



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Responsividade Materna em Bebés com Sinais  
Precoces de Risco**

**Maria Helena Branco dos Santos Chora**

Orientação: Prof. Doutor Vítor Daniel Ferreira Fran-  
co

Co-orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Paula Ramos de  
Souza

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: *Psicologia Clínica*

Dissertação de Mestrado

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Responsividade Materna em Bebés com Sinais Pre-  
coces de Risco**

**Maria Helena Branco dos Santos Chora**

**Orientador:**

Prof. Doutor Vítor Daniel Ferreira Franco

**Co-orientador:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Paula Ramos de Souza

**Mestrado em Psicologia**

*Especialização em Psicologia Clínica*

Évora, Setembro 2017



## **Agradecimentos**

Esta Dissertação de Mestrado não teria sido possível sem o apoio daqueles a que agora me refiro.

Em primeiro lugar quero agradecer ao professor Vítor Franco por me ter inculcido o gosto pela intervenção precoce e por me ter incentivado a arriscar ao desenvolver este tema. Agradeço também por toda a disponibilidade e apoio que me deu ao longo deste percurso.

Um especial agradecimento à professora Ana Paula Ramos de Souza por toda a confiança depositada em mim para desenvolver este tema, por me ter aceite co-orientar sem nos termos cruzados antes e por ter disponibilizado os vídeos para analisar. Agradeço também por toda a simpatia e por me ter mostrado o trabalho fascinante do seu grupo de intervenção (NIDIP), da importância de repensar no trabalho clínico com bebés, por me ter auxiliado na observação de comportamentos da díade e pelas várias sugestões de forma a aperfeiçoar este estudo.

Agradeço também às alunas da professora Ana Paula por terem-se disponibilizado para fornecer instruções sobre a utilização do *Software ELAN*.

Agradeço principalmente aos meus pais e ao meu irmão por me terem apoiado sempre nas minhas decisões e acreditarem nas minhas competências. Por me mostrarem que não devemos desistir quando encontramos obstáculos para alcançar os nossos objetivos estipulados. Um especial agradecimento há minha mãe por estar sempre ao meu lado e por ter atuado a minha paciência durante a realização deste trabalho e por ter feito comigo caminhadas diárias para descomprimir.

Ao Pedro pela sua amizade, carinho e compreensão. Por me ter acompanhado ao longo deste percurso e por me ter proporcionado momentos de alegria e descontração. Por me ter mostrado a importância do exercício físico não só para melhorar a saúde mas também para aliviar a mente.

Às minhas amigas Joana, Nita e Ana, pela motivação e pela paciência e compreensão por não ter estado durante estes últimos cinco anos frequentemente disponível para elas.

Às minhas queridas colegas Andreia e Marta pelos momentos insólitos de pura diversão e descontração e pela partilha de conhecimento e experiências ao longo deste percurso.

A todos, o Meu Muito obrigado!

### **Resumo**

Esta investigação, através da análise de vídeos, pretende analisar em quatro momentos de avaliação a responsividade das mães em bebés sem sinais de risco (N=1) e com risco: ao desenvolvimento (N=3) e psíquico (N=3). Pretende-se ainda relacionar a responsividade materna com o desenvolvimento da intersubjetividade dos bebés. O recurso ao IRDI e sinais PREAUT avaliados pelo NIDIP permitiu perceber se os bebés apresentaram sinais de risco. Para estudar a responsividade materna e a intersubjetividade do bebé recorreu-se à EARM e à Escala de Comportamentos Mãe-bebé, respetivamente. Os resultados mostraram que as mães de bebés em risco psíquico apresentaram uma diminuição de comportamentos responsivos e um aumento de comportamentos intrusivos e negativos. Também se verificou que estas mães apresentaram pouco envolvimento e interesse nas atividades do bebé, estando relacionado com a emergência tardia de comportamentos intersubjetivos. Observou-se ainda que as restantes mães mantiveram um estilo mais responsivo sem comportamentos negativos.

Palavras-Chave: responsividade materna, interação mãe-bebé, sinais de risco, análise de vídeos

## Maternal Responsiveness in Infants with Early Signs of Risk

### **Abstract**

This research, through video analysis, aims to analyze in four evaluation moments the mothers' responsiveness in infants without risk signs (N=1) and with risk: development (N=3) and psychic (N=3). It is also intended to relate maternal responsiveness to the development of intersubjectivity of infants. The use of the IRID and PREAUT signals evaluated by the NIDIP made it possible to see if the infants showed signs of risk. To study the maternal responsiveness and intersubjectivity of the infant, resorted the MRS and the Mother-Behavior Scale, respectively. The results showed that the mothers of infants at psychic risk presented a decrease in responsive behaviors and an increase in intrusive and negative behaviors. It was also found that these mothers had little involvement and interest in the infants activities, being related to the late emergence of intersubjective behaviors. It was also observed that the remaining mothers maintained a more responsive style without negative behaviors.

Keywords: maternal responsiveness, mother-infant interaction, risk signs, vídeo analysis



## Índice

Introdução.....	1
I - Enquadramento Teórico.....	5
Capítulo 1 - Responsividade Materna no âmbito da Relação Mãe-Bebé.....	5
1.1. Relação mãe-bebé.....	5
1.1.1. Conceito de responsividade materna.....	7
1.1.1.1. Influência da responsividade materna no desenvolvimento da criança.....	10
Capítulo 2 - Sinais Precoces de Risco .....	14
2.1. Risco de desenvolvimento e risco psíquico.....	14
2.2. Metodologias para Identificação de Sinais de Risco.....	20
2.2.1. Sinais PREAUT e protocolo IRDI.....	20
2.2.2. Análise retrospectiva de vídeos.....	23
II - Estudo Empírico.....	25
Capítulo 3 - Objetivos/ Questões de Investigação.....	25
Capítulo 4 – Método.....	27
4.1. Participantes.....	27
4.2. Materiais.....	27
4.2.1. Instrumentos.....	27
4.3. Procedimentos.....	31
4.3.1. Recolha de dados.....	31
4.3.2. Análise dos dados.....	32
Capítulo 5 - Resultados.....	35
5.1. Análise Individual.....	35
Capítulo 6- Discussão dos Resultados.....	66
Capítulo 7- Conclusões.....	73
Referências Bibliográficas.....	76
Anexos.....	84
Anexo A – Grelha de Observação da Escala de Avaliação da Responsividade Materna (EARM).....	85
Anexo B - Questionário PREAUT aplicado na faixa etária do 4º e do 9º mês.....	89
Anexo C – Índices Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) com 31 indicadores.....	90

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebê referentes a T02 e M02.....	35
Tabela 2. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes a M02.....	37
Tabela 3. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebê referentes a T28 e M28.....	40
Tabela 4. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes a M28.....	42
Tabela 5. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebê referentes a T29 e M28.....	44
Tabela 6. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes a M29.....	46
Tabela 7. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebê referentes a T41 e M41.....	49
Tabela 8. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes a M41.....	50
Tabela 9. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebê referentes a T65 e M65.....	53
Tabela 10. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes a M65.....	55
Tabela 11- Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebê referentes a P19 e M19.....	58
Tabela 12. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes ao M19.....	60
Tabela 13. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebê referentes a T09 e M09.....	62
Tabela 14. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala da Responsividade Materna referentes M09.....	63

## Lista de Abreviaturas

C - Cotação

EARM- Escala de Avaliação da Responsividade Materna

ED - Estabelecimento da demanda

FP - Função paterna

GNP - Grupo Nacional de Pesquisa

I - Diversidade de Indicadores

IP - Intervenção Precoce

IRDIs - Indicadores de risco para o Desenvolvimento Infantil

M - Duração média de tempo

M- Mãe

*Mt* - Duração média de tempo total de comportamentos

NIDIP - Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce

Nº - Número de comportamentos

P- Prematuro

PA - Alternância presença-ausência

PEA - Perturbações do Espectro do Autismo

SS - Suposição do sujeito

T- Termo

UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

## Introdução

Durante os três primeiros anos de vida ocorrem grandes avanços nas áreas: motora, cognitiva e social, as quais são essenciais para o desenvolvimento global da criança. As aquisições nas várias áreas do desenvolvimento são relativamente uniformes e resultam da convergência de fatores genéticos e maturacionais e de um adequado desenvolvimento pré e pós-natal, constituindo assim a base biológica para o desenvolvimento típico (Oliveira, Flores & Souza, 2012). No entanto, ao longo do desenvolvimento podem existir assimetrias significativas nas várias áreas podendo-se traduzir conseqüentemente numa patologia (Accardo, Accardo & Capute, 2008).

