediatamente evidente.

Se analisarmos os quadros resumo, quer individualmente, quer agrupados segundo as características dos bebés, o que ressalta é sobretudo "continuidade intra- -diádica" mesmo que, ao longo do tempo, se verifiquem algumas mudanças no comportamento da mãe ou nas características interactivas das díades. Foi essa continuidade que salientámos na análise anteriormente feita.

Parece-nos, no entanto, de referir quatro situações em que nos pareceu evidente a interdependência entre os sentimentos maternos e a dinâmica interactiva estabelecida, que, de certa forma confirmam a nossa hipótese inicial.

A primeira e mais evidente é a situação do Helder e da sua mãe: os sentimentos de revolta e rejeição da situação de deficiência do seu bebé, muito evidentes na primeira entrevista, voltaram a ser dominantes na entrevista do 9º mês, altura em que o Helder começou a mostrar um atraso significativo no seu desenvolvimento, originando uma alteração radical na dinâmica interactiva, que surge, a partir dessa entrevista, pouco harmoniosa, marcada por pouca sensibilidade e grande directividade da mãe.

Ainda dentro dos bebés com síndrome de Down, a interdependência entre os sentimentos maternos e o padrão interactivo mãe-bebé é, de certa forma, evidente, na díade do Rui com a sua mãe: a grande depressão que a mãe manifestou nos primeiros meses e que se manteve latente ao longo de todo o primeiro ano de vida, manifestou-se num comportamento de grande passividade que, embora tenha diminuído, nunca desapareceu totalmente, não impedindo, no entanto, que o ambiente interactivo fosse sempre harmonioso.

A nível dos bebés pré-termo, destaca-se a Ana e sua mãe: os sentimentos de sobrecarga emocional e exaustão física perante um bebé muito exigente, marcaram também uma interacção em que a falta de sensibilidade e responsividade da mãe contrastavam com as pistas muito claras que o bebé dava.

No grupo dos bebés normais, embora de forma muito mais ténue, também na díade formada pela Maria e sua mãe, pudemos sentir a influência do comportamento do bebé nos sentimentos da sua mãe, marcados por alguma ambivalência. De facto, as dificuldades que este bebé apresentou ao longo do primeiro semestre, as frequentes situações de desconforto que dificilmente eram ultrapassadas, poderão talvez ter posto em causa os sentimentos de competência da mãe relativamente às suas qualidades maternas e capacidade de compreender o seu bebé. Comparada com as outras díades com bebés normais, esta surge, nos primeiros episódios interactivos, como menos contingente e harmoniosa e pouco disponível para a interacção, situação que só a partir do 9º mês se altera.

7. Necessidades e propostas de intervenção

A metodologia que seguimos neste trabalho, com uma primeira entrevista às mães dos bebés com deficiência ou em situação de risco, nos primeiros dias da sua vida, obrigou-nos, evidentemente, a equacionar com as mães dos bebés com Síndrome de Down, desde logo, as necessidades especiais dos seus filhos e a dar-lhes as indicações necessárias para que pudessem recorrer aos serviços que poderiam dar resposta a essas necessidades. A escolha final foi inteiramente da responsabilidade das famílias que, ao longo das várias entrevistas, nos punham ao corrente do que se estava a passar. Com excepção da Mariana e sua mãe, tivemos, sempre informalmente, alguns contactos com os técnicos que vieram a encarregar-se do programa de intervenção junto das famílias dos bebés com Síndrome de Down mas, em nenhum momento, interviemos directamente enquanto técnicos de intervenção precoce, ou responsáveis pela sua orientação.

A breve análise que seguidamente faremos reflecte não só as necessidades de intervenção que sentimos por parte destas mães, como a nossa avaliação sobre a forma como estavam a ser respondidas pelos diversos programas.

7.1. Os bebés com síndrome de Down

7.1.1. Que intervenção para a Catarina e sua mãe?

A mãe da Catarina recorreu a um serviço de apoio antes dos três meses de vida da sua filha. No entanto, e apesar disto, talvez porque nunca aceitou a deficiência do seu bebé, tem-lhe também sido difícil aceitar o programa proposto pelo técnico de intervenção que tem um carácter domiciliário e semanal.

Perguntamo-nos, aliás, se esta díade tem, neste momento, necessidades que justifiquem um programa de intervenção precoce com o carácter regular que tem o que lhe foi proposto. Em termos interactivos e nos aspectos de estimulação, o que se passa entre a mãe e o bebé é exemplar, não tendo a mãe quaisquer dificuldades em interpretar os sinais da filha, em lhes responder de forma e em ritmo adequado, sendo o seu comportamento organizado e estimulante do desenvolvimento. Evidentemente, sabemos que a Catarina tem um atraso de desenvolvimento que, provavelmente, se acentuará com a idade. Sabemos também que o mecanismo de negação preferencialmente utilizado pela mãe, durante este 1º ano de vida (e que até agora serviu o processo de adaptação), poderá deixar de funcionar como defesa contra a angústia e que a sua depressão latente poderá subitamente actualizar-se.

Do nosso ponto de vista, é a estes aspectos que um técnico de intervenção precoce deve estar particularmente sensível, já que a ajuda que provavelmente se revelará necessária

será no sentido de ajudar a mãe no momento em que esta não possa mais negar, perante si própria e perante os outros, a deficiência da Catarina.

7.1.2. Que Intervenção para o Helder e a sua mãe?

O Helder e a sua mãe têm sido seguidos, desde os seis meses, num programa de intervenção precoce. Talvez porque ele foi iniciado antes de haver um atraso de desenvolvimento manifesto e acedendo aos pedidos da mãe, o programa parece ter-se centrado na aquisição de competências por parte do Helder, o que terá reforçado na mãe a directividade que provavelmente sempre a marcou.

Pelas sequências interactivas que fomos presenciando, ao longo do ano, e pelos sentimentos dominantes da mãe, parece-nos urgente que se reequacione toda a orientação seguida. Com efeito, os aspectos interactivos mãe-bebé, quanto a nós, muito mais inquietantes do que o atraso de desenvolvimento do Helder - apesar deste ser agora manifesto - parecem não estar a ser devidamente atendidos, pelo que a desarmonia na interacção mãe-bebé continua a existir, não se tendo também atenuado os sentimentos de ansiedade, depressão, revolta e frustração com que esta mãe nos apareceu no início da vida do seu bebé e que continuam bem manifestos ao fim do 1º ano.

7.1.3. Que intervenção para o João Paulo e sua mãe?

O João Paulo foi regularmente seguido em programa de intervenção precoce entre os 3 e os 9 meses. Iniciou, entretanto, um apoio directo com um técnico de psicomotricidade numa piscina, facto que dava grande satisfação aos pais - ambos os pais acompanhavam o bebé, o que terá sido extremamente benéfico para a aceitação do bebé, por parte do pai, e para a própria união entre o pai e a mãe - e gradualmente, a mãe mostrou-se menos disponível para o apoio educativo que o pai nunca aceitara e no qual não fora envolvido. Este facto terá estado na base de um espaçamento do programa educativo, a partir dos 9 meses, muito embora a mãe apresente, como principal motivo, o facto de deixar o bebé em casa da avó materna por razões da sua própria saúde.

No final do primeiro ano de vida, o João Paulo tinha feito uma boa evolução, a sua mãe mostrava-se satisfeita e o prazer evidente na interacção entre ambos demonstrava que esta tinha aceite a deficiência do bebé. Parece-nos, no entanto, que as necessidades desta díade apelam a um atendimento mais individualizado e que, nesse aspecto, o programa educativo deveria ser retomado com um carácter regular.

7.1.4. Que intervenção para a Mariana e sua mãe?

De entre as várias opções com que se defrontou, a mãe da Mariana escolheu conscientemente o programa de intervenção precoce que considerou mais adequado à sua situação e que se realiza mensalmente num gabinete de apoio. Na entrevista dos três meses, pouco tempo depois deste se ter iniciado, notou-se uma grande ansiedade relativamente à estimulação do bebé, sendo a única altura em que a directividade com que conduziu a situação interactiva fez diminuir a sua sensibilidade às pistas do bebé. Também este aspecto foi elaborado pela mãe que procurou, posteriormente, inserir as actividades de estimulação na sua rotina diária e que menciona a importância de que esses momentos sejam agradáveis, quer para o bebé, quer para ela própria.

Pela evolução que a Mariana tem demonstrado e pela adequação da atitude da mãe, avaliámos a adequação desta intervenção que parece ter sabido cabalmente responder às necessidades do bebé - nos aspectos da estimulação - e também às necessidades da mãe, que nos parece ter conseguido uma total adaptação à situação da filha.

7.1.5. Que intervenção para o Rui e sua mãe?

Os benefícios do programa de intervenção precoce que foi iniciado aos 4,5 meses foram, no caso desta díade, muito evidentes, quer na evolução das competências do bebé e no aumento das qualidades de estimulação da mãe, quer na diminuição dos seus sentimentos de ansiedade e depressão.

O apoio foi dado em visitas domiciliárias semanais que se realizavam, por conveniência da mãe, em casa da avó materna, onde o Rui ficava durante o horário de trabalho da mãe, envolvendo assim toda a família, já que o pai e os avós estavam também presentes. Este envolvimento familiar e o apoio que a mãe sentiu por parte de toda a sua família e da família do marido terão também contribuído para a adaptação conseguida por esta díade [2].

---

[2] Como já referimos, o Rui morreu subitamente aos 13,5 meses. No próprio dia da sua morte, a mãe telefonou-nos e tem mantido conosco um contacto telefónico periódico. Este facto faz-nos repensar o papel que desempenhámos na vida destas famílias, que ultrapassou em muito o âmbito de um trabalho de investigação e dificilmente pode ser avaliado.

7.2. Os bebés pré-termo

Nenhum dos bebés nascidos prematuramente manifestou necessidades especiais em termos de cuidados físicos ou estimulação precoce, dado que, como já vimos, todos tiveram uma excelente evolução ao longo deste primeiro ano de vida. No entanto, em vários momentos, sentimos que duas das mães - a mãe da Marta e a da Ana - estavam numa situação difícil.

Os problemas vividos pela mãe da Marta não nos parecem estar relacionados com o facto desta ser prematura, mas sim com a forma como a mãe encarou o nascimento desta primeira filha e as dificuldades que teve em aceitar que esta viria alterar significativamente as rotinas familiares e mesmo as relações no âmbito da família alargada. A prolongar-se, esta situação poderia vir a necessitar de intervenção, não junto do bebé ou mesmo da díade, mas sim junto da mãe.

Pelo contrário, no caso da mãe da Ana, a maior fragilidade física da filha que impediu o retomar da actividade profissional da mãe e alterou muitas rotinas familiares provocou, em diversos momentos, sentimentos de exaustão e sobrecarga e influenciou todo o processo interactivo que se estabeleceu entre a mãe e o bebé. Esta mãe teria certamente beneficiado com um suporte familiar mais efectivo - quer do marido, quer de algum elemento da sua família alargada - que lhe tivesse permitido viver a relação com este bebé com maior prazer e disponibilidade.

7.3. Os bebés normais

De todos os bebés normais, apenas a mãe da Maria manifestou algumas dificuldades, quer pelo temperamento difícil da filha, quer pela ambivalência com que a mãe viveu uma relação muito especial que a Maria estabeleceu com a irmã. No entanto, em nenhum momento nos pareceu que houvesse qualquer necessidade de intervenção e, no final do primeiro ano, parecia-nos garantida a harmonia interactiva desta díade.

Capítulo 3

Conclusões Gerais

Como referimos na introdução deste trabalho e na definição dos seus objectivos, pretendíamos fazer um estudo integrado do comportamento interactivo da díade e dos factores emocionais das mães. Pensávamos que a situação de cada bebé - com síndrome de Down, pré-termo e sem qualquer problema - teria certamente alguma influência nos sentimentos, atitudes e expectativas da mãe face ao seu filho e pretendíamos estudar a forma como estes factores se reflectiam na dinâmica interactiva mãe-bebé.

Nos dois capítulos precedentes, ao apresentar a análise aprofundada de cada situação estudada longitudinalmente e a análise comparativa das várias dimensões que foram objecto do nosso estudo - sentimentos e expectativas das mães, dinâmica interactiva da díade, desenvolvimento do bebé e necessidades específicas de intervenção face ao processo de adaptação global mãe-bebé - fomos já referindo algumas conclusões que não retomaremos neste momento. Assim, nesta última parte do trabalho, salientamos apenas alguns aspectos que nos pareceram fundamentais e fazemos uma análise crítica do trabalho realizado, perspectivando linhas de investigação futura.

Ao longo do estudo longitudinal relativo a cada caso analisado, salientámos as características da dinâmica interactiva e do processo global de adaptação mãe- -bebé. Como pudemos verificar, apesar de algumas semelhanças no ritmo de desenvolvimento dos bebés e nos sentimentos dominantes das mães, na altura do nascimento dos seus filhos - alegria nas mães dos bebés normais, grande ansiedade nas mães dos bebés nascidos prematuramente, depressão e ansiedade nas mães dos bebés com síndrome de Down - ao longo deste primeiro ano, cada díade encontrou uma forma específica de se relacionar. De facto, encontramos, para a mesma díade, o que poderíamos chamar uma "continuidade temática" sendo possível verificar que o tipo de problemática surgida na primeira entrevista, continuava bem patente na última.

No caso dos bebés com síndrome de Down, a forma como, na primeira entrevista, as várias mães encararam a situação dos seus filhos, os mecanismos de defesa que mobilizaram para fazer face à angústia que a situação lhes provocou, bem como o apoio familiar que referiram sentir, revelou-se um bom preditor da adequação do seu processo posterior de adaptação.

Os bebés pré-termo que analisámos, tiveram uma evolução muito rápida e favorável - que, aliás, ficou provada na avaliação de desenvolvimento realizada com a escala de Griffiths

logo ao terceiro mês - e as características interactivas foram, em tudo, semelhantes às dos bebés sem problemas.

Foram-nos, no entanto, referidas pelas mães dos bebés pré-termo, algumas dificuldades no processo inicial de estabilização dos ritmos biológicos que a literatura analisada considera como uma das suas características. A forma como as três mães destes bebés souberam adaptar-se a essa situação foi muito diferente, e está na base das diferenças que estas díades apresentaram até ao final do primeiro ano.

As díades com bebés normais foram talvez aquelas que, desde o início, mais se diferenciaram. Como referimos, procurámos que estas díades, em termos de caracterização familiar e social, não fossem muito diferentes das que tinham bebés com deficiência ou pré-termo e que, por se tratar de um estudo de caso, escolhemos de forma aleatória, sem controlo de variáveis, nomeadamente ligadas aos antecedentes da gravidez. Talvez por esse motivo, as quatro díades com bebés normais que analisámos tinham, entre si, diferenças que podem justificar a diversidade dos mecanismos de adaptação mútua que se verificaram desde o início e que só progressivamente se vieram a esbater.

Ao longo de todos os momentos de avaliação, verificámos que as actividades propostas pelas mães nos episódios interactivos foram, em todas as díades, muito semelhantes. Mesmo aos bebés que apresentavam um desenvolvimento menor, como foi o caso dos bebés com síndrome de Down, as mães solicitaram o tipo de comportamentos que se esperaria que um bebé sem dificuldades, com igual idade cronológica, fosse capaz de executar, situação já referida por alguns dos estudos que anteriormente citámos. Para além disso, a existência de uma situação de ensino, propositadamente igual para todos os bebés e que envolvia a realização, sob a orientação da mãe, de uma tarefa difícil para a idade do bebé, levou a que as mães dos bebés com síndrome de Down se confrontassem, mais do que todas as outras, com a incapacidade demonstrada pelos seus filhos em cumprir o que lhes era pedido.

A forma como as mães resolveram essa questão - que, em certa medida, envolveu a frustração das suas expectativas - foi também diferente e passou, no caso das mães dos bebés com deficiência, por justificações mais ou menos plausíveis da momentânea falta de colaboração do bebé, pelo reconhecimento do atraso manifestado ou por uma exagerada persistência, junto do bebé, para que cumprisse ordens que, manifestamente, estavam para além das suas possibilidades. Pelo contrário, as mães dos bebés pré-termo ou normais, não sentiram nunca a necessidade de justificar o insucesso dos filhos - com o qual, em alguns momentos também tiveram de se confrontar - interrompendo frequentemente a situação de ensino e comentando, aliás, com humor, que ela era inadequada à idade do seu bebé. A

atitude tomada pelas várias mães, nestas situações, foi também reveladora da sua aceitação do bebé real.

Salientamos este aspecto por nos parecer que a introdução de uma situação deste tipo, no processo de avaliação da interacção mãe-bebé, pode trazer informações muito úteis relativamente às expectativas das mães, bem como à sua capacidade de se confrontarem com as competências actuais dos seus filhos.

Ao analisarmos conjuntamente as características da interacção e os sentimentos dominantes das mães, verificámos, tal como já referimos, que apenas em quatro das doze díades analisadas, foi evidente a influência que os sentimentos maternos tiveram na dinâmica interactiva mãe-bebé. Se relacionarmos este facto com uma das ideias que presidiu ao nosso estudo - analisar a relação entre a dinâmica interactiva mãe-bebé e os sentimentos e atitudes das mães - não poderemos concluir que o tipo de interacção que presenciámos, ao longo deste primeiro ano de vida, reflicta, de forma linear e directa, os sentimentos dominantes de cada uma das mães. Poderemos, no entanto, afirmar que há uma estreita relação entre a qualidade do processo interactivo e os factores emocionais das mães.

De facto, sempre que houve dificuldades, momentâneas ou sistemáticas, no processo de adaptação mútua - e pudemos verificar que estas dificuldades aparecem não só no caso de bebés com deficiência e pré-termo, mas também nas díades com bebés normais - estas reflectem-se nos sentimentos das mães e na dinâmica interactiva da díade. Ou, analisando a situação de outra forma, que alguns sentimentos das mães, nomeadamente ansiedade, depressão, frustração ou sobrecarga, quando demasiado intensos, vão influenciar decisivamente a dinâmica interactiva mãe-bebé podendo comprometer o processo de adaptação mútua.

Esta conclusão tem implicações importantes para o trabalho, em termos de intervenção precoce. Embora, do ponto de vista teórico, ninguém ponha em causa a relação entre sentimentos maternos e comportamento interactivo, este aspecto nem sempre é tido em conta nos programas que são implementados junto das crianças com deficiência e suas famílias. É ainda frequente que estes se centrem, muitas vezes, apenas numa das dimensões acima referidas: nas competências do bebé, na interacção mãe-bebé ou nos sentimentos da mãe face ao bebé.

Em termos metodológicos, parece-nos também importante salientar algumas conclusões. O processo de recolha de dados em que utilizámos o método da entrevista semi-estruturada, complementada com escalas de Auto-Estima ou de Sentimentos e Atitudes, pareceu-nos adequado aos objectivos propostos.

Relativamente aos aspectos focados no roteiro de entrevista, tal como já referimos, pareceu-nos particularmente importante a análise das expectativas das mães face ao desenvolvimento dos seus bebés, bem como a análise da avaliação, mais ou menos realista que faziam das suas competências. A evolução dessas expectativas, o ajuste que as mães dos bebés com deficiência tiveram de fazer e as justificações que encontraram para o atraso de desenvolvimento dos seus filhos, que começou a ser evidente a partir do segundo semestre de vida, forneceram pistas muito importantes para a análise do processo de adaptação mãe-bebé, nomeadamente a capacidade de aceitação da deficiência do bebé.

As informações que obtivemos através da entrevista foram complementadas e enriquecidas através dos comentários que as mães faziam perante as questões que lhes eram colocadas nas escalas que utilizámos.

A escala de Auto-Estima materna, de Shea e Tronick (1988), tinha já sido utilizada com mães de bebés pré-termo, sendo referido pelos seus autores que estas mães tinham uma auto-estima significativamente menor do que as mães de bebés nascidos de termo. Não tínhamos conhecimento de nenhum trabalho em que uma escala semelhante tivesse sido utilizada com mães de bebés com deficiência, mas parecia-nos evidente que a sua auto-estima estaria ainda mais diminuída do que a das mães dos bebés pré-termo. As pontuações que obtivemos nesta escala, no seu conjunto, confirmam esta hipótese, muito embora, tal como já referimos, apenas a sub-escala "Aceitação do bebé" introduza diferenças importantes nas mães dos três tipos de bebés.

A escala de Sentimentos e Atitudes, referida no trabalho de Engfer e Gravanidou (1986), fora, nos trabalhos citados por estas autoras, apenas utilizada com mães de bebés sem problemas. Alonso (1992), utilizou parte desta escala num estudo com mães de bebés pré-termo, não tendo encontrado diferenças significativas relativamente ao grupo de mães de bebés sem problemas, nem no momento do nascimento, nem aos três meses. Parecia-nos, no entanto, que num estudo que avaliava os sentimentos das mães até ao final do primeiro ano de vida, poderíamos encontrar diferenças que se iriam acentuando ao longo do tempo, já que esperávamos uma evolução positiva dos sentimentos das mães dos bebés pré-termo e um aumento dos sentimentos negativos nas mães dos bebés com síndrome de Down. Os resultados que obtivemos com esta escala já foram detalhadamente avaliados. Parece-nos, no entanto, importante, voltar a referir que mais do que pequenas diferenças quantitativas encontradas, e que apenas no caso das mães dos bebés pré-termo confirmaram a hipótese inicial, esta escala foi importante pela riqueza de informação que trouxe relativamente aos sentimentos das mães e sua constância ou variabilidade ao longo do tempo.

É relativamente às escalas utilizadas que nos parece importante fazer uma primeira crítica ao trabalho que desenvolvemos já que o conteúdo de algumas questões e o seu agrupamento nas várias dimensões não nos parece o mais adequado para os objectivos que nos propúnhamos. No entanto, como a seu tempo referimos, este era um trabalho de carácter exploratório. Assim, e em termos de investigação futura, pensamos que, a nível da avaliação e da intervenção precoce, seria da maior utilidade a construção e validação de uma escala de sentimentos maternos que, abordando algumas das dimensões avaliadas, quer pela escala de Auto-Estima, quer pela escala de Sentimentos e Atitudes, pudesse ser utilizada de forma a obter informações significativas relativamente aos sentimentos das mães deste tipo de bebés e à forma como vão evoluindo no decurso da intervenção implementada.

Um outro aspecto que nos parece importante focar, neste momento, diz respeito à forma como avaliámos a interacção mãe-bebé. A opção que fizemos pela análise da dinâmica interactiva, através de uma escala de avaliação qualitativa do comportamento - cotada em função de toda a dinâmica que presenciávamos durante a visita e não só nos episódios gravados - ficou a dever-se, não só à evolução dos trabalhos nesta área, que apontam as vantagens deste tipo de avaliação, embora reconheçam a sua maior subjectividade, mas também ao facto de termos verificado que o comportamento materno se alterava de forma que nos parecia significativa quando a situação começava a ser gravada em vídeo. Não pudemos, no âmbito deste trabalho, verificar até que ponto essa alteração era real, o que seria possível se tivéssemos usado simultaneamente dois tipos de avaliação interacção: a avaliação qualitativa pela qual optámos e a cotação da situação gravada através de uma escala que avaliasse, de forma microanalítica, comportamentos operacionalmente definidos. É mais uma questão que fica em aberto e que exige investigação posterior.

Não utilizámos nenhuma das escalas a que nos referimos na revisão da literatura sobre a matéria, já que todas elas tinham sido concebidas para crianças mais velhas. Parecia-nos, assim, que alguns dos comportamentos avaliados eram pouco significativos para bebés no primeiro ano de vida e que mesmo as dimensões do comportamento materno necessitavam de ser avaliadas de uma outra forma. Assim, embora mantendo o mesmo tipo de referencial teórico, optámos por construir uma escala que englobasse apenas as dimensões que considerávamos mais significativas. As conclusões que tirámos da análise da interacção levam-nos a pensar que a grelha que utilizámos reflecte de facto as principais diferenças no estilo interactivo das várias díades. Para além disso, sendo a escala que adaptámos, em certa medida, mais simples do que as que a inspiraram, poderá tornar-se útil na prática clínica e não só em trabalhos de investigação. Para isso, terá, no entanto, que ser sujeita a uma trabalho de validação que estava fora do âmbito do estudo que realizámos.

Este trabalho permite-nos ainda algumas conclusões, de ordem mais prática, que nos parecem de salientar pela importância de que podem revestir-se no campo da intervenção precoce.

Sentimos que a nossa primeira entrevista se revestiu de enorme importância, quer para as mães dos bebés com deficiência, quer para as dos bebés pré-termo. Quase todas nos referiram posteriormente que se tinham sentido pouco apoiadas no hospital/maternidade e que a nossa presença tinha sido importante.

As mães dos bebés pré-termo referiram a sua grande ansiedade antes do nascimento do bebé que foi ainda aumentada pelo facto de só muito tardiamente terem recebido informações concretas sobre o seu estado de saúde. De facto, estes bebés ficam ao cuidado da equipa das Unidades de Cuidados do Recém-Nascido e não parece estar previsto que um elemento destas equipas venha falar com as mães, mesmo antes delas poderem ir visitar o filho, o que no caso dos partos por cesariana não ocorre nunca antes das 48h de vida do bebé. A primeira visita ao bebé é também relatada, por todas as mães, como uma situação particularmente difícil. De facto, nunca tendo visitado uma Unidade de Cuidados do Recém-Nascido - cujo ambiente é, para qualquer leigo, assustador - e estando num momento de particular fragilidade física e, sobretudo, emocional, os primeiros contactos da mãe com o seu bebé são vividos de uma forma particularmente ansiosa.

Perguntamo-nos se não seria possível preparar emocionalmente as mães que correm o risco de um parto prematuro através de uma breve visita e/ou informação mais detalhada sobre a Unidade de Cuidados onde, muito provavelmente, o bebé ficará internado, atenuando assim a inevitável ansiedade do momento em que vão visitar o seu bebé pela primeira vez. Essa primeira visita deveria ser preparada de forma a que um dos elementos da equipa estivesse disponível para dar à mãe todas as informações necessárias sobre o bebé, assegurando o suporte emocional de que ela viesse a necessitar.

Algumas das mães dos bebés com síndrome de Down referiram ter-se sentido particularmente chocadas com a forma como lhes tinha sido comunicada a deficiência do seu filho, quer por estarem sozinhas na altura - o que no final do primeiro ano ainda não tinham "perdoado" - quer no que respeita à informação que lhes foi transmitida sobre uma situação totalmente inesperada e, até aí, completamente desconhecida. Não sabemos qual a melhor forma de dar uma notícia que, inevitavelmente, será angustiante. Não haverá certamente uma única forma melhor do que as outras. Depois do que ouvimos de todas as mães, parece-nos, no entanto, que a notícia da deficiência de um filho nunca deveria ser dada estando as mães sozinhas.

Quanto ao tipo de informação sobre a deficiência, parece-nos também, que naquele primeiro momento de choque, ela não é minimamente entendida. Apesar de todas as perguntas que nos foram colocadas, por quase todas as mães, durante a primeira entrevista - sobre as causas da deficiência, possibilidades de recuperação, evolução próxima e futuro dos seus bebés - viemos a constatar que só mais tarde as mães foram capazes de equacionar, de facto, todas estas questões.