Para Kupfer et al. (2008), o risco de desenvolvimento diferencia-se do risco psíquico. O risco de desenvolvimento surge devido a dificuldades de ordem psíquica que repercutem no desenvolvimento da criança. Isto significa, que uma situação de risco de desenvolvimento pode ocorrer devido a um desfasamento entre o nível de desenvolvimento esperado e o nível de desenvolvimento real. Por outro lado, o risco psíquico relaciona-se com entraves na constituição subjetiva que gera problemas na estruturação psíquica da criança, podendo assim emergir uma psicopatologia grave.

Na perspetiva ecológica do desenvolvimento o risco à constituição psíquica e o risco de desenvolvimento têm uma origem multifatorial, sendo resultado da convergência de fatores de risco (genéticos, biológicos, psicossociais, ambientais e comportamentais, sobretudo qualidade das funções parentais), fatores de proteção e condições particulares em que uns e outros interatuam (Franco, Melo & Apolónio, 2012).

Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança tem crescido em todo o mundo como resultado do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos duradouros na constituição do ser humano (Catão, 2016). Neste seguimento, a possibilidade de identificar a existência de risco psíquico e de desenvolvimento, tem vindo a ser amplamente investigado, principalmente, por Kupfer (2009, 2008), Laznik (2015, 2013, 2013, 2000), Jerusalinsky (2015), Catão (2015, 2009, 2006), entre outros. Esses autores partem de um olhar psicanalítico para pensar a constituição psíquica a partir da relação que se estabelece entre o bebé e aqueles que exercem as funções parentais.

Durante alguns anos as patologias graves só podiam ser detetadas a partir dos dois anos e meio da criança. Baron-Cohen et al. (1992) referiam que aos 12 meses já era possível detetar a presença de uma Perturbação do Espetro do Autismo (PEA). Contudo, Laznik (1997, 2004) menciona que aos 4 meses de vida da criança já é possível identificar sinais de risco psíquico em bebés. Esta autora propõe sinais clínicos de risco para autismo que po-

dem ser percebidos no primeiro ano de vida da criança. Esses sinais relacionam-se com o fato de o bebê não procurar fazer-se olhar pela sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela. Esta autora considera que o olhar da figura materna é um dos elementos fundamentais para o desenvolvimento normal do aparelho psíquico da criança. Neste sentido, o não olhar entre a mãe e o bebê constitui o primeiro sinal de risco de autismo. No entanto, o que indica que o bebê está em risco de autismo não é só o não olhar para a sua mãe mas também a falta capacidade de chamar a atenção do outro e de procurar iniciar uma troca jubilatória. Isto acontece porque o terceiro tempo do circuito pulsional não foi alcançado, ou seja, o bebê não se faz ver pelo outro (Laznik, 2004). O estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional é crucial uma vez que evidencia a emergência da intersubjetividade, fruto do processo de alienação-separação que ocorre tanto pelo investimento materno quanto pela apetência simbólica do bebê (Laznik, 2013).

Para Cohen et al. (2013), devido ao facto dos bebês com risco de autismo não procurarem captar a atenção do outro e de iniciarem uma troca prazerosa, a mãe pode ficar retraída e reduzir as interações uma vez que o bebê responde menos às suas solicitações. Consequentemente torna-se difícil o estabelecimento de um laço afetivo. Isto por sua vez pode interferir no nível da responsividade materna.

A responsividade materna pode ser caracterizada como uma mudança positiva e significativa no comportamento da mãe, que apresenta ações (ou atitudes) que são contingentes, apropriadas e imediatamente relacionadas com os comportamentos da criança (Bretherton, 1992; Bornstein & Tamis-LeMonda, 1997). Este conceito também inclui fatores como a aceitação, o envolvimento, o controle, o ritmo e o ajuste do padrão de interação da mãe à sua criança (Burchinal, Follmer & Bryant, 1996). A responsividade materna, no primeiro ano de vida destaca-se entre várias dimensões da interação mãe-filho que podem ser investigadas empiricamente, por se associar consistente e significativamente ao desenvolvimento infantil (Henning & Striano, 2011, citado por Alvarenga et al., 2014). Neste seguimento, Landry e colaboradores (1997) referiram que o comportamento materno responsivo desempenha um papel relevante no desenvolvimento de competências linguísticas, cognitivas, sociais e emocionais da criança. Siller e Sigman (2002) mencionam que quanto mais as mães das crianças com autismo se envolvem numa interação responsiva com os seus filhos, mais altos ficam os níveis de funcionamento de comunicação dos seus filhos. Assim, para este autor quanto mais responsivos os pais forem, mais oportunidades desenvolvimentais as crianças terão para aprenderem novos comportamentos que necessitam de modo a alcançarem níveis mais sofisticados de funcionamento. Desta forma, a responsividade materna pode ser uma componente importante para atenuar o risco para autismo, dado que a expressão da comunicação emocional do bebê só acontece se a mãe estiver adequadamente receptiva e

se for responsiva nas interações. No entanto, quando as mães apresentam um estado de sideração, ou seja, apresentam dificuldades em interagirem e cuidarem dos bebês com sinais de autismo (Cullere-Crespin, 2004), torna-se necessário estipular programas de intervenção precoce individuais junto das díades de forma a reforçar as boas relações e competências familiares através do fornecimento de suporte emocional (Franco, 2007). Por conseguinte, o reforço do estabelecimento das relações afetivas entre a díade contribui para a constituição do psiquismo do bebê.

Salienta-se que a deteção de sinais de risco e a intervenção junto da díade mãe-bebé deve ser iniciada o mais cedo possível, uma vez que há maior plasticidade cerebral da criança, permitindo assim que esta desenvolva novas vias neuronais que ajudem a diminuir o risco e a otimizar as suas potencialidades (Muratori & Maestro, 2007). É neste sentido que a análise de vídeos constitui um método ecologicamente válido, uma vez que permite, com precisão e objetividade, a observação direta das características iniciais de uma possível patologia muito antes do diagnóstico (Baranek, et al. 2005). Para tanto, compreender as interações iniciais de mães e bebé em situação de risco é fundamental para planejar a intervenção em cada caso. Acredita-se que o estudo da responsividade materna possa trazer elementos para se pensar o trabalho clínico com bebês. Neste âmbito, esta investigação pretende analisar a responsividade materna ao longo de quatro momentos de avaliação (3, 6, 9 e 12 meses) em crianças que apresentaram sinais de risco nas avaliações realizadas.