Perguntamo-nos também, relativamente às mães destes bebés, se não seria preferível que algum dos elementos da família próxima fosse contactado em primeiro lugar e estivesse depois presente, e já preparado para o momento em que pai e mãe fossem informados da deficiência do bebé.

Não temos resposta para nenhuma destas questões. Estamos, no entanto, certos que os serviços de neonatologia e outras consultas hospitalares devem estar preparados para enfrentar as necessidades de informação e apoio emocional das mães de bebés com deficiência e também das mães dos bebés pré-termo, e que, nos casos que nos foi possível analisar, este apoio não foi, em nenhum caso, sentido pelas mães.

Verificámos ainda que, quer a informação dada, quer o encaminhamento feito às mães dos bebés com deficiência, é quase sempre limitada aos recursos existentes nos serviços médicos. Sabemos, no entanto, que estas crianças, para além do diagnóstico e tratamento de alterações a nível físico, têm necessidades específicas em termos educacionais. Sabemos também que as suas mães vão enfrentar uma situação, em termos emocionais mas também em termos de exigências educativas, para a qual não estão preparadas. Não parece que os serviços médicos possam responder adequadamente, quer às necessidades educativas das crianças, quer às necessidades de orientação e apoio emocional das mães. Parece-nos, assim, que é urgente uma maior articulação entre as equipas de neonatologia e consultas de desenvolvimento com outras estruturas, não médicas, que assegurem a orientação atempada dos bebés com deficiência e suas famílias.

Temos consciência de todas as limitações de um estudo desta natureza, nomeadamente pela impossibilidade de generalização das conclusões a partir de um limitado número de casos estudados. Esperamos, apesar de tudo, ter de alguma forma contribuído para uma melhor compreensão do processo de adaptação mãe- -bebé quando estamos face a uma situação de deficiência ou de risco e salientado a necessidade de intervir, de forma individualizada, tendo em conta as competências do bebé, a dinâmica interactiva da díade e os sentimentos dominantes da mãe. Pensamos, de facto, que só uma abordagem integrada destas componentes do processo de adaptação mãe-bebé poderá garantir o sucesso de um programa de intervenção precoce e, em última análise, contribuir para uma melhor integração e bem-estar das crianças com deficiência e suas famílias.

BIBLIOGRAFIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Able-Boone, H., & Stevens, E. A. (1994). Family Dynamics and Coping After a Child's Intensive Care Nursery Experience: Implications for Early Intervention. *Infant-Toddler Intervention - The Transdisciplinary Journal, 4* (3), 161-172.

Affleck, G., Tennen, H., & Rowe, J. (1988). Adaptational Features of Mother's Risk and Preventional Appraisals after the Birth of High-Risk Infants. *American Journal on Mental Retardation, 92* (4), 360-368.

Ainsworth, M. B., & Wittig, B. A. (1969). Attachment and Exploratory Behaviour of One-year-olds in a Strange Situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of Infant Behaviour IV* (pp. 111-136). London: Methuen & Co.

Alonso, C. P. (1991). *O parto prematuro: Factores de ajustamento materno.* Monografia na área de Psicologia Clínica, não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa.

Als, H., Tronick, E., & Brazelton, T. B. (1979). Analysis of face-to-face interaction in infant-adult dyads. In M. E. Lamb, S. J. Suomi & G. R. Stephenson (Eds.), *Social Interaction Analysis Methodological Issues* (pp. 33-76). Madison: University of Wisconsin Press.

Als, H., Lester, B. M., Tronick, E., & Brazelton, T. B. (1982). Toward a Research Instrument for the Assessment of Preterm Infant's Behaviour (APIB). In H. E. Fitzgerald (Ed.), *Theory and Research in Behavioural Pediatrics: vol. 1* (pp. 35- -63). New York: Plenum Press.

Atkin, L. C., Olvera, M. C., Givaudan, M., & Landeros, G. (1991). Neonatal Behaviour and Maternal Perceptions of Urban Mexican Infants. In J. K. Nugent, B. M. Lester & T. B. Brazelton (Eds.), *The Cultural Context of Infancy: vol. 2* (pp. 201--236). New Jersey: Ablex Publishing Co.

Bailey Jr., D. B., & Simeonsson, R. J. (1988). *Family Assessment in Early Intervention.* Columbus: Merril Publishing Company.

Bailey Jr., D. B., & Wolery, M. (1992). *Teaching Infants and Preschoolers with disabilities.* New York: Macmillan Publishing Company.

Baird, S. M., Haas, L., McCormick, K., Carruth, C., & Turner, K. (1992). Approaching an Objective System for Observation and Measurement: Infant-Parent Interaction Code. *Topics in Early Childhood Special Education 12* (4), 554-571.

Baird, S. M., Haas, L., & McCormick, K. (1993). Maternal Interpretation of Infant Behaviour. *Infant-Todler Intervention - The Transdisciplinary Journal, 3* (3), 183-198.

Baird, S. M., Haas, L., & Mayfield, Ph. (1993). Factors Accounting for Variation in Maternal Interpretation of Infant Behaviour: Implications for Early Intervention. *Infant-Todler Intervention - The Transdisciplinary Journal, 3* (3), 171-182.

Bakeman, R., & Gottman, J. M. (1986). *Observing Interaction.* Cambridge: Cambridge University Press.

Barnard, K., & Kelly, J. F. (1990). Assessment of Parent-Child Interaction. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Intervention* (pp. 279-302). Cambridge: Cambridge University Press.

Beckman-Bell, P. (1981). Child-Related Stress in Families of Handicapped Children. *Topics in Early Childhood Special Education, 1* (3), 45-53.

Beckman, P. (1983). Influence of Selected Child Characteristics on Stress in Families of Handicapped Infants. *American Journal of Mental Deficiency, 88* (2), 150-156.

Beckwith, L. (1990). Adaptative and Maladaptative Parenting-Implications for intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Intervention* (pp. 53-77). Cambridge: Cambridge University Press.

Bell, R. Q. (1979). Parent, Child, and Reciprocal Influences. *American Psychologist, 34* (10), 821-826.

Belsky, J., Rovine, M., & Taylor, D. G. (1984). The Pennsylvania Infant and Family Development Project, III: The Origins of Individual Differences in Infant-Mother Attachment: Maternal and Infant Contributions. *Child Development,* 55, 718-728.

Berger, J., & Cunningham, C. C. (1983). Development of Early Vocal Behaviours and Interactions in Down's Syndrome and Nonhandicapped Infant-Mother Pairs. *Developmental Psychology, 19* (3), 322-331.

Boukydis, C. F. Z., Lester, B., & Hoffman, J. (1987). Parenting, Social Support Networks in Families of Term and Preterm Infants. In C. F. Z. Boukydis (Ed.) *Research and Support for Parents and Infants in the Postnatal Period* (pp. 61- -83). New York: Ablex Publishing Co.

Bower, T. (1977/1983). *Introdução ao Desenvolvimento da Primeira Infância.* Lisboa: Morais Editores.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2, Separation.* New York: Basic Books.

Brazelton, T. B., Koslowski, B., & Main, M. (1974). The Origins of Reciprocity: The Early Mother-Infant Interaction. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The Effect of the Infant on its Caregiver* (pp. 49-76). New York: Wiley.

Brazelton, T. B., Tronick, E., Adamson, L., Als, H., & Wise, S. (1975). Early Mother- -Infant Reciprocity. In M. A. Hoffer (Ed.), *Parent-Infant Relationship* (pp. 137-154), Amsterdam: CIBA Foudation Symposium 33 Associated Scientific Publishers.

Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1989/1993). *A relação mais precoce.* Lisboa: Terramar.

Bremner, J. G. (1988). *Infancy.* Oxford: Basil Blackwell.

Bretherton, I. (1990). Communication Patterns, Internal Working Models, and the Intergenerational Transmission of Attachment Relationships. *Infant Mental Health Journal, 11* (3), 237-252.

Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bolby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28* (5), 759-775.

Bromwich, R. (1990). The Interaction Approach to Early Intervention. *Infant Mental Health Journal, II* (1), 66-79.

Bronfenbrenner, Y. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design.* Cambridge: Cambridge University Press.

Brown, W., Thurman, S. K., & Pearl, L. (Eds.) (1993). *Family-Centered Early Intervention with Infants and Toddlers.* Baltimore: P. H. Brooks.

Broussard, E. R., & Hartner, M. S. S. (1971). Further Considerations Regarding Maternal Perceptions Of The First Born. In J. Helmut (Ed.), *Exceptional Infants: Studies in Abnormalities: vol. 2* (pp. 432-449). New York: Brunner Mazel.

Buckhalt, J. A., Rutherford, R. B., & Goldberg, K. E. (1978). Verbal and Nonverbal Interaction of Mothers with their Down's Syndrome and Nonretarded Infants. *American Journal of Mental Deficiency, 82* (4), 337-343.

Buium, N., Rynders, J., & Turnure, J. (1974). Early Maternal Linguistic Environment of Normal and Down's Syndrome Language-Learning Children. *American Journal of Mental Deficiency, 79* (1), 52-58.

Cohn, J., & Tronick, E. (1987). Mother-Infant Face-to-Face Interaction: The Sequence of Diadic States at 3, 6, and 9 Months. *Developmental Psychology, 23* (1), 68-77.

Conger, R. D., McCarty, J. A., Yang, R., Lahey, B. B., & Kropp, J. P. (1984). Perception of Child, Child-rearing Values, and Emotional Distress as Mediating Links between Environmental Stressors and Observed Maternal Behaviour. *Child Development*, 55, 2234-2247.

Connolly, J. A. (1978). Intelligence Levels of Down's Syndrome Children. *American Journal of Mental Deficiency, 83* (2), 193-196.

Crawford, J. W. (1982). Mother-Infant Interaction in Premature and Full-term Infants. *Child Development*, 53, 957-962.

Crawley, S. B., & Spiker, D. (1983). Mother-Child Interactions Involving Two-Year-Olds with Down Syndrome: A Look at Individual Differences. *Child Development*, 54, 1312-1323.

Crnic, K. A., Friedrich, W. N., & Greenberg, M. T. (1983). Adaptation of Families with Mentally Retarded Children: A Model of Stress, Coping, and Family Ecology. *American Journal of Mental Deficiency, 88* (2), 125-138.

Crnic, K. A., Ragozin, A. S., Greenberg, M. T., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Social Interaction and Developmental Competence of Preterm and Full-Term Infants during the First Year of Life. *Child Development*, 54, 1199-1210.

Crockenberg, S. B. (1981). Infant Irritability, Mother Responsiveness, and Social Support Influences on the Security of Infant-Mother Attachment. *Child Development*, 52, 857-865.

Crowell, J. A., & Feldman, S. (1988). Mothers' Internal Models of Relationships and Children's Behavioral and Developmental Status: A Study of Mother-Child Interaction. *Child Development*, 59, 1273 -1285.

Dunst, C. J., & Trievette, C. M. (1988a). Determinants of Parent and Child Interactive Behaviour. In K. Morfo (Ed.), *Parent-Child Interaction and Developmental Disabilities-Theory, Research and Intervention* (pp. 3-31). New York: Preager.

Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1988b). A Family Systems Model of Early Intervention With Handicapped and Developmentally At-Risk Children. In D. R. Powell (Ed.), *Annual Advances in Applied Developmental Psychology: Vol. 3. Parent Education as Early Childhood Intervention* (pp. 131-179). New Jersey: Ablex Publishing Co.

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and Empowering Families - Principles and Guidelines for Practice*. Cambridge: Brookline Books.

Emde, R. (1989). The Infant's Relationship Experience: Developmental and Affective Aspects. In A. Sameroff & R. Emde (Eds.), *Relationship and Disturbances in Early Childhood - A Developmental Approach* (pp. 33-51). New York: Basic Books.

Emde, R. (1990). Presidential Address: Lessons from Infancy: New Beginnings in a Changing World and a Morality for Health. *Infant Mental Health Journal, 11* (3), 196-212.

Emiliani, F., & Molinari, L. (1988). What Everybody Knows About Children: Mothers' Ideas on Early Childhood. *European Journal of Psychology of Education, 3* (1), 19-31.

Engfer, A., & Gavranidou, M. (1986). Antecedents and Consequences of Maternal Sensitivity. A Longitudinal Study. In H. Rauh & H. C. Steinhausen (Eds.), *Psychobiology and Early Development*. Amsterdam: North Holland.

Farran, D. C., Kasari, C. Comfort, M., & Jay, S. (1986). *Parent/Caregiver Involvement Scale*. Greensboro: University of North Carolina.

Field, T. M. (1980). Interactions of Preterm and Term Infants with Their Lower-and Middle-Class Teenage and Adult Mothers. In T. M. Field (Ed.), *High-Risk Infants and Children* (pp. 113-131). New York: Academic Press.

Field, T. (1983). Social Interactions between High-Risk Infants and their Mothers, Fathers, and Grandmothers. In B. B. Lahey & A. E. Kasdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology: vol. 6* (pp. 251-283). London: Plenum Press.

Field, T. (1989). Infancy Risk Factors and Risk-taking. *European Journal of Psychology of Education ,4* (2), 175-176.

Figueiredo, B. (1992). *Contextos de Educação e Desenvolvimento: A Interacção Mãe-Bebé*. Provas de aptidão científica e capacidade pedagógica apresentadas à Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto.

Fisher, M. A. (1988). The Relationship between Child Initiations and Maternal Responses in Preschool-age Children with Down Syndrome. In K. Morfo (Ed.), *Parent-Child Interaction and Developmental Disabilities-Theory, Research and Intervention* (pp. 126-144). New York: Preager.

Fleming, A. S., Flett, G. L., Ruble, D. N., & Shaul, D. L. (1988). Postpartum Adjustment in First-Time Mothers: Relations between Mood, Maternal Attitudes and Mother-Infant Interactions. *Developmental Psychology, 24* (1), 71-81.