O estudo que se segue comporta uma primeira parte que diz respeito à fundamentação teórica que sustenta a investigação. No primeiro capítulo aborda-se a temática da responsividade materna no âmbito da relação mãe-bebé e a influência que exerce no desenvolvimento da criança. No segundo capítulo, aborda-se a temática dos sinais precoces de risco de desenvolvimento e psíquico que podem ser evidenciados no primeiro ano de vida da criança. Também será aprofundada algumas metodologias que existem para avaliar esses sinais, nomeadamente: a análise retrospectiva de vídeos, o questionário PREAUT e o protocolo IRDI (Indicadores de Risco para o Desenvolvimento infantil). Na segunda parte da investigação apresenta-se o estudo empírico, onde se define os Objetivos e Questões de Investigação (capítulo 3). No quarto capítulo descreve-se a metodologia de investigação, nomeadamente: os participantes, os materiais utilizados e os procedimentos para a recolha dos dados e análise dos mesmos. No quinto capítulo, correspondente aos resultados, são apresentadas Tabelas descritivas dos comportamentos avaliados em cada uma das crianças e das mães. No sexto capítulo, faz-se a análise e discussão dos resultados com base na revisão bibliográfica realizada. Por fim, no sétimo capítulo, são apresentadas as principais conclusões deste estudo tendo em conta os objetivos definidos e será feita uma reflexão sobre as sugestões para investigações futuras, as limitações principais do estudo e as prin-

cipais vantagens de se utilizar as metodologias mencionadas neste estudo para detecção precoce de sinais de risco.

## I- Enquadramento teórico

### Capítulo 1 - Responsividade materna no quadro da relação mãe-bebé

#### 1.1. Relação mãe-bebé

Os estudos da relação mãe-bebé iniciaram no período final da Segunda Guerra Mundial, a partir do estudo de Spitz (1945) com crianças de um orfanato. Neste estudo, Spitz (1945) evidenciou o papel vital da figura materna e da importância da relação que se estabelece entre a mãe e bebé, uma vez que constatou que os bebés que eram privados do contacto com as suas mães apresentavam um quadro nomeado por ele de hospitalismo, ou seja, apresentavam dificuldades no desenvolvimento físico, alterações de apetite, dificuldades em ganhar peso e ao longo do tempo, perdiam o interesse em se relacionarem, acabando alguns por falecerem. Assim, este autor demonstrou que as crianças para além de serem alimentadas e atendidas nas suas necessidades básicas, necessitavam de uma componente afetiva para se desenvolverem de forma saudável.

A partir do estudo de Spitz (1945) surgiram diversos modelos teóricos que salientam a importância desenvolvimental das interações da criança com o seu meio social e material imediato (Ferreira & Abreu Lima, 2008). As teorias psicanalíticas que emergiram deram ênfase às primeiras relações da criança, nomeadamente com a mãe, cuja vivência tem um impacto bastante significativo no seu desenvolvimento, uma vez que constituem um protótipo a partir do qual a criança constrói as suas futuras relações (Wendland, 2001).

De acordo com Winnicott (1958/2000), um bebé não existe sozinho. O bebé é a única espécie animal que nasce num estado de desamparo total, dependência absoluta e indiferenciação. Não sobrevive física e psicologicamente sem cuidados materiais e emocionais de um cuidador. Neste sentido, quando o bebé nasce a mãe deve ter a preocupação materna primária, isto é deve ter a capacidade de compreender as demandas do bebé e de responder às suas necessidades, necessidades essas que são, inicialmente fisiológicas mas que se transformam, progressivamente, em necessidades do Eu. Este autor faz referência ao *holding*, *handling* e à apresentação dos objetos (*object-presenting*) como sendo características essenciais de uma mãe suficientemente boa.

Para Winnicott (1999) o *holding* refere-se à forma como a mãe segura e sustenta o bebé, sendo necessário desde a dependência absoluta até a independência da criança. A mãe ao segurar o bebé no colo com firmeza impedindo que ele caia, aquecendo e amamentando-o, provoca no bebé satisfação, acelerando por sua vez o processo de maturação. Assim, a relação de *holding* permite a formação do psiquismo da criança e a sua organização face à realidade externa. Por sua vez, o *handling* refere-se às atividades que envolvem o desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação motora, permitindo que a criança

conheça o funcionamento do próprio corpo. Inclui-se nesta forma de interação e estimulação motora, o colocar o bebê de bruços ou em pé, fazer cócegas ou massagens ou elevar o bebê ao ar. Esta prática facilita a formação da associação psicossomática na criança, isto é, possibilita o desenvolvimento de uma inter-relação entre o psique e o corpo (Winnicott, 2001). Por fim, *object-presenting* relaciona-se com interações entre o bebê e o mundo externo. Estas interações com o meio ocorrem através da mãe, no qual esta apresenta e nomeia objetos, apresenta estímulos visuais, canta e brinca com os objetos (Winnicott, 2001).

Bion (1962/1991) também referiu que o bebê já nascia com uma apetência para se relacionar e para se vincular com os seus prestadores de cuidados. Desde muito cedo o bebê procura dar sentido à sua existência e por isso liga-se ao ser humano através do órgão dos sentidos, visto que possui ainda um aparelho mental rudimentar. Deste modo, a tarefa dos pais, em particular à mãe, é dar um significado às experiências emocionais do bebê. Segundo este autor a *capacidade de rêverie* da mãe é fundamental para o bebê elaborar o seu aparelho psíquico. Este termo consiste em a mãe manter-se inconscientemente em contacto com as comunicações de dor por parte do bebê, ou com as suas expressões de prazer, recebendo-as, harmonizando-se com elas caso sejam calmas e carinhosas, ou se forem de aflição ou raiva molda-as e devolve-as ao bebê numa forma reconhecível e doravante tolerável (Bion, 1962/1991).

De acordo com Klaus e Kennell (1976, citado por Wendland, 2001), a relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebê foi designada por "*bonding*". Esta relação é estabelecida logo desde os primeiros contactos após o parto, num período denominado sensível, durante o qual a mãe se encontra particularmente responsiva para com o bebê. Refere-se assim ao investimento emocional do bebê, composto de experiências repetidas e prazerosas. Nesta linha, Brazelton e Cramer (1989), referiram que as mães apresentam, em graus variados, a capacidade de reconhecer as necessidades, preferências e limites do bebê. Reconhecem ainda a forma peculiar de comunicação dos bebês, ajustando o seu comportamento a esses aspetos.

Estudos sobre o apego demonstram de forma consistente que os momentos iniciais de interação entre a mãe e o bebê, nomeadamente os três primeiros meses designados por puerpério, são cruciais para formação e consolidação do vínculo entre a díade (Figueiredo, 2001).

Bowlby (2006) salienta a importância do bebê vivenciar uma relação satisfatória e prazerosa de amor e continuidade com a mãe. Segundo este autor todos os bebês têm a capacidade para estabelecer vínculos com as figuras que lhes prestam cuidados, porém a qualidade desta relação depende da qualidade dos cuidados que essas figuras lhe prestam, bem como o modo como o bebê as experiencia. Para o bebê desenvolver um padrão de vincula-

ção segura é essencial que a mãe adote um carácter responsivo, sensível e disponível na interação (Bowlby, 1990, citado por Silva & Porto, 2016). Para este autor a vinculação consiste numa ligação afetiva que envolve figuras específicas e atração mútua. Segundo Zamberlan (2002) a qualidade do vínculo afetivo entre mãe-filho pode trazer para a criança modificações nos diferentes níveis do seu desenvolvimento.

Com base no que foi referido destaca-se que para além da importância de a mãe responder às necessidades fisiológicas do bebé é igualmente importante haver uma interação recíproca, no qual o bebé também deve responder às solicitações da mãe (Ribas, 1996, citado por Moura et al., 2004). Neste sentido na relação entre a díade deve de haver reciprocidade no qual a mãe e o bebé são sensíveis aos sinais um do outro e respondem a eles. Segundo Lebovivi (1983, p.95, citado por Figueiredo, 2001) “*A mãe entra em contacto com o bebé, dirigindo-lhe algumas mensagens, e o bebé, por sua vez, responde-lhe com recurso aos seus próprios meios*”. Neste sentido, a constituição desta relação é, assim, um processo bidirecional, onde o bebé não é somente passivo e submetido às influências do ambiente, mas é também um ser ativo que modifica o seu meio, sendo a mãe a principal responsável pela interpretação das suas necessidades físicas e psíquicas (Cramer, 1987).

Segundo Zamberlan (2002) e Moura et al. (2004), os episódios de interação entre mãe e bebé ocorrem sobretudo face a face e por isso ambos comunicam através do olhar, sorrisos, vocalizações, posturas, gestos, expressões faciais, tom de voz, aproximação e afastamento corporal e brincadeiras, entre outros. Os sinais do bebé, como o choro, o sorriso e as vocalizações despertam a sensibilidade e a responsividade materna. Por conseguinte, a experiência da alimentação, o carinho, o olhar e a vocalização da mãe gera no bebé sentimentos de gratificação (Soifer, 1992). Para Brazelton e Cramer (1992), estes comportamentos maternos são indicadores da qualidade da interação.

## **1.2 Conceito de responsividade materna**

No primeiro ano de vida a responsividade materna, também definida por sensibilidade materna, destaca-se entre várias dimensões da interação mãe-filho que podem ser investigadas empiricamente, por se associar consistente e significativamente ao desenvolvimento infantil (Henning & Striano, 2011, citado por Alvarenga et al., 2014). Nesta linha, através dos trabalhos de Bornstein e Lamb (1992), Bornstein e Tamis-Lemonda (1997), Wakschlag e Hans (1999) e Landry et al. (1997) o conceito de responsividade ganhou crescente interesse.

Na literatura encontram-se diferentes definições de responsividade materna.

A responsividade materna foi definida inicialmente por Isabella, Belsky e Von Eye (1989) como a atenção e percepção consistentes, interpretação acurada e resposta contin-

gente e apropriada aos sinais da criança. Esta característica da mãe favoreceria a ocorrência de interações sincrônicas e mutuamente recompensadoras na díade.

Bretherton (1992) e Bornstein e Tamis-LeMonda (1997) caracterizam a responsividade como uma mudança positiva e significativa no comportamento da mãe, no qual esta apresenta ações (ou atitudes) que são contingentes, apropriados e imediatamente relacionados com os comportamentos da criança.

Burchinal, Follmer e Bryant (1996) definem a responsividade de uma forma mais ampla e abrangente, incluindo fatores como a aceitação, o envolvimento, o controle, o ritmo e o ajuste do padrão de interação da mãe à sua criança.

Para Wakschlag e Hans (1999), a responsividade pode ser distinguida de outros atributos parentais positivos, como o afeto e a estimulação, porque envolve ações parentais que são contingentes aos sinais da criança e são apropriadas aos seus desejos e necessidades, incluindo a necessidade de autonomia. De acordo com estes autores, a responsividade não é um construto único, mas um domínio que consiste num complexo de construtos e variáveis relacionadas, como, por exemplo, sensibilidade a pistas sociais, empatia, capacidade de previsão, não-intrusividade, disponibilidade emocional e envolvimento positivo.

Ruble et al. (2008) também considera a responsividade um construto multidimensional que envolve aspectos como: diretividade-intrusividade, resposta contingente e recíproca, suporte afetivo e sensibilidade ou sincronia ao foco de atenção da criança. De acordo com este autor a diretividade consiste em comportamentos verbais e não-verbais utilizados pelos pais com o objetivo de chamar a atenção da criança e/ou orientá-la durante a realização de uma ação (por exemplo, os pais seguem o foco de atenção da criança ou iniciam uma interação caso a criança não o faça e/ou seguram a mão da criança para auxiliá-la na execução da tarefa). Neste sentido, a diretividade permite a elaboração ou expansão do comportamento da criança. Por outro lado, a intrusividade consiste em comportamentos imperativos, reprovações e falta de *feedback* para o comportamento da criança, mudanças inapropriadas do foco de atenção e falta de respeito ao ritmo e interesses da criança (por exemplo, os pais apresentam vários brinquedos ao mesmo tempo sem esperar a reação/resposta da criança). Neste sentido, considera-se a intrusividade materna como interferência e insensibilidade, baseada na falta de respeito à autonomia da criança, no qual a mãe realiza intervenções desnecessárias no comportamento da criança com o objetivo de dirigi-lo. A mãe altamente intrusiva tem em mente os seus próprios objetivos, não respeitando as iniciativas da criança nem o seu ritmo. Contudo, em alguns casos a restrição pode ter o objetivo de garantir a segurança da criança (Assel et al., 2002).

Para Landry et al. (2006) a responsividade materna implica ainda a reciprocidade nas interações diádicas, no qual mãe e bebê comunicam entre si.

Do ponto de vista do desenvolvimento humano existem duas dimensões importantes relacionados com o comportamento materno responsivo, sendo elas: a qualidade da interação e contingência da interação.

A dimensão da qualidade da interação considera fatores ligados ao domínio dos afetos (por exemplo calor emocional, proximidade, intimidade, entre outros). Landry, Smith e Swank (2006) referem que a presença de estímulos de afeto positivo e ausência de comportamentos que demonstrem afeto negativo (por exemplo o tom de voz ríspido e intrusão física) podem suscitar na criança sentimentos de interesse e aceitação da figura materna.

A dimensão da contingência da interação envolve a percepção e interpretação das pistas da criança e a seleção de uma resposta apropriada, em que a mãe responde de forma rápida e contingente (Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall, 1978, citado por Wakschlag & Hans, 1999). A resposta contingente também consiste em apoiar a criança na sua autorregulação, permitindo a exploração autónoma do ambiente. Para além disso, a resposta contingente pressupõe que a mãe e a criança estejam em sintonia e haja um clima relacional positivo, no qual as ações intrusivas estão ausentes do comportamento materno. Neste âmbito, a ausência de intrusão física e um tom de voz adequado são elementos de uma resposta contingente adaptativa do ponto de vista do desenvolvimento da criança (Landry et al., 1997).

A distinção destas duas dimensões (qualidade da interação e contingência da interação) leva alguns autores a questionarem se estas dimensões são ou não independentes. Neste sentido, Keller et al. (1999) constataram que a qualidade e a contingência da interação materna são muitas vezes independentes, não se encontrando associações significativas entre elas, e por conseguinte, a capacidade da criança detetar contingências no comportamento do adulto não depende de aspetos afetivos específicos. Por outro lado, Keller et al. (1999) também defendem a prevalência de uma conceção de responsividade unitária, em que a combinação de afeto e contingência proporciona um desenvolvimento favorável.

Bornstein e Tamis-LeMonda (1989) referem que no conceito de responsividade surge implicada a ideia de interação enquanto processo complexo tripartido que envolve a ação da criança, a reação dos pais e o reflexo destes sobre a criança. Desta forma, a responsividade passa a ser vista como uma relação bidirecional complexa e não apenas como um comportamento materno unidirecional. Assim, Martin (1989) refere que a responsividade materna pode ser influenciada tanto por características maternas como também por características da criança, tais como fatores de risco biológico e temperamento da criança. Relativamente às características maternas destacam-se a responsividade ou sensibilidade, intrusividade, diretividade, sincronia e depressão materna. Para além das características da díade desta-

cam-se as variáveis contextuais, por exemplo, a condição socioeconômica, que atua na qualidade da interação (Sameroff, 2009).