Frye, D. (1989). Social and Cognitive Development in Infancy. *European Journal of Psychology of Education, 4* (2), 129-139.

Garner, P. W., & Landry, S. H. (1992). Preterm Infant's Affective Responses in Independent Versus Toy-Centered Play with Their Mothers. *Infant Mental Health Journal, 13* (3), 219-229.

Gath, A. (1979). Parents Reaction to Down's Syndrome. *Journal of the Division for Early Chilhood, 1* (1), 11-17.

Goldberg, S., Brachfeld, S., & Divitto, B. (1980). Feeding, Fussing, and Play: Parent--Infant Interaction in the First Year as a Function of Prematurity and Perinatal Medical Problems. In T. M. Field (Ed.), *High-Risk Infants and Children* (pp. 133--153). New York: Academic Press.

Goldberg, S., Perrotta, M., Minde, K., & Corter, C. (1986). Maternal Behaviour and Attachement in Low-Birth-Weight Twins and Singletons. *Child Development*, 57, 34-46.

Goldman, B. D., & Johnson-Martin, N. (1986). *S. B. Crawley, & D. Spiker Mother- -Child Rating Scales-Modified Version.* Manuscript from Child Development Center, Chapel Hill, University of North Carolina.

Gomes-Pedro, J. C. (1985). *A Relação Mãe-Filho: Influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional - Estudos Gerais - Série Universitária.

Gomes-Pedro, J. C. (Coord.) (1995). *Bebé XXI - Criança e Família na Viragem do Século.* Lisboa: Fundação Gulbenkian.

Gomes-Pedro, J. C., Patrício, M., Carvalho, A., Goldschmidt, T., Torgal-Garcia, F., & Monteiro, M. A. (1995). *Early Intervention on Portuguese Mothers: A Two Year Follow-Up.* Manuscript submitted for publication.

Goodnow, J. J., & Collins, W. A. (1990). *Development According to Parents: the nature, sources and consequences of parents' ideas.* London: Lawrence Erlbaum Associates.

Greene, J. G., Fox, N. A., & Lewis, M. (1983). The Relationship between Neonatal Characteristics and Three-Month Mother-Infant Interaction in High-Risk Infants. *Child Development*, 54, 1286-1296.

Greenspan, S. D. (1981). *Psychopathology and Adaptation in Infancy and Early Childhood*. New York: International Universities Press.

Greenspan, S. I., & Lieberman, A. F. (1989). Infants, Mothers, and their Interaction: A Quantitative Clinical Approach to Developmental Assessment. In S. I. Greenspan & G. H. Pollock (Eds.), *The Course of Life: vol. 1, Infancy* (pp. 503- -560). Madison: International University Press.

Greenspan, S. I. (1990). Comprehensive Clinical Approaches to Infants and their Families: Psychodinamic and Developmental Perspectives. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Intervention* (pp. 150-172). Cambridge: Cambridge University Press.

Gunn, P., & Berry, P. (1989). Education of Infants with Down Sindrome. *European Journal of Psychology of Education, IV* (2), 235-246.

Hodapp, R. M., Goldfield, E. C., & Boyatzis, C. J. (1984). The use and Effectiveness of Maternal Scaffolding in Mother-Infant Games. *Child Development*, 55, 772-781.

Hodapp, R. M. (1988). The Role of Maternal Emotions and Perceptions in Interactions with Young Handicapped Children. In K. Morfo (Ed.), *Parent-Child Interaction and Developmental Disabilities-Theory, Research and Intervention,* Preager (pp. 32-46). New York: Preager.

Isabella, R. A., Belsky, J., & Von-Eye, A. (1989). Origins of Infant-Mother Attachement: An Examination of Interactional Synchrony During the Infant's First Year. *Developmental Psychology, 25* (1),12-21.

Isabella, R. A., & Belsky, J. (1991). Interactional Synchrony and the Origins of Infant--Mother Attachement: A Replication Study. *Child Development*, 62, 373-384.

Jones, O. H. M. (1980). Prelinguistic Communication Skills in Down's Syndrome and Normal Infants. In T. M. Field (Ed.), *High-Risk Infants and Children* (pp. 205- -225). New York: Academic Press.

Kaplan, M. (1992). *Mother's Images of Motherhood.* London: Routledge.

Kaye, (1977). Toward the Origin of Dialog. In R. Schaffer (Ed.) *Studies in Mother- -Infant Interaction* (pp. 89-117), London: Academic Press.

Kochanska, G. (1990). Maternal Beliefs as Long-Term Predictors of Mother-Child Interaction and Report. *Child Development*, 61, 1934-1943.

Krakow, J. B., & Kopp, C. B. (1983). The Effects of Developmental Delay on Sustained Attention in Young Children. *Child Development*, 54, 1143-1155.

Kummar, R., Robson, K. M., & Smith, A. M. R. (1984). Development of a self- -administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research, 28* (1), 43-51.

Landry, S. H., & Chapieski, M. L. (1990). Joint Attention of Six-Months-Old Down Syndrome and Preterm Infants: I. Attention to Toys and Mother. *American Journal of Mental Retardation, 94* (5), 488-498.

Leitão, F. R. (1989). A avaliação de Programas de Intervenção Educativa Precoce. *Educação Especial e Reabilitação, 1* (1) 43-49.

Leitão, F. R. (1992). *Interacção Mãe-Criança e Actividade Simbólica*. Tese de Doutoramento apresentada na Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

Lester, B. M. (1992). Infants and Their Families at Risk: Assessment and Intervention. *Infant Mental Health Journal, 13* (1), 54-66.

Lester, B. M., Hoffman, J., & Brazelton, T. B. (1985). The Rhythmic Structure of Mother-Infant Interaction in Term and Preterm Infants. *Child Development*, 56, 15-27.

Levy-Shiff, R., Sharir, H., & Mogilner, M. B. (1989). Mother-and Father-Preterm Infant Relationship in the Hospital Preterm Nursery. *Child Development*, 60, 93-102.

Lewis, M., & Rosenblum, L. A. (Eds.) (1974). *The Effect Of The Infant On Its Caregiver.* New York: Wiley.

Lewis, M., & Brooks-Gunn, J. (1984). Age and Handicapped Group Differences in Infant's Visual Attention. *Child Development*, 55, 858-868.

Lewis, M., & Feiring, C. (1989). Infant, Mother, and Mother-Infant Interaction Behaviour and Subsequent Attachment. *Child Development*, 60, 831-837.

Mahoney, G., Finger, I., & Powell, A. (1985). Relationship of Maternal Behavioral Style to the Development of Organically Impaired Mentally Retarded Infants. *American Journal of Mental Deficiency, 90* (3), 296-302.

Mahoney, G., Powell, A., & Finger, I. (1986). The Maternal Behaviour Rating Scale. *Topics in Early Childhood Special Education, 6* (7), 44-56.

Mahoney, G. (1988a). Maternal Comunication Style with Mentally Retarded Children. *American Journal of Mental Retardation, 92* (4), 352-359.

Mahoney, G. (1988b). Enhancing the Developmental Competence of Handicapped Infants. In K. Morfo (Ed.), *Parent-Child Interaction and Developmental Disabilities-Theory, Research and Intervention* (pp. 203-219). New York: Preager.

Mahoney, G., Fors, S., & Wood, S. (1990). Maternal Directive Behaviour Revisited. *American Journal on Mental Retardation, 94* (4), 398-406.

Mahoney, G., Robinson, C., & Powell, A. (1992). Focusing on Parent-Child Interaction: The Bridge to Developmentally Appropriate Practices. *Topics in Early Childhood Special Education, 12* (1), 105-120.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood and Adulthood: a moove to the level of representation. In I. Bretherthon & C. Waters (Eds.), Growing Points of Attachment Theory and Research. *Monographs of the Society for Research in Child Development,* 50, (1-2, Serial Nº 209).

Malatesta, C. Z., Grigoryev, P., Lamb, C., Aslbin, M., & Clayton, C. (1986). Emotion Socialization and Expressive Development in Preterm and Full-Term Infants. *Child Development*, 57, 316-330.

Marfo, K., & Kysella, G. M. (1988). Frequency and Sequential Patterns in Mothers' Interactions with Mentally Handicapped and Nonhandicapped Children. In K. Morfo (Ed.), *Parent-Child Interaction and Developmental Disabilities-Theory, Research and Intervention* (pp. 64-89). New York: Preager.

Marfo, K. (1992). *Parent-Child Interaction Project*. Department of Educational Psychology. Kent: Kent State University.

Mazet, Ph., Cukier-Hemery, F., Latoch, J., Rosenblum, O., & Sitbon, H. (1989). Étude Historique et Critique. In S. Lebovici, Ph. Mazet & J-P. Visier (Eds.), *L'évaluation des Interactions Precoces entre le Bébé et ses Partenaires* (pp. 15-33). Genève: Eshel - Medecine et Hygiene.

Mazet, Ph. (1993). Les Interactions Entre Le Bébé et Ses Partenaires - Quelques réflexions sur leur évaluation. *Neuropsychiatrie de l'Enfance, 41* (3-4), 126-133.

McCollum, J. A. (1987). Looking Patterns of Mentally Retarded and Nonretarded Infants in Play and Instructional Interactions. *American Journal of Mental Deficiency, 91* (5), 516-523.

McCollum, J. A., & Stayton, V. (1988). Gaze Patterns of Mothers and Infants as Indicators of Role Integration during Play and Teaching with Toys. In K. Morfo (Ed.), *Parent-Child Interaction and Developmental Disabilities-Theory, Research and Intervention* (pp. 47-63).New York: Preager.

McConachie, H. (1989). Mother's and Father's Interaction with their Young Mentally Handicapped Children. *International Journal of Behavioural Development, 12* (2) 239-255.

Miller, S. A. (1988). Parents' Beliefs about Children's Cognitive Development. *Child Development*, 59, 259-285.

Mosier, C. E., & Rogoff, B. (1994). Infants' Instrumental Use of Their Mothers to Achieve Their Goals. *Child Development*, 65, 70-79.

Motti, F., Cicchetti, D., & Sroufe, L. A. (1983). From Infant Affect Expression to Symbolic Play: The Coherence of Development in Down Syndrome Children. *Child Development*, 54, 1168-1175.

Murray, L. (1988). Effects of Postnatal Depression on Infant Development: direct studies of early mother-infant interactions. In R. Kumar & I. F. Brockington (Eds.), *Motherhood and Mental Illness 2* (pp. 159-190). London: Wright.

Murray, L. (1991). Intersubjectivity, Object Relations Theory, and Empirical Evidence from Mother-Infant Interactions. *Infant Mental Health Journal, 12* (3), 219-232.

Newson, J. (1977). An Intersubjective Approach to the Systematic Description of Mother-Infant Interaction. In R. Schaffer (Ed.) *Studies in Mother-Infant Interaction* (pp. 47-61). London: Academic Press.

Parke, R. D. (1989). Social Development in Infancy: a 25-year perspective. In H. W. Reese (Ed.), *Advances in Child Development and Behaviour* (pp. 1-48). London: Academic Press.

Peterson, N. L. (1988). *Early Intervention for Handicapped and At-Risk Children.* Denver: Love Publishing Company.

Powell, D. R. (1988). Emerging Directions in Parent-Child Early Intervention. In D. R. Powell (Ed.), *Anual Advances in Applied Developmental Psychology: Vol. 3. Parent Education as Early Childhood Intervention* (pp. 1-22). New Jersey: Ablex Publishing Co.

Proctor, A. (1988). Noncry Vocal Development in Normal and At-Risk Infants: A Review of the First 12 Months. In K. Morfo (Ed.), *Parent-Child Interaction and Developmental Disabilities-Theory, Research and Intervention* (pp. 95-113). New York: Preager.

Rauh, H. (1989). The Meaning of Risk and Proctetive Factors in Infancy. *European Journal of Psychology of Education, IV* (2), 161-173.

Raack, C. B. (1989). *Mother-Infant Communication Screening.* Schaumburg, Illinois: Community Therapy Services.

Richard, N. B. (1986). Interaction Between Mothers and Infants with Down Syndrome: Infant Characteristics. *Topics in Early Childhood Special Education, 6* (3), 54-71.

Rothbart, M. K., & Hanson, M. J. (1983). A Caregiver Report Comparison of Temperamental Characteristics of Down Syndrome and Normal Infants. *Developmental Psychology, 19* (5), 766-769.

Sameroff, A. J., & Feil, L. A. (1985). Parental Concepts of Development. In I. E. Sigel (Ed.), *Parental Belief Systems* (pp. 83-105). New York: Erlbaum.

Sameroff, A. J., & Emde, R. (Eds.) (1989). *Relationship Disturbances in Early Childhood - A Developmental Approach*. New York: Basic Books.

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

Sander, L. W. (1969). The Longitudinal Course of Early Mother-Child Interaction- -Cross-case comparison in a sample of Mother-Infant pairs. In B. M. Foss (Ed.) *Determinants of Infant Behaviour, IV* (pp. 189-227). London: Metthuen.

Sander, L. W. (1989). Investigation of the Infant and its Caregiving Environment as a Biological System. In S. I. Greenspan & G. H. Pollock (Eds.), *The Course of Life: vol. 1., Infancy* (pp. 359-391). Madison: International University Press.

Schaffer, H. R. (1971). *The Growth of Sociability.* London: Penguin Books.

Schaffer, H. R. (1977a). *Studies in Mother-Infant Interaction.* London: Academic Press.

Schaffer, H. R. (1977b). Early Interactive Development. In H. R. Schaffer (Ed.), *Studies in Mother-Infant Interaction* (pp. 3-16). London: Academic Press.

Schaffer, H. R., & Crook, C. K. (1978). The role of the Mother in Early Social Development. In H. McGurk (Ed.), *Issues in Childhood Social Development* (pp. 54-79). London: Methuen.