#### **1.1.1.1. Influência da responsividade materna no desenvolvimento da criança**

Os estudos sobre o apego têm demonstrado de forma consistente que o primeiro ano de vida é um período crítico para o desenvolvimento psíquico, afetivo, cognitivo e social da criança (Landry et al., 1997; Bornstein, & Tamis-LeMonda, 1989; 1997). Por conseguinte, durante este período é crucial que os pais respondam ao comportamento da criança de forma sensível. Nesta linha, os estudos de Landry et al. (1997; 2001; 2006) indicam que o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança deve-se sobretudo a comportamentos maternos sensíveis, focados na criança e que não são controladores nem restritivos. Neste sentido, a responsividade materna é um elemento essencial ao desenvolvimento do bebê e à sua estruturação psíquica. Denota-se que a responsividade também é influenciada pela própria evolução do bebê.

A estruturação psíquica do bebê deve-se sobretudo ao desejo materno pelo bebê e à comunicação afetiva que é estabelecida entre a díade. Nesta linha, Golse (2013) refere que a voz, o rosto e a forma como a mãe sustenta o bebê, aparecerem como fatores fundamentais da facilitação para a comodalização perceptiva do bebê, isto é, facilitam a integração das distintas informações sensoriais, que por conseguinte facilita o acesso do bebê à subjetividade.

Stern (1992), refere que o bebê ao nascer possui apetência simbólica para se relacionar com os outros e de ser responsivo aos sentimentos e estados subjetivos dos outros. Esta capacidade inata começa a ser mais evidente a partir do segundo e do terceiro mês de vida do bebê e é denominada por Trevarthen (1978) de intersubjetividade primária. Neste período o bebê começa a demonstrar interesse pela fala da mãe e orienta a sua atenção para o seu rosto e responde às suas solicitações. A comunicação afetiva na intersubjetividade primária pode ser observadas através dos comportamentos desempenhados pela mãe com o objetivo de satisfazer as necessidades fisiológicas imediatas do bebê (Stern, 1992). Os bebês respondem através de um olhar fixo ou desviam o contato ocular, viram a cabeça, choram, sorriem, procuram ou evitam o contato físico. Assim, esta comunicação ocorre por meio de interações face a face, havendo por conseguinte trocas de experiências e emoções entre a mãe e o bebê. Torna-se crucial que a mãe compartilhe estados de afeto positivo com o bebê, uma vez que a expressão da comunicação emocional do bebê só acontece se a mãe estiver adequadamente receptiva e se for responsiva nas interações. Para Cullere-Crespin (2007) para que o bebê reconheça o outro e possa comunicar com ele é fundamen-

tal que a mãe deseje o bebê, uma vez que é a partir desse desejo que o bebê se irá identificar com o outro. Ressalta-se que a mãe deve ser altamente expressiva, calorosa e afetuosa de modo a captar a atenção do bebê. Por conseguinte, através destas manifestações maternas o bebê percebe a intenção comunicativa do adulto no qual desenvolve a sua capacidade simbólica, isto é, capacidade para evocar objetos ou situações fora do seu campo perceptual por meio de símbolos ou signos diferenciados.

Stern (1992) defende que a intersubjetividade é a primeira forma de conexão afetiva que o bebê experimenta e define subsequentemente o desenvolvimento das funções cognitivas superiores incluindo a linguagem. Nesta linha, Peruzzollo (2016) referiu que o desenvolvimento do sujeito cognitivo acontece devido ao desejo do bebê de estar na relação com o Outro primordial. Assim, a mãe, tendo em conta que é o adulto que passa mais tempo com a criança, deve ser responsável pelo desenvolvimento de novos processos cognitivos da criança (como por exemplo a linguagem), funcionando assim como agente metacognitivo (McLane, 1987, citado por Ferreira, 2009).

De acordo com Mahoney (2009), de todas as qualidades parentais promotoras do desenvolvimento da criança até agora estudadas, como por exemplo quantidade de estimulação, a quantidade de reforço e os tipos de brinquedos, a responsividade, é a principal influência do nível comunicacional das crianças e o único preditor da independência da criança e das relações futuras entre esta e os seus pares, uma vez que se associa positivamente com a vinculação aos pais. Segundo Rondal, Pereira e Spiker (2011) as crianças atingem níveis mais elevados de comunicação se os pais respondem aos seus comportamentos e os interpretam de forma significativa.

Segundo Landry et al. (1997), a qualidade da linguagem utilizada pela mãe desempenha um papel importante para a expansão e enriquecimento do vocabulário da criança. Uma linguagem materna responsiva que inclui a nomeações e descrições de objetos e ações, estabelecimento de relações de causa e efeito e/ou organização e estruturação verbal das atividades realizadas com a criança, possibilita que a criança enriqueça o seu repertório linguístico e que adquira um maior número de competências verbais

Tomasello e Farrar (1986, citado por Ferreira & Abreu-Lima, 2008) referem que as estratégias de manutenção da atenção são cruciais para o desenvolvimento das competências cognitivas da criança. O suporte à manutenção da atenção na tarefa constitui um comportamento materno responsivo, em que a mãe deve estar atenta aos sinais da criança e deve perceber qual o nível ótimo até ao qual deve prolongar uma atividade. O contacto ocular, verbalizações encorajadoras e expansões de atividade são alguns dos comportamentos maternos que possibilitam manter a atenção da criança numa determinada tarefa (Ferreira & Abreu-Lima, 2008). Contudo, o pouco envolvimento e interesse das mães nas atividades do

bebé podem interferir com o desenvolvimento da atenção conjunta do bebé, isto é com a intersubjetividade secundária. Segundo Trevarthen (1978) a atenção conjunta (*joint attention*) surge por volta dos nove meses de idade e também depende da resposta afetiva da mãe. A intersubjetividade secundária corresponde ao momento em que criança compartilha um foco de atenção com a mãe, tentando direcionar a atenção do adulto através do apontar, mostrar ou monitorar o olhar para alcançar por exemplo um objeto de interesse (Bruner, 1983, citado por Baron-Cohen et al., 2000).

Trevarthen (1978) refere que a intersubjetividade do bebé envolve o reconhecimento e a coordenação de intenções presentes nas comunicações mãe-bebé. Neste sentido, é necessário a ocorrência de duas atividades em simultâneo, mencionadas anteriormente: intersubjetividade primária e secundária.

Landry, Smith e Swank (2006) referem que a presença de estímulos de afeto positivo e ausência de comportamentos que demonstrem afeto negativo (por exemplo o tom de voz ríspido e intrusão física) podem suscitar na criança sentimentos de interesse e aceitação da figura materna, levando a uma maior vontade de comunicar com o outro.

Siller e Sigman (2002) mencionam que quanto mais as mães das crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) se envolvem numa interação responsiva com os seus filhos, mais altos ficam os níveis de funcionamento de comunicação. Assim, quanto mais responsivos os pais forem, mais oportunidades de desenvolvimento as crianças terão para aprenderem novos comportamentos que necessitam de modo a alcançarem níveis mais sofisticados de funcionamento.

Bornstein e TamisLeMonda (1989), salientam que a responsividade materna tem influência na promoção da autorregulação da criança, uma vez que é a partir da experiência de regulação emocional do cuidador que a criança aprende a autorregular. Desta forma, a criança desenvolve sentimentos de autocontrolo e autoeficácia, necessários para a aquisição de outras competências. Uma mãe responsiva deve reconhecer a necessidade de autonomia da criança à medida que esta se desenvolve e conseqüentemente deve estimular a independência da criança na exploração do meio, apoiando na aquisição das capacidades que emergem (Landry et al., 1997). Assim, o carácter das interações iniciais fornecem uma base que permite que as crianças se sintam seguras e confiantes em relação aos outros e ao meio envolvente (Ainsworth et al., 1978, citado por Landry, 2001). Além disso, as práticas responsivas também influenciam o desenvolvimento social da criança, permitindo que estas desenvolvam a cooperação e a iniciativa social (Wakschlag & Hans, 1999; Landry et al., 2001; Landry, Smith e Swank, 2006).