Schaffer, H. R. (1977/1979). *Saber ser mãe*. Lisboa: Morais Editores

Shea, E., Tronick, E., & Edward, Z. (1988). The Maternal Self Report Inventory in H. B. Fitzgerald, B. M. Lester & M. W. Yogman (Eds.), *Theory and Research in Behavioural Pediatrics: Vol. 4* (pp. 101-139). New York: Plenum Press.

Shonkoff, J. P., Hause-Gram, P., Krauss, M. W., & Upshur, C. C. (1992). Development of Infants with Disabilities and their Families. *Monographs of the Society Research in Child Development*, 57, (6, Serial Nº 230).

Sigel, I. E. (Ed.) (1985). *Parental Belief Systems*. New York: Erlbaum.

Skinner, E. (1985). Determinants of Mother Sensitive and Contingen Responsive Behavior: The Role of Childrearing Beliefs and Socioeconomic Status. In I. E. Sigel, (Ed.), *Parental Belief Systems* (pp. 51-82). *New York:* Erlbaum.

Smith, C. R., Selz, L. J., Bingham, E., Aschenbrenner, B., Standbury, K., & Leiderman, P. (1985). Mothers' Perceptions of Handicapped and Normal Children. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent Research in Developmental Psychopathology* (pp. 111-124). Oxford: Pergamon Press.

Solnit, A. J., & Stark, M. H. (1961). Mourning at the Birth of a Defective Child. *Psychoanalitic Study of the Child*, 16, 523-537.

Sroufe, L. A. (1985). Attachment Classification from the Perspective of Infant-Caregiver Relationships and Infant Temperament. *Child Development*, 56, 1-14.

Sroufe, L. A. (1989). Relationships, Self and Individual Adaptation. In A. Sameroff & R. Emde (Eds.), *Relationship and Disturbances in Early Childhood - A Developmental Approach* (pp. 70-94). New York: Basic Books.

Stern, D. (1974). Mother and Infant at Play: The Diadic Interaction Involving Facial, Vocal, and Gaze Behaviours. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The Effect of the Infant on its Caregiver* (pp. 187-213). New York: Wiley.

Stern, D., Beebe, B., Jaffe, J., & Bennett, S. L. (1977). The Infant's Stimulus World During Social Interaction. In R. Schaffer (Ed.), *Studies in Mother-Infant Interaction* (pp. 177-202). London: Academic Press.

Stern, D. (1977/1980). *Bébé-Mãe: Primeira Relação Humana.* Lisboa: Morais Editores.

Stern, D. (1989/1992). *O Mundo Interpessoal do Bébé.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Stern, D., Robert-Tissot, Besson, G., Rusconi-Serpa, S., Muralt, M., Cramer, B., & Palacio, F. (1989). L'Entretien "R"-une méthode d'évaluation des représentations maternelles. In S. Lebovici, Ph. Mazet & J-P. Visier (Eds.), *L'évaluation des Interactions Precoces entre le Bébé et ses Partenaires* (pp. 151-177). Genève: Eshel - Medecine et Hygiene.

Stern, D., Cramer, B., Robert-Tissot, & Muralt, M. (1989). Le Kia-Profil - Un instrument de recherche clinique pour l'évaluation des états affectifs du jeune enfant. In S. Lebovici, Ph. Mazet, J-P. Visier (Eds.), *L'évaluation des Interactions Precoces entre le Bébé et ses Partenaires* (pp. 131-149). Genève: Eshel - Medecine et Hygiene.

Stern, D. (1991). Maternal Representations: A Clinical and Subjective Phenomenological View. *Infant Mental Health Journal, 12* (3), 174-186.

Stone, N. W. (1979). Attachment in Handicapped Infant-Family Systems. *Journal of the Division for Early Chilhood, 1* (1), 1-10.

Tanaka, C., & Niwa, Y. (1991). The Adaptation Process of Mothers to the Birth of Children with Down Syndrome and its Psychotherapeutic Assistance: A Retrospective Approach. *Infant Mental Health Journal, 12* (1), 41-54.

Tannock, R. (1988a). Control and Reciprocity in Mother's Interactions with Down Syndrome and Normal Children. In K. Morfo (Ed.), *Parent-Child Interaction and Developmental Disabilities-Theory, Research and Intervention* (pp. 163-180). New York: Preager.

Tannock, R. (1988b). Mother's Directiveness in their Interactions with their Children with or without Down Syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 93* (2), 154-165.

Towle, P. O., Farran, D. C., & Comfort, M. (1988). Parent-Handicapped Child Interaction Observational Coding Systems: A Review. In K. Morfo (Ed.), *Parent--Child Interaction and Developmental Disabilities-Theory, Research and Intervention* (pp. 293-330). New York: Preager.

Trevarthen, C. (1979). Communication and Cooperation in Early Infancy: a Description of Primary Intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before Speech* (pp. 321-347). Cambridge: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (1990). Early Parent-Child Interaction. In Th. A. Sebeok & J. Umiker- - Sebeok, (Eds.), *The Semiotic Web* (pp. 41-51). New York: Mouton de Gruyter.

Vandenplas-Holper, C. (1987). Les Theories Implicites du développement et de l'Éducation. *European Journal of Psychology of Education, II* (1), 17-39.

Vohr, B. R., & Garcia-Coll, C. T. (1988). Follow-up Studies of High-Risk Low-Birth- -Weight Infants-changing trends. In H. E. Fitzgerald, B. M. Lester & M. W. Yogman (Eds.), *Theory and Research in Behaviour Pediatrics: vol. 4* (pp. 1-65). New York: Plenum Press.

Widerstrom, A., Mowder, B., & Sandall, S. (1991). *At-Risk and Handicapped Newborns and Infants*. New Jersey: Prentice Hall.

Wilcox, M. J., Koury, T. A., & Caswell, S. (1990). Partner Sensitivity to Comunication Behaviour of Young Children with Developmental Disabilities. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 679-693.

Winnicot, D. (1956/1969). La Preoccupation Maternelle Primaire. In D. Winnicot (Ed.), *De la Pediatrie à la Psychanalyse (pp. 168-174).* Paris: Petite Bibliothèque Payot.

Winnicot, D. (1958/1969). La Première Année de la Vie. In D. Winnicot (Ed.), *De la Pediatrie à la Psychanalyse* (pp. 191-204). Paris: Petite Bibliothèque Payot.

Yoder, P. J. (1987). Relationship Between Degree of Infant Handicap and Clarity of Infant Cues. *American Journal of Mental Deficiency, 91* (6), 639-641.

Yoder, P. J., & Feagans, L. (1988). Mother's attributions of Comunication to Prelinguistic Behaviour of Developmentally Delayed and mentally Retarded Infants. *American Journal on Mental Retardation, 93* (1), 36-43.

Zeanah, C. H., Benoit, D. Hirshberg, L., Barton, M., & Regan, C. (1994). *Mother's Representations of Their Infants are Concordant with Infant Attachment Classifications.* Unpublised manuscript.

Anexo 1

Roteiro da 1ª entrevista
e
Ficha de informação sobre o estado da mãe e do bébé

FICHA DE INFORMAÇÃO SOBRE A SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DA FAMÍLIA

Nome do Bébé **D. N.**

	Mãe	**Pai**
Nome		
D. N.		
Est. Civil		
Habil. Liter.		
Profissão		
Morada		
Telefone		
Tipo de Residência		
Saneamento		
Nº de assoalhadas		
Nº de pessoas em casa		
Parentesco		
Outras informações significativas		

NOME DA MÃE **DATA** **MATERNIDADE**

ROTEIRO DA PRIMEIRA ENTREVISTA [3]

1. BEBÉ (*)

Nome
Data de Nascimento
Tempo de Gestação
Peso à Nascença
APGAR 1º min. 5ºmin.
Situação às 48h de Vida (Rooming-in, Incubadora, Cuidados Intensivos, Tipo de cuidados, etc.)

2. GRAVIDEZ (*)

Tempo de casamento antes desta gravidez
Nº de gravidezes anteriores:
Problemas dessas gravidezes:
Gravidez planeada?
Gravidez desejada?
Fez tratamentos para ficar grávida? Durante quanto tempo?
Que tipo de tratamentos?
Quanto tempo tinha quando teve a confirmação da gravidez?

2.1. História médica

Gravidez seguida? Onde?
Com que regularidade?
Ameaça de aborto?
Repouso?
Complicações durante a gravidez :

2.2. História emocional

Qual a sua 1ª reacção? (alegria, tristeza, depressão, pôs a hipótese de aborto, etc.)
E a do seu marido?
E a do resto da sua família (mãe, pai, outros filhos, outros parentes próximos, etc.)
Como se sentia emocionalmente?
Durante a gravidez como se sentiu

	sempre	**quase sempre**	**às vezes**	**quase nunca**	**nunca**
muito bem					
Normal					
Triste					
Deprimida					
fisicamente cansada					
Preocupada					
com "maus pressentimentos"					
outros sentimentos					

Que tipo de apoio teve? De quem?

(*) Recolher o maior nº possivel de elementos objectivos a partir da informação já existente na Maternidade

Alguma vez pensou que o seu bébé poderia vir a ter problemas? (se sim, muitas vezes, só esporadicamente, só uma ou duas vezes)

Que tipo de problemas pensou que poderia haver?

De que tipo de problemas tinha mais receio?

Porquê? (conhece crianças com esse problema, tem alguém de família assim, outras razões)

Falou disso a alguém? A quem?

Que reacção obteve? (empatia, irritação, indiferença, outra)

Pediu para fazer alguns exames especiais? Quais ?
Quais foram os resultados?

Antes do bébé nascer soube que alguma coisa não estava a correr bem?

Que informação teve?

Quem lha deu?

O que sentiu? (inquietação, desânimo, raiva, depressão, outra)

Se tivesse sabido antes teria feito alguma coisa diferente do que fez?

3. PARTO (*)

Local

Assistido por:

Tipo de parto (eutócico, forceps, cesariana combinada, cesariana de urgência, etc.)

Se não foi parto eutócico, qual a razão?

Como se sentiu, fisicamente, durante o parto? (muito bem, normal, muito mal) Porquê?

Como se sentiu, emocionalmente, durante o parto? (muito feliz, normal, muito desanimada) Porquê?

4. CONHECIMENTO DO BÉBÉ

O que aconteceu imediatamente a seguir ao parto?

deram-lhe o bébé só para ver

puseram o bébé junto de si

levaram imediatamente o bébé para outro sítio, sem lhe dizerem nada

disseram-lhe que alguma coisa estava mal, sem grande pormenor

ninguém lhe disse nada, mas viu logo que alguma coisa estava mal

Como se sentiu nessa altura? (inquieta, muito preocupada, muito triste, enraivecida, outra)

Quem lhe falou com pormenor do estado do seu bébé?

Já tinha visto o bébé?

O que lhe disseram?

Qual foi a sua reacção? (sentiu desejo de ver imediatamente o bébé, quis saber exaustivamente o que se passava com ele, procurou esquecer o que lhe disseram, não acreditou no que lhe disseram, pensou que mais valia que ele não tivesse nascido, outra)

E agora o que pensa do que lhe disseram? (Sente que lhe disseram a verdade toda, acha que estão a aligeirar as coisas para não a preocupar muito, acha que a situação não é tão grave como lhe disseram)

Sem ser logo a seguir ao parto, quando esteve com o seu bébé pela 1ª vez?

Com quem estava?

O que fez?

O que teve vontade de fazer?

O que sentiu? (inquietação, desânimo, raiva, depressão, outra)

Como passou o 1º dia depois de ver/saber o que se passava com o seu bébé? (a chorar, a dormir o mais tempo possivel, a pensar no que havia de fazer, a pensar porque é que isto tinha acontecido, outras coisas)

Com quem esteve durante esse dia?

Qual foi a reacção das pessoas? (apoio, pena, aflição, outra)

Quando é que o seu marido soube o que se passava com o bébé ?

Qual foi a reacção dele?

Já falaram sobre isso?

Como acha que o seu marido se sente?

Comparando-o consigo, acha que ele está:

	mais	**igual**	**menos**
desanimado			
angustiado			
iludido			
triste			
enraivecido			
despreocupado			

5. PLANOS PARA O FUTURO IMEDIATO

Quando acha que vai sair da maternidade?

E o seu bébé?

Se puder vai amamentá-lo?

Para onde vai?

Quem acha que mais a irá apoiar?

6. PREOCUPAÇÕES, EXPECTATIVAS, SENTIDO DA REALIDADE

O que a preocupa neste momento? Porquê?

	muito	**alguma coisa**	**quase nada**	**porquê**
o seu estado				
o estado de saúde do seu bébé				
o seu desenvolvimento futuro				
a reacção do seu marido				

a reacção de outros familiares significativos				
o trabalho que vai ter com o seu bébé				
as despesas que vai ter				
outras coisas (especifique)				

Em que idade imagina que o seu bébé vai:

Olhar para si
Sorrir para si
segurar bem a cabeça
sentar-se sózinho
gatinhar
andar
dizer as 1as palavras
fazer as 1as gracinhas (ex: bater palminhas)

Comparado com os outros, acha que o seu bébé vai ter mais ou menos dificuldades em:

	igual	**mais**	**menos**	**porquê**
Mamar / tomar biberon				
Adormecer				
Dormir por períodos prolongados				
Acalmar-se sózinho				
Ser consolado quando estiver a chorar				
Dar atenção ao que se passa à sua volta				

Como acha que o seu bébé se vai desenvolver (como as outras crianças, com maior atraso, mas vai recuperar com a idade, ficará sempre mais atrasado, terá sempre problemas de saúde)

Acha que o seu bébé, quando for para casa, precisará de cuidados especiais? Quais?

O que vai fazer a esse respeito? (pedir ajuda para poder tratar dele, tratar dele como trataria de outra criança, pô-lo numa ama o mais rápido possivel, pô-lo numa creche o mais rápido possivel, outra coisa)

7. OUTROS ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS

INFORMAÇÕES SIGNIFICATIVAS SOBRE O ESTADO DA MÃE E DO BÉBÉ [4]

Nome da mãe

Nome do bébé D. N.

[4] A recolher por consulta do processo e/ou entrevista com enfermeira e médico responsável.

1. OPINIÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

Enfermeira responsável

Data de recolha dos dados

1.1. Estado emocional da mãe

ATITUDES DE REJEIÇÃO	**mto frequente**	**frequente**	**raro**	**inexistente**
não quer ver o bébé				
não lhe pega				
não o quer alimentar				
não o quer tratar				
fala como se nada fosse				
outras				

ATITUDES DE DEPRESSÃO	**mto frequente**	**frequente**	**raro**	**inexistente**
chora quando está com o bébé				
chora mesmo quando está sózinha				
chora quando fala do bébé				
apatia				
outras				

ATITUDES DE ACEITAÇÃO	**mto frequente**	**frequente**	**raro**	**inexistente**
pega no bébé				
quer ser ela a alimentá-lo				
quer ser ela a tratá-lo				
procura informar-se do que é melhor para ele				
outras				

1.2. Estado fisico da mãe

normal
muito enfraquecida
boa recuperação
muito bom

1.3. Outras informações significativas

2. OPINIÃO DO PEDIATRA

Pediatra responsável

Data de recolha dos dados

Forma de recolha dos dados

2.1. Estado de saúde do bébé

Tipo de problemas já detectados

Exames já realizados e seus resultados

Exames pedidos

Prognóstico quanto à data da alta

2.2. Elementos do exame objectivo do bébé

2.3. Outras informações significativas

Anexo 2

Escala de Auto-Estima Materna
(Adaptada de Shea & Tronnick, 1988)

Nome da Mãe Hospital - Data da entrevista
Nome do bébé Data do Nascimento

Escala de Auto-Estima Materna
- para a 1ª entrevista às 48h -

	completa-mente falso	quase sempre falso	às vezes falso, outras verdadeio	quase sempre verdadeio	completa-mente verdadeio
A1 - Vai ser bom tratar do meu bébé	1	2	3	4	5

C2 -	O meu bébé é muito frágil e estou preocupada se saberei tratar dele	5	4	3	2	1
A3 -	Acho que não vou ser capaz de dar ao meu bébé os carinhos e cuidados de que ele precisa	5	4	3	2	1
D4 -	Tenho a certeza que terei uma óptima relação com o meu bébé	1	2	3	4	5
B5 -	Acho que não vou ser capaz de ensinar coisas novas ao meu bébé	5	4	3	2	1
A6 -	Vou-me sentir muito incomodada se o meu bébé não parar de chorar	5	4	3	2	1
C7 -	Fiquei contente quando vi o meu bébé pela 1ª vez	1	2	3	4	5
C8 -	Tenho muitas dúvidas sobre se o meu bébé se vai desenvolver normalmente	5	4	3	2	1
A9 -	Sinto que vou ser capaz de tratar bem do meu bébé	1	2	3	4	5
A10 -	Penso muitas vezes que tratar do meu bébé vai ser um peso para mim	5	4	3	2	1
E11 -	Fiquei extremamente satisfeita quando soube que estava grávida	1	2	3	4	5
B12 -	Estou cheia de vontade de levar o meu bébé para casa	1	2	3	4	5
D13 -	É óptimo pensar que vou pegar e dar mimos ao meu bébé	1	2	3	4	5
E14 -	Quando soube que estava grávida tive sentimentos contraditórios por ir ter um bébé	5	4	3	2	1
B15 -	Sinto-me emocionalmente preparada para tratar bem do meu bébé	1	2	3	4	5
C16 -	Fiquei desapontada quando vi o meu bébé pela 1ª vez	5	4	3	2	1

		completa-mente falso	**quase sempre falso**	**às vezes falso outras verdadeiro**	**quase sempre verdadeiro**	**completa-mente ver-dadeiro**
E17 -	Acho que durante a gravidez fiz qualquer coisa que fez mal ao meu bébé	5	4	3	2	1
A18 -	Às vezes fico preocupada a pensar se vou ser capaz de perceber as necessidades do meu bébé	5	4	3	2	1
D19 -	Preciso de mais tempo para me habituar ao meu bébé	5	4	3	2	1

C20 -	Às vezes fico preocupada a pensar se o meu bébé se desenvolverá normalmente	5	4	3	2	1
A21 -	Acho que não vou ter muito jeito para acalmar o meu bébé	5	4	3	2	1
E22 -	Tive muito cuidado comigo durante a gravidez	1	2	3	4	5
B23 -	Estou entusiasmada com a ideia de ser responsável por tratar do meu bébé	1	2	3	4	5
A24 -	Vou ter dificuldades em perceber o que o meu bébé quer	5	4	3	2	1
D25 -	Penso que terei mais prazer com o meu bébé quando ele for mais crescido	5	4	3	2	1
A26 -	Sinto que tenho muito amor para dar ao meu filho	1	2	3	4	5
C27 -	Tenho a certeza que o meu bébé será forte e saudável	1	2	3	4	5
B28 -	Estou assustada com as responsabilidades do dia a dia para tratar do meu bébé	5	4	3	2	1
E29 -	Quando estava grávida tinha medo de vir a ter um bébé com problemas	5	4	3	2	1
E30 -	Senti-me emocionalmente preparada para o nascimento do meu bébé	1	2	3	4	5
B31 -	Acho que vou ser capaz de ensinar ao meu bébé todas as coisas que ele terá de aprender	1	2	3	4	5
B32 -	Tenho sentimentos contraditórios sobre o facto de ser mãe	5	4	3	2	1

Observações significativas

Anexo 3

Roteiro para as entrevistas do 1º, 3º, 6º e 9º meses

Roteiro para as entrevistas do 1º, 3º, 6º e 9º mês

Nome da Mãe -

Nome do Bebé - D. N. D. O.

Inventário de Percepções Maternas

	Muito/ /quase sempe	Assim/ /Assim	Pouco/ /Quase nunca	Comentários
1. Acha que o seu bebé chora				
2. Acha que o seu bebé é difícil de acalmar				
3. Acha que o seu bebé consegue acalmar-se sozinho				
4. Acha que o seu bebé tem dificuldades com a alimentação (mamar/tomar biberão/outra)				
5. Acha que o seu bebé bolsa ou vomita				
6. Acha que o seu bebé tem dificuldades com os intestinos				
7. Acha que o seu bebé tem dificuldades em adormecer				
8. Acha que o seu bebé tem dificuldades em dormir por períodos prolongados				
9. Acha que é difícil prever os ritmos de sono e alimentação do seu bebé				
10. Acha que o seu bebé consegue estar atento e alerta				
11. Acha que o seu bebé é activo				
12. Acha que o seu bebé é rabugento				

1. **Destes comportamentos do seu bebé, há alguns que tornem difícil a sua relação com ele? Quais? Porquê?**

2. **Há outras características do seu bebé que tornem complicada a sua interacção? Quais?**

3. **Como tem resolvido isso?**

4. **O que tem sido mais agradável na interacção com ele?**

5. **Quais são as suas principais preocupações neste momento? (especificar o grau de preocupação - muito, pouco, quase nada - e sua justificação)**

   O seu estado físico

   O estado de saúde do seu bebé

O seu estado emocional

O seu desenvolvimento futuro

A reacção que o seu marido tem tido

A reacção de outros familiares significativos

O trabalho que já tem com o seu bebé

O trabalho que vai ter com o seu bebé

Quem vai tomar conta do seu bebé

As despesas que vai ter

Outras coisas (especifique)

6. **Outras informações significativas**

Desenvolvimento físico e saúde

Rotinas de sono e alimentação

Programa de apoio em intervenção precoce

Outras informações

7. **Agora que já conhece melhor o seu bebé, diga-me se ele já adquiriu alguns destes comportamentos. Se ainda os não adquiriu, em que idade pensa que ele os vai conseguir realizar? Se já os já adquiriu, o que tem notado de diferente desde a ultima vez que falámos ?**

1. Sorrir para as pessoas

2. Começar a produzir sons diferentes do choro

3. Imitar os sons que os adultos lhes fazem

4. Dizer as primeiras palavras inteligíveis

5. Segurar bem a cabeça quando está ao colo

6. Agarrar os brinquedos

7. Sentar-se no chão sem apoio

8. Gatinhar

9. Andar completamente sozinho

10. Mostrar interesse pelas pessoas

11. Distinguir pessoas conhecidas das que não conhece

12. Brincar sozinho com os brinquedos

8. Como lhe parece o desenvolvimento do seu bebé relativamente aos outros?

9. Como pensa que vai ser o seu desenvolvimento daqui em diante ?

Anexo 4

Escala de Sentimentos e Atitudes

(Adaptada de Codrenau (1984), citada por Alonso (1991)
e por Engfer & Gavranidou, 1986)

Nome da Mãe

Nome do bébé D. N. D. O.

Escala de Atitudes e Sentimentos Maternos
(Para as entrevistas no 1º, 6º e 12º meses)

	discordo completa-mente	discordo	às vezes falso outras verdadeio	concordo	concordo completa-mente
A1 - Quando o meu filho chora, nunca sei o que se passa com ele.	5	4	3	2	1

B2 - Por mais que me esforce, tenho dificuldades em tratar do meu filho	5	4	3	2	1
C3 - Com o meu filho não tenho um minuto de descanso	5	4	3	2	1
E4 - Desde o parto fiquei muito mais nervosa	5	4	3	2	1
D5 - Estou sempre com medo que possa acontecer alguma coisa com o meu filho	5	4	3	2	1
E6 - Desde que o meu filho nasceu, sinto-me interiormente muito tensa	5	4	3	2	1
B7 - Há dias em que me sinto à beira de um esgotamento	5	4	3	2	1
C8 - Não me importo de ter de orientar todo o meu dia em função do meu filho	1	2	3	4	5
E9 - Por vezes a minha vontade era dormir e esquecer todos os problemas	5	4	3	2	1
A10 - Estou feliz porque já vi que o meu filho aprende coisas novas	1	2	3	4	5
B11 - Ás vezes perco a calma mesmo com pequenas coisas	5	4	3	2	1
C12 - Nos primeiros tempos, a única coisa que se pode fazer com um bébé é dar-lhe de comer, mudar as fraldas e deixá-lo em paz	5	4	3	2	1
E13 - Nos últimos tempos choro mais vezes	5	4	3	2	1
C14 - Nunca pensei que a vida com o meu filho fosse tão cansativa	5	4	3	2	1
D15 - Muitas vezes tenho dúvidas se faço tudo como deve ser pelo meu filho	5	4	3	2	1
E16 - Sinto-me completamente sózinha com os meus problemas	5	4	3	2	1
A17 - Sei muito bem como consolar o meu filho quando ele chora	1	2	3	4	5

	discordo completa-mente	discordo	às vezes falso, outras verdadeio	concordo	concordo completa-mente
B18 - Quando o meu filho chora sem parar, eu fico tão tensa que só me apetece gritar e abaná-lo para ver se ele se cala	5	4	3	2	1
E19 - Tenho a impressão que faço sempre qualquer coisa errada em relação ao meu filho	5	4	3	2	1
E20 - Ninguem se lembra que eu também preciso de apoio	5	4	3	2	1
B21 - Se o meu filho chora sem parar, eu só tenho vontade de chorar também	5	4	3	2	1

C22 - Às vezes não suporto o meu filho	5	4	3	2	1
D23 - Muitas vezes de noite levanto-me só para ver se o meu filho está a respirar	5	4	3	2	1
E24 - Sinto-me exausta	5	4	3	2	1
C25 - Gostava de passar uns dias sem o meu filho	5	4	3	2	1
D26 - Às vezes penso que posso perder o meu filho	5	4	3	2	1
A27 - Às vezes sinto-me zangada com o meu filho	5	4	3	2	1
B28 - É um alívio quando o meu filho está a dormir	5	4	3	2	1
C29 - Às vezes, ponho-me a pensar que era melhor não ter tido filho nenhum	5	4	3	2	1
C30 - À vezes nem consigo dormir de noite, só de pensar que pode acontecer alguma coisa com o meu filho	5	4	3	2	1
B31 - Aconteça o que acontecer nunca perco a calma com o meu filho	1	2	3	4	5
C32 - Desde que o meu filho nasceu nunca mais pude fazer aquilo que me dá prazer	5	4	3	2	1
D33 - Às vezes quando estou a tratar do meu filho, tenho medo de o magoar	5	4	3	2	1
A34 - Acho que o meu filho se sente bem comigo	1	2	3	4	5
A35 - Dá-me imenso prazer brincar com o meu filho	1	2	3	4	5
E36 - Não consigo deixar de pensar que no fundo não sou uma boa mãe	5	4	3	2	1

Observações significativas

Anexo 6

Grelha de avaliação da situação interactiva

Comportamentos do bebé

1. Iniciativa e interesse nos objectos

Avalia em que medida os brinquedos captam a atenção do bebé e em que este tem iniciativas de os utilizar. Embora não tenham como objectivo a interacção, estes comportamentos não a impedem.

Deve cotar-se tendo em conta:

- a duração total de comportamentos relacionados com os brinquedos (olhar consistentemente para os seus brinquedos, os da mãe, os que estão no chão, manipular e explorar os brinquedos).

- a frequência, duração e intensidade de comportamentos que sugerem um desinteresse activo e manifesto relativamente aos brinquedos (olhar para outras parte do quarto, afastar-se do local onde estão, resistir activamente à chamada de atenção da mãe, atirar ou afastar activamente os brinquedos).