Wakschlag e Hans (1999) referem que a responsividade materna na infância está relacionada a um menor risco de problemas comportamentais das crianças na infância média.

Denota-se que os ganhos são maiores se os comportamentos responsivos maternos forem consistentes e constantes ao longo do desenvolvimento da criança, caso contrário evidencia-se uma grande diminuição nas vantagens destas interações por volta dos quatro anos. Estas evidências vêm corroborar a ideia de que as práticas de Intervenção Precoce (IP) são mais eficazes quando se centram na família e que vão no sentido de aumentar a qualidade da interações pais-criança (Mahoney, 2009).

Por fim, apesar da responsividade materna ter impacto no desenvolvimento da criança, a exposição da criança a comportamentos maternos ríspidos e/ou pouco responsivos tem um impacto significativamente negativo no seu desenvolvimento (Bates, Pettit, Dodge & Ridge, 1998).

Em suma, as crianças necessitam de relações precoces que lhes disponibilizem apoio seguro que potencie a sua autonomia e autoeficácia. Necessitam ainda de afeto positivo para desenvolver uma autoestima igualmente positiva e necessitam de experiências de respeito mútuo e de interações recíprocas para aprender a estabelecer e manter relações positivas. Se essas condições para relações positivas ocorrem e se o bebé não possui limitações orgânicas importantes, o seu desenvolvimento ocorrerá de modo típico, sem sofrimento importante e com oportunidade de se adaptar socialmente. No entanto, se essas condições falham, seja por fatores ambientais ou por fatores biológicos do bebé, pode haver risco ao desenvolvimento e também pode estar em risco à constituição psíquica.

## Capítulo 2 - Sinais Precoces de Risco

### 2.1. Risco ao desenvolvimento e risco psíquico

Durante os três primeiros anos de vida ocorrem grandes avanços nas áreas: motora, cognitiva e social, as quais são essenciais para o desenvolvimento global da criança. As aquisições nas várias áreas do desenvolvimento são relativamente uniformes e dependem de fatores genéticos e maturacionais, que abrangem o período pré e pós-natal e as interações com aqueles que exercem as funções parentais (Oliveira, Flores & Souza, 2012). No entanto ao longo do desenvolvimento podem existir assimetrias significativas nas várias áreas podendo-se traduzir conseqüentemente numa patologia (Accardo, Accardo & Capute, 2008). Estes autores descrevem três tipos de alterações de desenvolvimento na infância: atraso, dissociação e desvio. O atraso do desenvolvimento psicomotor caracteriza-se por um desfasamento entre a idade cronológica da criança e a idade correspondente às aquisições demonstradas, de uma forma uniforme. Quanto maior a gravidade do atraso de neurodesenvolvimento, maior a probabilidade de haver uma lesão do sistema nervoso central (Goldfarb & Roberts, 1996). A dissociação diz respeito a uma diferença significativa entre as várias áreas do desenvolvimento, em que uma das áreas está mais afetada (Goldfarb, 1996). Por último, o desvio refere-se a uma aquisição não sequencial de competências numa ou mais áreas do desenvolvimento. A perda de seqüência pode ser devida a alterações neurológicas. Para além destes tipos clássicos de alteração do neurodesenvolvimento, também podem ser descritos outros dois

Partindo da perspectiva da psicologia do desenvolvimento o conceito de risco é definido como um elemento que, quando presente, determina uma maior probabilidade do surgimento de problemas. Neste âmbito, o risco surge associado à vulnerabilidade das crianças de desenvolverem perturbações, desordens, estados deficitários ou doenças ao longo do percurso desenvolvimental (Halpern, 2000).

Para Kupfer et al. (2008), numa perspectiva psicanalítica, o risco de desenvolvimento diferencia-se do risco psíquico. Para a autora o risco de desenvolvimento surge devido a dificuldades de ordem psíquica que repercutem no desenvolvimento da criança (Kupfer et al., 2008). Isto significa, que uma situação de risco de desenvolvimento pode ocorrer devido a um desfasamento entre o nível de desenvolvimento esperado e o nível de desenvolvimento real. Denota-se que em casos de risco de desenvolvimento a instalação do sujeito psíquico não é afetada. O que fica afetado são os aspetos instrumentais do desenvolvimento, ou seja, a criança produzirá sintomas de defesa que se evidenciam por exemplo num atraso na aquisição da linguagem ou alterações psicomotoras, entre outros. Os aspetos instrumentais são ferramentas das quais o sujeito utiliza para se relacionar com o mundo, tais como: a

psicomotricidade, comunicação, aprendizagem e socialização, entre outros. Por outro lado, o risco psíquico relaciona-se com entraves na constituição subjetiva que gera problemas na estruturação psíquica da criança, podendo assim emergir uma psicopatologia grave. Assim, quando a constituição psíquica sofre dificuldades no enlaçamento das dimensões simbólicas, real e imaginária, o desfecho da criança pode ser rumo à estruturação psicopatológica como o autismo ou psicose (Laznik, 2016).

Na perspectiva ecológica do desenvolvimento o risco à constituição psíquica e o risco de desenvolvimento têm uma origem multifatorial, sendo resultado da convergência de fatores de risco (genéticos, biológicos, psicossociais, ambientais e comportamentais, sobretudo qualidade das funções parentais), fatores de proteção e condições particulares em que uns e outros interatuam (Franco, Melo & Apolônio, 2012).

Denota-se que durante alguns anos as patologias graves só podiam ser detetadas a partir dos dois anos e meio da criança. Contudo diversos estudos têm comprovado que os sintomas de uma Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) geralmente são passíveis de identificação a partir dos 12 meses de idade, tornando-se mais estáveis entre os 18 e 24 meses (Baron-Cohen, Allen & Gillberg, 1992). No entanto Laznik (1997) através dos seus estudos com bebés refere que aos 4 meses de vida do bebé já é possível identificar sinais de risco psíquico para uma estruturação autista. Esta autora (2004) propõe sinais clínicos de risco para autismo que podem ser percebidos no primeiro ano de vida da criança.

Esses sinais relacionam-se com o fato de o bebé não procurar fazer-se olhar pela sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela, isto porque o terceiro tempo do circuito pulsional não fechou. A observação de que esse terceiro tempo não se fecha na pulsão escópica, oral e invocante levou a autora a propor os Sinais PREAUT que foram validados numa pesquisa realizada com aproximadamente 14000 crianças na França (Cullere-Crespin & Parlato-Oliveira, 2015).

Na perspectiva Lacaniana (1998) se este olhar não ocorre, o estágio do espelho poderá não se constituir ou se constituir mal. Para Lacan (1998), o estágio espelho ocorre aproximadamente entre o sexto e o 18º mês de idade da criança e representa o momento inicial da constituição imaginária do Eu. A noção do Eu constitui-se a partir das identificações com a imagem do outro e da percepção da sua própria imagem no espelho. É a partir das identificações que a mãe e o bebé se relacionam e é através da imagem refletida no olhar do outro, que o bebé constrói o seu sentimento de unidade, ou seja, toma consciência do corpo como uma totalidade e começa a diferenciar o seu corpo do mundo exterior. Para além disso, este olhar, é a base para o bebé se relacionar com os outros e para explorar o mundo que o rodeia (Lacan, 1998). A construção da própria imagem psíquica e do outro antecede a própria maturação fisiológica e motora do sujeito (Jerusalinsky, 2012; Laznik, 2013).