Nível 1
Não há interesse, nem procura de brinquedos.
Quando deixado livremente, o bebé olha no vago ou "deambula". Se a mãe tenta atrair a sua atenção, o bebé dá uma olhadela, pode agarrar os brinquedos, mas põe-nos de parte. Se a mãe é mais persistente, resiste. Nunca presta atenção continuada às actividades envolvendo brinquedos.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
Menos de três iniciativas e/ou período muito breve de atenção aos objectos que a mãe apresenta.

Nível 3
Há pelo menos três iniciativas de procura de objectos e/ou Interesse moderado, com maior período de atenção, mas sempre após iniciativas da mãe.

Nível 4
Nível intermédio entre 3 e 5.
O bebé passa grande parte do tempo dando atenção e brincando com os objectos, mas muitas vezes esse interesse só se manifesta após as iniciativas da mãe.

Nível 5
Interesse muito grande e constante nos objectos, mesmo que alterne de um brinquedo para o outro com mais de cinco iniciativas de manipulação de brinquedos.

2. Nível de maturidade do jogo

Avalia o nível de maturidade no jogo observado durante a interacção, e não aquele de que o bebé é capaz.
Deve cotar-se tendo em conta a utilização diferenciada que o bebé faz dos brinquedos, a sequência das suas acções e o seu conteúdo simbólico.

Nível 1
Todas as acções do bebé consistem em comportamentos simples que podem ser usados indiscriminadamente com a maioria dos objectos (agarrar, levar à boca, abanar, atirar, bater com um só objecto no chão, etc.)

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
O bebé mostra que conhece algumas relações entre os objectos, embora a acção necessite de ajuda para ser realizada (falar ao telefone, empurrar um carrinho, rolar uma bola, bater com um pau no tambor, fazer gracinhas intencionalmente, etc.)

Nível 3
O bebé usa os objectos tal como previsto, com ajuda mínima (usa o tabuleiro multi-funções, toca uma nota no xilofone, enfia uma argola na vareta, encaixa uma caixa na outra etc.), podendo demonstrar alguma actividade simbólica.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
O bebé é capaz de realizar coordenações múltiplas sem ajuda.
Jogo simbólico envolve mais do que uma acção, é mais espontâneo e independente das ajudas da mãe.

Nível 5
A maior parte do jogo envolve acções sequenciadas com claro componente de jogo simbólico, mesmo que inclua brinquedos não simbólicos (constrói uma garagem com cubos e põe os carrinhos lá dentro, etc.).

3. Iniciativa de interacção social

Avalia em que medida o bebé é capaz de fazer " propostas " à mãe para directa ou indirectamente interagir com ele, utilizando o olhar, sorrisos, vocalizações, movimentos de braços, gestos ou apresentação de objectos, explicitamente dirigidos à mãe, que não sejam simplesmente respostas às iniciativas anteriores desta.
Deve cotar-se tendo em conta a frequência, duração e intensidade e clareza destes comportamentos, mesmo quando é a mãe que lidera a interacção.

Nível 1
Não há nenhuma iniciativa de interacção social, podendo no entanto o bebé responder, utilizando os mesmos comportamentos, às iniciativas da mãe.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
Durante a interacção é possível identificar algumas tentativas de iniciativas interactivas.

Nível 3
Há pelo menos três iniciativas interactivas de moderada intensidade e duração, mas na maior parte do episódio o bebé limita-se a responder às iniciativas da mãe.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
Embora haja mais iniciativas, o episódio interactivo é ainda dominado pelas iniciativas da mãe.

Nível 5
Há iniciativas frequentes - mais de cinco - e/ou alternância de papéis entre a mãe e o bebé, conseguindo este chamar a atenção da mãe utilizando múltiplos sinais.

4. Responsividade à mãe

Avalia em que medida o bebé presta atenção e responde às iniciativas da mãe, olhando para ela ou para os brinquedos que esta oferece, acalmando-se quando a mãe o consola, acedendo/respondendo verbalmente ou por um acto motor aos seus pedidos, seguindo os tópicos iniciados pela mãe, mesmo que esta se mantenha mais numa atitude de observação.
Deve cotar-se tendo em conta:

- a frequência, duração e intensidade de comportamentos de resposta (olhares, sorrisos, vocalizações ou movimentos dirigidos à mãe ou aos brinquedos que esta manipula);

- a frequência, duração e intensidade de comportamentos que sugerem um desinteresse activo e manifesto relativamente às iniciativas da mãe (olhar para outras parte do quarto, afastar-se do local onde a mãe está, resistir activamente à chamada de atenção da mãe).

Nível 1
Não há qualquer resposta às iniciativas da mãe.

O bebé olha no vago. Se a mãe tenta atrair a sua atenção, utilizando ou não brinquedos, o bebé dá uma olhadela, mas imediatamente desvia a atenção.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
Menos de três episódios de resposta e/ou períodos muito breves de atenção à mãe ou aos objectos que esta apresenta e/ou respostas breves e pouco intensas.

Nível 3
Há pelo menos três momentos em que o bebé responde às iniciativas da mãe de forma consistente e com maior período de atenção, mas na maior parte do episódio está alheada e não responsiva.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
O bebé passa grande parte do tempo dando atenção e brincando com a mãe, mas há ainda um ou dois momentos em que se alheia da sua presença.

Nível 5
Todas as iniciativas da mãe obtêm uma resposta por parte do bebé que interage sistematicamente com a mãe sempre que esta solicita a sua atenção.

5. Clareza de sinais, e expressividade

Avalia o grau em que o comportamento manifesto do bebé permite identificar o seu foco de atenção e/ou mudança de estado emocional.
Deve cotar-se tendo em conta a expressividade e vivacidade do olhar, movimentos e vocalizações e expressões positivas e negativas de afecto.

Nível 1
O bebé está apático, não sendo possível identificar o seu foco de atenção ou estado emocional.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
A expressão do bebé mantém-se uniforme durante todo o episódio e o observador tem dificuldades em identificar mudanças no seu foco de atenção ou estado emocional.

Nível 3

Expressão facial alerta, olhos vivos mas não particularmente animado. O foco de interesse e/ou estado emocional do bebé, bem como as suas mudanças, podem ser identificados em 50% do episódio de interacção.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
Ainda há alguns momentos do episódio de interacção em que é difícil identificar o foco de interesse e/ou estado emocional do bebé.

Nível 5
Alerta, olhos vivos, expressão muito animada durante todo o episódio da interacção. A expressão, vocalizações e movimentos do bebé permitem identificar o seu interesse e estado emocional, bem com as mudanças que se verifiquem.

6. Nível de actividade e animação

Avalia o nível de energia e de alerta com que o bebé participa na interacção.
Deve cotar-se tendo em conta a intensidade de respostas, nomeadamente envolvendo o movimento, com que o bebé procura atingir os objectivos que lhe são propostos.

Nível 1
Apático, lento, quase sem movimentos.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
Há alguns movimentos e, por breves momentos o bebé está mais alerta demonstrando alguma energia.

Nível 3
Energia moderada, mas suficiente para atingir os objectivos, desde que estes não envolvam deslocações no espaço.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
Activo e animado, mas ainda com quebras na energia com que procura atingir os seus objectivos.

Nível 5
Demostra grande energia e entusiasmo, movimentando-se livremente para atingir os seus objectivos.

7. Expressão dos afectos

Avalia a forma como exprime os seus sentimentos face à mãe.
Deve ser cotado tendo em conta:

- a frequência, intensidade e duração das expressões positivas de afecto - Sorrisos, risos, guinchos de excitação, abraços, beijos e festas, palmas de contentamento.

- a frequência, intensidade e duração das expressões negativas de afecto - Lamúrias, rabugices, choro, gritos, gestos negativos (empurrar, afastar, etc.).

Nível -3
Choraminguice e rabugice consistente durante toda a sessão, com mais do que um período de afecto negativo mais intenso (birra ou choro que não seja motivado por dor).

Nível -2
O bebé choraminga e rabuja intermitentemente durante a sessão e/ou um único episódio de afecto negativo mais intenso, com tonalidade geral negativa.

Nível -1
O bebé choraminga ou rabuja apenas ocasionalmente, de forma pouco intensa. O choro como resposta à dor é incluído neste nível. Atitude global neutra tendendo para o negativo.

Nível 0
Atitude global neutra, sem que seja possível identificar claramente o estado emocional. Sem expressão quer positiva quer negativa de afectos.

Nível 1
O bebé sorri 1 ou 2 vezes. As expressões são de fraca intensidade, breves e pouco consistentes. Não manifesta outra formas de afecto positivo. Atitude global neutra tendendo para o positivo.

Nível 2
Tem vários períodos em que manifesta afecto positivo através de: breves sorrisos mais intensos espalhados ao longo da sessão ou sorrisos mais longos ou outras formas mais intensas de afecto durante um único período durante a sessão. Pode haver um episódio de desconforto mas a tonalidade é claramente positiva.

Nível 3
Sorrisos e outras manifestações de afecto positivo muito frequentes durante toda a sessão, com mais do que 2 episódios de afecto intenso.

8. Comunicação intencional

Avalia a capacidade e interesse do bebé em comunicar intencionalmente com a sua mãe, sobre um tópico fora da díade, esperando por uma resposta ou persistindo no acto comunicativo.
Deve cotar-se tendo em conta a frequência, diversidade e duração dos actos comunicativos a nível motor (apontar, mostrar objectos ou pessoas), a nível vocal (vocalizar ou dizer o nome de objectos ou pessoas) ou a nível de olhar (olhar referencial alternando entre um objecto ou pessoa e a mãe).

Nível 1
Não há qualquer acto de comunicação intencional.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
Por breves instantes o observador pode identificar o esboço de um ou dois comportamentos intencionais.

Nível 3
Há pelo menos três actos de comunicação intencional envolvendo a mãe e outras pessoas ou objectos, mesmo que sejam da mesmo tipo.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
Os actos comunicativos são de pelo menos de dois tipos.

Nível 5
Durante a sessão há mais do que cinco actos de comunicação intencional, utilizando todas as modalidades comunicativas que sejam apropriadas à situação.

Comportamentos da Mãe

1. Sensibilidade/responsividade

Avalia a sintonia entre o comportamento da mãe e o do bebé e o grau em que o comportamento da mãe reflecte o conhecimento dos sinais e pistas do bebé.
Deve ser cotado tendo em conta a adequação, consistência e contingência das iniciativas e respostas da mãe em função quer do foco de atenção e interesses do bebé quer em função do seu grau de desenvolvimento e estado emocional.
Uma mãe muito sensível mostra duas características:
Quando inicia uma actividade, fá-lo de forma que mostra conhecimento da actividade em que o bebé está envolvida, capacidades a nível do desenvolvimento, estado emocional. Assegura-se que o bebé está bem orientado relativamente à tarefa e dá indicações claras do que pretende;
Quando o bebé toma qualquer iniciativa, responde-lhe apropriadamente, seguindo o tópico iniciado pelo bebé;
Uma mãe pouco sensível mostra formas extremas dos seguintes comportamentos:
Intrusividade, rejeição do comportamento do bebé, desadequação relativamente ao seu nível de desenvolvimento, desorganização ou ritmo apressado.
Nível 1
Mãe muito insensível, com iniciativas intrusivas ou dessincronizadas relativamente ao foco de atenção do bebé e ao seu estado emocional. Nunca segue as suas iniciativas, ou porque as ignora ou porque as rejeita. As suas acções podem ou não ser adequadas do ponto de vista desenvolvimental.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
Ocasionalmente ou por breves instantes pode aceitar as iniciativas do bebé e pegar em algumas pistas, mas normalmente inicia as actividades sem ter em conta o estado do bebé ou o seu comportamento naquele momento.

Nível 3
Em 50% do tempo de interacção, as iniciativas da mãe demostram que tem conhecimento do nível de desenvolvimento do bebé, actividade e estado emocional do momento, mas ainda ignora muitas das iniciativas do próprio bebé.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
A maior parte do tempo a mãe é sensível e responsiva, mas durante a sessão há ainda 1 ou 2 momentos em que não está em sintonia (insiste demasiado, solicita uma actividade difícil demais, não espera o tempo suficiente ou mantém-se numa atitude passiva).

Nível 5

Mãe muito sensível a responder às pistas do bebé, responde apropriadamente às suas iniciativas sociais, consegue abandonar os seus planos para responder à criança, orienta-a e espera pela actividade do bebé antes de dar ordens. Tem sempre em conta o estado emocional do bebé e as actividades são sempre adequadas do ponto de vista desenvolvimental.

2. Aprovação/Desaprovação

Avalia a aceitação do adulto face às características específicas e comportamento do bebé, e o grau de aprovação/desaprovação que este obtém do adulto.
Deve cotar-se tendo em conta a frequência dos comportamentos manifestos de aprovação (quantidade de comentários positivos, reforços e aprovações dados quer física quer verbalmente) ou de desaprovação (quantidade de comentários negativos ou irritados, criticas, troça, interpelações ríspidas ou atitudes motoras negativas por parte do adulto), a qualidade da emoção expressa e a adequação no tempo em que esses comentários são feitos, relativamente ao comportamento do bebé bem como os comentários e descrição que faz das características e temperamento do bebé.

Nível 1
Muito baixa aceitação e aprovação; mãe obviamente rejeitante e desaprovadora das características e do comportamento do bebé. Faz com muita frequência comentários muito negativos, as interpelações são feitas com voz ríspida, os gestos bruscos e irritados, a expressão facial tensa e zangada.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
Comentários negativos, expressões envolvendo alguma irritação relativamente às características e comportamento do bebé.

Nível 3
Atitude neutra, não fazendo nem elogios nem críticas, tom de voz e expressão facial também neutros, mas em cerca de 50% do tempo a mãe mostra aprovar e aceitar moderadamente o bebé.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
Por vezes positiva e animada ao falar do bebé, com pelo menos 3 atitudes de manifesta aprovação quer com palavras quer com gestos, sendo positiva a emoção transmitida ao falar com o bebé e do bebé.