Neste seguimento, salienta-se que o conjunto das aquisições do desenvolvimento motor estão diretamente associados à possibilidade da criança construir psicologicamente uma imagem de um corpo próprio. Segundo Laznik (1997) o olhar é um dos elementos fundamentais para o desenvolvimento normal do aparelho psíquico da criança, sendo caracterizado por uma forma particular de investimento libidinal, uma vez que permite aos pais uma ilusão antecipadora das necessidades do bebê. Franco e Campos (2010) referem que a partir das interações significativas na infância que o sujeito constrói as representações do self e dos outros.

Lacan (2008/1964), partindo da teoria de Freud, caracteriza o circuito pulsional como um processo que possibilita a satisfação da pulsão, que ocorre num trajeto em três tempos, em forma de um circuito. No primeiro tempo do circuito, denominado de ativo, o bebê procura um objeto externo (seio, olhar, voz), no nível da pulsão oral, para apoderar-se dele e satisfazer as necessidades biológicas. No segundo tempo, designado de reflexivo, o bebê tem capacidade autoerótica, isto é, o bebê toma como objeto uma parte de seu próprio corpo (por exemplo chupa o próprio dedo). Este segundo tempo só é denominado de autoerotismo quando o primeiro tempo do circuito está completo, isto é, quando a instância do Outro já se fez presente e encontra-se na dimensão do Eros – pulsão de vida (Catão, 2009). Laznik (2013) menciona que autoerotismo sem Eros indica a presença de autismo. Por último, no terceiro tempo da pulsão, o bebê oferece-se como objeto de gozo do Outro, ou seja, o bebê coloca o seu dedo (do pé ou da mão) na boca do outro, em que este vai fingir “comer” de forma prazerosa. Este é o tempo que o bebê procura ligar-se ao outro. Na perspectiva Lacaniana (2008/1964) o terceiro tempo é o momento em que torna-se ativo na demanda, uma vez que é o tempo em que o bebê se faz ver (pulsão escópica), se faz ouvir (pulsão invocante), e se faz “devorar” (pulsão oral). Ressalta-se que antes do surgimento da linguagem as primeiras manifestações invocantes ocorrem através do choro, gritos ou sorrisos funcionando como atos de fala endereçados aos seus cuidadores. Portanto cabe a estes interpretarem as várias sensações do bebê enquanto falam com este. Estes elementos pulsionais (especularidade, oralidade e invocante) são importantes no desenvolvimento do bebê e é por meio deles que o bebê percebe que é fonte de satisfação para o adulto, iniciando assim trocas prazerosas/ jubilatórias. Por conseguinte, quando o bebê inicia as trocas jubilatórias com o outro, o circuito pulsional fecha. Para Laznik (2013) o estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional evidencia que o bebê já possui sinais de intersubjetividade secundária.

Laznik (1997) observou nos seus trabalhos que as crianças que apresentavam sinais de autismo, o terceiro tempo do circuito pulsional estava sempre ausente, ou seja, a criança não se fazia ver, ouvir ou devorar. Para Laznik (2015) a ausência do terceiro tempo deve-se

à falha no processo de alienação com a figura materna, isto porque o agente materno não exerceu a sua função estruturante, verificando-se assim uma ausência das identificações primordiais entre o bebê e a sua mãe. Por outro lado, Laznik (2015) considera que nos casos de psicose infantil o terceiro tempo do circuito pulsional encontra-se sempre presente, uma vez que falha na psicose ocorre à posteriori da vivência completa do circuito pulsional. Segundo Jerusalinsky (2012), a psicose surge porque a entrada do pai na relação não foi propriamente inscrita no discurso materno. Assim, o pai não aparece no discurso materno como agente da castração simbólica, ficando a criança submetida a uma relação dual com o agente materno sendo objeto da projeção narcísica.

Golse (2013) aponta que a ausência do terceiro tempo do circuito pulsional em bebês com sinais de autismo, pode estar possivelmente relacionado com a dificuldade na intersubjetividade primária, ou seja, os bebês têm pouca apetência simbólica e por isso têm dificuldade de orientar o rosto para a mãe e responder às suas solicitações. Por conseguinte, a falta de apetência irá dificultar o surgimento da intersubjetividade secundária.

Falck-Ytter, Bölte, e Gredebäck (2013), a partir de uma revisão sistemática a respeito do rastreamento ocular (*eye tracking*) em crianças com risco de autismo, evidenciaram que um dos sinais de risco de autismo no primeiro ano de vida é o reduzido período de olhar para rostos e pessoas e dificuldades dos bebês desviarem o olhar quando algo lhes prende a atenção. Estes autores também evidenciaram que nos casos onde havia o olhar direcionado à face, este era direcionado apenas partes do rosto, tais como boca ou olhos. Tal evidência sugere a dificuldade de integração que a criança autista apresenta em relacionar diferentes estímulos sensoriais na compreensão da informação.

De acordo com Muratori (2014) o que caracteriza o autismo em crianças não é a ausência total de comportamentos intersubjetivos, mas a debilidade deles. Para este autor, o defeito da intersubjetividade em crianças com sinais de autismo é devido à diminuição da atenção à face humana. Estas crianças apresentam dificuldades para tomar consciência da existência do outro e modular as suas próprias ações e as suas intenções em relação à presença deste outro. Apesar destas crianças, por vezes, responderem quando são ativamente estimuladas pelos pais, raramente têm condições de assumir a iniciativa e começarem uma interação prazerosa. Para além disso, também têm dificuldade em antecipar as ações do outro e de compreender as intenções dos gestos de outras pessoas. Para Clifford e Dissanayke, (2008) bebês com autismo demonstram ainda um repertório restrito de afetos e expressões faciais pouco moduladas, apresentam retraimento, hipoatividade, falta de expressão emocional e menos e capacidade de resposta após chamada do nome.

Trevarthen e Dalefield-Butt (2013) analisaram a reciprocidade e a sincronia na relação intersubjetiva da criança com o seu cuidador através de um estudo retrospectivo de vídeos

familiares. No estudo verificaram que os bebês que foram diagnosticados com autismo apresentavam, para além das dificuldades na interação social, problemas na comunicação, atrasos no desenvolvimento da linguagem, problemas motores, capacidade de brincar limitada e comprometimento do desenvolvimento cognitivo. Em crianças autistas o jogo exploratório está ausente, manipulando apenas o objeto com a boca ou toque de forma rígida, repetida e monótona, não havendo a intenção de brincar (Fejerman, et al.1994).

Laznik (2015) através dos seus estudos verificou que os bebês que foram posteriormente diagnosticados com autismo tinham dificuldade em erotizar as partes do próprio corpo. Para o bebê que se tornará autista, a sua mão é sugada com a mesma veemência que qualquer outro objeto inanimado ao seu redor. Neste sentido, torna-se importante um investimento materno nas partes do corpo do bebê, de forma a avançar para a próxima etapa, no qual o bebê irá descobrir o que lhe é externo.

Saint-Georges et al. (2011) afirma com base nos seus estudos que o defeito da intersubjetividade não se baseia apenas na redução do interesse social pelas faces humanas, mas também pelo excessivo interesse em objetos físicos. Nesta linha, Muratori (2014) salienta que o aumento excessivo do interesse do bebê pelos objetos prejudica o desenvolvimento de ações sociais compartilhadas (intersubjetividade secundária). As crianças são envolvidas em ações compartilhadas apenas a partir da intencionalidade do outro, uma vez que não possuem iniciativa de provocar o outro. Nesta sequência, estas dificuldades prejudicam o desenvolvimento da intersubjetividade, afetando negativamente a interação mãe-criança.