Nível 5
Grande aceitação e aprovação na interacção. Mãe revela aprovação sistemática do comportamento do bebé, elogiando-o ou tendo gestos de aprovação, usando um tom de voz e expressões faciais muito positivos.

3. Calor/Afecto

Avalia a forma como a mãe exprime os seus sentimentos relativamente à criança, o prazer sentido e expresso pela mãe na interacção global com o bebé (não numa actividade específica).
Deve ser cotado tendo em conta quer os comportamentos manifestos, a qualidade, intensidade e frequência das manifestações positivas ou negativas de afecto.

Nível 1
Mãe muito negativa ou zangada, expressando elevado grau de aborrecimento e crítica relativamente ao temperamento do bebé, com manifestações de afecto negativo.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
Negativa ou zangada, exprimindo sobretudo aborrecimento ao falar com o bebé.

Nível 3
Atitude neutra, a maior parte do tempo sem expressões positivas de afecto ou atitudes carinhosas mas também sem manifestações de afecto negativo.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
Algumas expressões de afecto positivo e atitudes de carinho.

Nível 5
Sistematicamente positiva e animada com o bebé a quem manifesta sistematicamente afecto muito positivo.

4. Qualidades de Estimulação

Avalia o grau com que a mãe providencia uma estimulação cognitiva "óptima", através da sua participação e interacção, da sua capacidade de inventar e associar novas actividades no sentido de manter o interesse do bebé.
Deve ser cotado tendo em conta:
a sensibilidade da mãe às pistas e grau de desenvolvimento do bebé;
a frequência de comportamentos de motivação para que o bebé leve a cabo tarefas adequadas ao seu nível de desenvolvimento;
a frequência e qualidade com que a mãe segue e elabora os comportamentos iniciados pelo bebé (através de comentários, pistas verbais de clarificação, modelação ou ajuda física);
a qualidade global do ambiente relativamente às possibilidades que oferece de desenvolvimento em termos de existência, nº e acessibilidade de brinquedos .

Nível 1
A contribuição da mãe não tem qualquer valor estimulativo, ou por ser muito insensível, intrusiva ou desorganizada, ou por ser completamente inactiva durante a brincadeira do bebé. Nunca complementa/expande os comportamentos do bebé, responde negativamente ou proíbe as iniciativas deste.
Os brinquedos existentes são desadequados relativamente à idade do bebé ou usados de forma inconstante ou sem finalidade.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
Há alguma estimulação, mas durante grande parte do episódio a mãe ignora as iniciativas do bebé, não o encorajando a realizar tarefas adequadas ao seu nível de desenvolvimento.

Nível 3
A contribuição da mãe tem um valor estimulativo moderado. Pode ser um pouco exagerada nas suas iniciativas, ou pelo contrário um pouco passiva mas não ao ponto de impedir que o bebé beneficie da estimulação. Pode ser activa na brincadeira mas pouco criativa.
Responde à maior parte dos comportamentos iniciados pelo bebé de uma forma breve, comentando ou descrevendo a actividade do bebé, aceitando os brinquedos que este oferece, aproximando um brinquedo em que este demonstrou qualquer interesse. Os brinquedos são adequados e em 50% das vezes são usados em tarefas de aprendizagem.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
A mãe mostra-se sensível e estimulante, encorajando a realização de tarefas adequadas ao desenvolvimento do bebé.

Responde a alguns comportamentos independentes do bebé expandindo-os de facto ou seguindo as suas iniciativas e utiliza os brinquedos de forma adequada.

Nível 5
A contribuição da mãe proporciona grande estimulação porque:
É directiva mas sensível, guiando de uma forma criativa a realização das tarefas;
Expande e elabora a partir do comportamento do bebé;
Combina estratégias de directividade e elaboração de forma criativa;
Responde à maior parte dos comportamentos do bebé expandindo-os, seguindo quase sempre a liderança do bebé, mantendo-se num papel de apoio ao seu desenvolvimento;
Há um ambiente excelente de aprendizagem.

5. Clareza de comportamento e expressividade

Avalia o grau em que as intenções da mãe, expressas verbalmente e de forma não verbal, são claras para o bebé e para o observador.
Deve ser cotado tendo em conta:
a organização, clareza de comportamento e coerência de acções da mãe;
a linguagem que usa na sua interacção a nível da expressividade, entoação e adequação relativamente ao nível de desenvolvimento do bebé e tipo de actividades desenvolvidas;
a qualidade da interacção a nível das expressões faciais, do olhar mútuo, sorrisos, imitação dos comportamentos e gestos.

Nível 1
O observador tem sistematicamente dificuldades em saber o que é que a mãe está a tentar fazer: O seu comportamento não é organizado, há acções sem grande objectivo, algumas das intenções não são claramente expressas.
Usa pouco frequentemente a linguagem oral, cujo conteúdo, expressividade e entoação é desadequada.
A expressão facial neutra, e não há imitação dos gestos ou comportamentos do bebé.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
A mãe muda frequentemente o objectivo das suas acções que surgem ainda pouco organizadas e pouco claras.

Nível 3
Em 50% do episódio de interacção as intenções da mãe são claras e o seu comportamento organizado. A linguagem é pouco expressiva, sem grande variedade na entoação, mas de conteúdo adequado. Expressão não exagerada, nem particularmente positiva, mas mantendo contacto visual e/ou sorrisos.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
As intenções da mãe são quase sempre claras, embora haja ainda uma ou duas situações em que altera bruscamente a sua intenção sem que a sua linguagem ou comportamento não verbal reflicta os seus objectivos.

Nível 5
A mãe aparece sistematicamente organizada, com um plano, e as suas acções têm sempre algum objectivo. As directivas usadas são claras, com as repetições necessárias, linguagem simplificada, utilizando simultaneamente gestos e pistas não verbais suficientes. O papel da mãe é claro.
Entoação muito adequada com exageros, mudanças de tom de voz, grande expressividade e conteúdo muito adequado ao nível do bebé e às tarefas em que está envolvida. Apropriadamente exagerada e positiva na sua interacção não verbal.

6. Directividade / Controlo / Intrusividade

Avalia o grau - intensidade e frequência - com que a mãe tenta liderar o ritmo, conteúdo e forma do comportamento do bebé, bem como o grau em que o comportamento directivo ou elaborativo da mãe interrompe a actividade e foco de atenção do bebé, podendo até levá-lo a ter comportamentos negativos.
Deve ser cotado tendo em conta:
o grau de desenvolvimento do bebé e as suas capacidades de iniciativa, bem como o grau de sensibilidade da mãe às suas pistas e nível de desenvolvimento (já que algumas mães podem usar a directividade de forma muito sensível, e outras serem intrusivas).

Nível 1
Ausência exagerada de directividade.
A mãe está fundamentalmente a observar a actividade do bebé, mesmo que este não demonstre capacidades de iniciativa.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
A atitude global ainda é de entreter, observar ou comentar. Se o bebé não demonstra capacidades de iniciativa, pode sugerir actividades específicas com os brinquedos. Os

brinquedos estão ao alcance do bebé que pode escolhê-los. As directivas são formuladas em termos de questões e sugestões.

Nível 3
Directividade com sensibilidade.
A mãe usa algumas formas de comando mas ainda faz muitas perguntas e tem ainda episódios em que olha, observa, elabora ou comenta, mostrando-se sistematicamente sensível ao estado e nível de desenvolvimento do bebé. Se este demonstra poucas iniciativas ou não tem um foco de atenção definida, a mãe direcciona a sua atenção, repete mais frequentemente as directivas, sugere e insiste mais em actividades específicas com objectos, demonstrando sempre a sua utilização. Se o bebé tem iniciativas a mãe raramente as interrompe e quando usa técnicas directivas fá-lo de forma sensível e subtil, encorajando o bebé a participar voluntariamente nas novas actividades que propõe.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
A mãe usa muito frequentemente ordens durante a sessão, dirigindo a maior parte das acções do bebé. É mais persistente, exige mais respostas correctas, repete mais as instruções e pode usar orientação física. Por vezes interrompe ou inibe as iniciativas do bebé, não respeita o seu ritmo, mas não provoca neste o aparecimento de comportamentos negativos.

Nível 5
Intrusividade.
A mãe é altamente directiva. Muito insistente e persistente, não desistindo dos seus objectivos mesmo quando necessita de intervir fisicamente para que o bebé os cumpra. Inibe frequentemente os comportamentos espontâneos do bebé, ou interrompe-os de forma brusca, podendo provocar comportamentos negativos e manifestações de mal-estar, demonstrando ausência de sensibilidade.

Avaliação global da interacção

1. Atmosfera geral

Avalia a harmonia e sincronia da interacção.
Deve cotar-se tendo em conta todos os parâmetros de comportamento da mãe e do bebé anteriormente citados, nomeadamente:
a mutualidade - aceitação mútua das iniciativas e respostas do outro;

a contingência - em termos de tempo e qualidade da resposta;
o ritmo - na proposta de actividades e suas mudanças;
No que se refere ao comportamento da mãe, deve ainda atender-se à adequação da brincadeira - adaptando-a ao nível de desenvolvimento do bebé - e à sensibilidade ao estado emocional do bebé.

Nível 1
Sinais frequentes de desacordo e conflito.
Por parte da mãe há atitudes de impaciência, com pouca aceitação do comportamento do bebé ao qual não consegue responder de forma contingente: mostra-se impaciente e introduz novas actividades antes do fim das anteriores; o bebé não consegue acompanhar os pedidos da mãe ou a rapidez com que esta dá novas sugestões. As actividades propostas são de elevado nível de dificuldade face às competências do bebé que tem sistematicamente dificuldades em realiza-las, ou não demostra por elas qualquer interesse.
Por parte do bebé há uma atitude alheada ou de manifesta recusa interactiva, com sinais de afecto negativo evidentes.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
Há sinais de desacordo num dos elementos da díade durante grande parte do episódio interactivo.

Nível 3
Em 50% do episódio interactivo a atmosfera é positiva, embora ainda haja ocasiões em que o bebé não consegue acompanhar os pedidos ou porque estes são de nível moderadamente difícil ou pela rapidez com que a mãe dá novas sugestões mesmo que relativamente ao mesmo tópico. Só brevemente surgem sinais de conflito e não aceitação do comportamento do parceiro interactivo.

Nível 4
Intermédio entre 3 e 5.
Durante grande parte do episódio interactivo, não há sinais de conflito ou desacordo.

Nível 5
Atmosfera muito harmoniosa, agradável, amigável e pacífica, sem qualquer episódio de desavença.
Durante todo o episódio, a mãe dá o tempo suficiente para que o bebé termine uma actividade sem impor outra ou dar nova ordem. É paciente e sensível às pausas do bebé, intervindo sobretudo nessas pausa e não enquanto o bebé está a realizar qualquer actividade.

Todo o comportamento da mãe é adequado e a resposta do bebé é sempre positiva: as actividades propostas são de nível adequado e o bebé consegue facilmente realiza-las mantendo-se muito interessada nelas, ou, se são ligeiramente mais evoluídas, a mãe ajuda-a na sua realização.

2. Disponibilidade da díade para a interacção social

Tem por base o conceito de **Interacção Social,** que é definido operacionalmente como: Troca activa mútua/reciproca, envolvendo obrigatoriamente um comportamento manifesto de cada um dos parceiros da díade dirigido ao outro parceiro. Avalia simultaneamente a acessibilidade do adulto, a sua capacidade de modificar o seu comportamento em função das pistas fornecidas pelo bebé, pressupondo portanto, da parte da mãe, sensibilidade e responsividade e a acessibilidade do bebé, implicando da parte deste atenção e responsividade às iniciativas da mãe.
Deve ser cotado tendo em conta a frequência, duração e intensidade das iniciativas interactivas de ambos os parceiros e a sua responsividade às iniciativas do outro.

Nível 1
Mãe **e** bebé aparecem alheados um do outro, sem que entre eles se estabeleça uma verdadeira interacção.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
A mãe **ou** o bebé estão, durante a maior parte do episódio pouco responsivos ao comportamento do outro parceiro interactivo.

Nível 3
Mãe **e/ou** o bebé mostram-se moderadamente capazes de responder às iniciativas interactivas do outro parceiro, e, em 50% do episódio, há interacção social entre ambos.

Nível 4
Intermediário entre 3 e 5.
A mãe **ou** o bebé estão, durante a maior parte do episódio muito responsivos ao comportamento do outro parceiro interactivo, mesmo que as iniciativas partam sobretudo da mãe.

Nível 5
Mãe **e** bebé aparecem intensamente envolvidos, ambos têm iniciativas interactivas e mostram-se muito responsivos, um ao outro.

3. Prazer

Avalia o prazer manifestado por ambos os parceiros durante o episódio interactivo.
Deve cotar-se tendo em conta a frequência, duração e intensidade do afecto positivo/negativo demonstrado pelo bebé e pela mãe, os comportamento carinhosos manifestos bem como o grau de aprovação que a mãe demonstra relativamente às características, temperamento e comportamento do bebé.

Nível 1
Mãe **e** bebé não mostram quaisquer sinais de prazer na interacção, cuja tonalidade é muito negativa.

Nível 2
Intermédio entre 1 e 3.
A mãe **ou** o bebé mostram alguns sinais de afecto negativo em grande parte do episódio interactivo.

Nível 3
Mãe **e/ou** bebé mostram prazer e sinais de afecto positivo e aprovação do comportamento do outro durante cerca de 50% do tempo do episódio interactivo.

Nível 4
Intermediário entre 3 e 5.
Mãe **ou** bebé mostram sinais de afecto positivo e manifestam evidente prazer e aprovação do comportamento do outro em grande parte do episódio interactivo.

Nível 5
Mãe está deliciada com o bebé, este só tem manifestações de afecto positivo e o prazer de ambos na interacção é óbvio e permanente.