Cullere-Crespin (2004) atribuiu a designação de “estado de sideração” às mães que apresentam dificuldades em interagirem e cuidarem dos bebês com sinais de autismo. Neste seguimento, Cohen et al. (2013) a partir das suas pesquisas constatou que a lentidão ou a ausência de respostas do bebê frente aos estímulos maternos causava o retraimento materno. Isto porque o exercício da função materna é nutrido pela capacidade de responsividade do seu bebê e por isso quando o bebê não é responsivo a mãe tem dificuldade em interagir com o bebê e em responder às suas necessidades. Assim, a responsividade materna da mãe pode diminuir e consecutivamente o risco para autismo do bebê pode-se agravar. Laznik (2004) sugere que os traços de autismo no bebê modificam o estado psíquico materno, destruindo o desejo de ser mãe. No entanto, esta autora salienta que o estado de sideração e o pensamento materno podem ser reversíveis se for proposto um acompanhamento terapêutico apropriado desde o início.

Muratori (2014) salienta a importância da adoção do manênis pelas figuras parentais, na medida em que vai apoiar o desenvolvimento dos circuitos neuronais, permitindo que a linguagem e a intersubjetividade da criança emergjam.

O *manhês* não é apenas uma linguagem que os adultos dirigem a uma criança, trata-se de uma co-construção entre o adulto e o recém-nascido (Laznik, 2013). Em comparação à fala dirigida ao adulto, o *manhês* tem características específicas de ritmo, melodia e prosódia e é caracterizado por: uma linguagem mais simples e mais breve; as vogais serem prolongadas, que torna a fala mais lenta e as frases terem poucas sílabas ou palavras com características mais musicais; utilização de frases repetidas com picos sonoros altos; entonação exagerada (Laznik, 2013). Neste sentido, o *manhês* regula a excitação e capta a atenção da criança e serve de modelo verbal precoce que orienta o bebê na comunicação oral facilitando também a interpretação das emoções.

Cohen et al. (2013) demonstraram que o *manhês* está significativamente associado às respostas infantis. Para bebês com o desenvolvimento típico, o *manhês* parece mediar os turnos de fala entre a díade mãe-bebê, devido a preferência dos bebês pela voz materna. Nesse sentido, a resposta do bebê ao estímulo materno e vice-versa, retroalimenta a relação intersubjetiva. E essa responsividade, ancorada na relação afetiva, incide sobre a capacidade de atenção, aprendizagem e de interação social do bebê.

Roth (2016) refere que bebês que posteriormente foram diagnosticados com autismo, essa preferência pela voz materna não foi evidenciada, dificultando o engajamento do bebê na relação intersubjetiva. Apesar disso, os pais destas crianças utilizaram o *manhês* de forma ainda mais significativa do que pais de bebês com um desenvolvimento típico. Uma das justificativas apresentadas estaria no fato de que esses pais modificaram o seu padrão de interação, preenchendo mais os turnos da fala utilizando tanto o *manhês* quanto a fala dirigida de forma mais incisiva, na tentativa de adaptar o seu comportamento devido a falta de responsividade por parte da criança.

Por fim, alguns estudos têm demonstrado que crianças que vivem em países em desenvolvimento estão mais expostas a vários fatores de risco, tais como o de viverem em condições socioeconômicas adversas e o de nascerem de gestações desfavoráveis (Halpern, 2000). Consequentemente, o desenvolvimento cognitivo, físico e/ou social pode ficar comprometido e por isso há maior probabilidade das crianças de desenvolverem uma perturbação do desenvolvimento. Nesta linha, Shevell et al. (2003) estimaram que nos países desenvolvidos, aproximadamente 5% a 10% das crianças tiveram o desenvolvimento comprometido.

## **2.2. Metodologias para identificação de sinais de risco**

### **2.2.1. Sinais PREAUT e Protocolo IRDI**

A pesquisa dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) e a pesquisa PREAUT permitem, através da observação da interação mãe-bebê, detetar sinais de risco para o desenvolvimento infantil e risco psíquico (Oliveira, Flores & Souza, 2012).

A partir dos dois sinais elaborados por Laznik e da necessidade de verificar nos bebês sinais de risco para autismo tornou-se necessário validar esses sinais e capacitar os profissionais para identificá-los. Neste âmbito, em 1998, foi criada, na França, a Associação PREAUT (Programme Recherche Evaluation Autisme). Em 1999, este grupo desenvolveu a pesquisa PREAUT intitulada de *“Avaliação de um conjunto coerente de instrumentos de determinação de perturbações precoces da comunicação que pode prever um distúrbio grave do desenvolvimento de tipo autístico”* (PREAUT, 2010).

A pesquisa PREAUT, baseada nos pressupostos de Laznik, tem como hipótese de que os bebês em risco de evolução de autismo não têm a capacidade de iniciar as trocas com o outro familiar de forma lúdica e jubilatória. Neste sentido, a pesquisa PREAUT analisa falhas nas interações iniciais a partir dos dois sinais de risco identificados por Laznik, sendo eles: (S1) o bebê procura fazer-se olhar pela sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela; (S2): o bebê procura suscitar a troca jubilatória com a sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela. Para Laznik (2006) estes dois sinais podem representar riscos para a constituição psíquica do bebê, uma vez que estão associados ao fechamento do circuito pulsional.

O Grupo PREAUT defende que a ausência dos dois sinais podem revelar dificuldade de interação mãe-bebê, podendo predizer uma perturbação grave do desenvolvimento do tipo autístico (Laznik, 1996). Neste sentido, a procura do olhar da mãe por parte do bebê e os jogos jubilatórios desenvolvidos entre a díade, permitem que, a partir da vocalização, do balbúcio, do manhês e dos cuidados maternos, a mãe estimule o bebê à comunicação (Culler-Crespin & Parlato-Oliveira, 2015). Os dois sinais apontados por Laznik (1998) são facilmente identificáveis ao longo do 4º e 9º mês de vida do bebê, evidenciando que o bebê chega ao terceiro tempo do circuito pulsional, fazendo-se olhar, ouvir e devorar (pulsões escópica, invocante e oral).

A partir de 2005, o projeto PREAUT passou a desenvolver programas associados a outros países, como a Inglaterra, a Argentina e Brasil (destacando-se a cidade de Santa Maria).

A pesquisa PREAUT Brasil surge da necessidade de incluir o Brasil no rol de países que desenvolvem importantes e atuais estudos no âmbito da prevenção precoce em saúde mental. Esta pesquisa no Brasil intitula-se de *“Perturbações precoces da comunicação na*

*interação pais-bebês e o seu impacto na saúde na primeira infância*” e postula que as perturbações precoces da comunicação podem ter um efeito (negativo) sobre a saúde mental da criança, na primeira infância. Neste sentido, as perturbações precoces da comunicação apontam para a presença atual de um sofrimento psíquico que atinge a criança e a família. Por conseguinte, as possíveis perturbações devem ser detetadas e tratadas, a fim de que o sofrimento psíquico do bebé e dos pais possa desaparecer, favorecendo uma interação positiva. A falta de deteção precoce pode agravar as perturbações da interação, que podem culminar em perturbações graves do desenvolvimento, comprometendo a constituição subjetiva da criança, acontecendo, por exemplo, em crianças autistas. Para a deteção precoce foi essencial capacitar os profissionais de saúde do Brasil (principalmente neonatologistas e pediatras) para identificarem nas consultas, sinais precoces de perturbação na comunicação. Para tal recorrem a um conjunto de instrumentos: Questionário PREAUT (aplicado no 4º e 9º mês de vida do bebé); Questionário de Desenvolvimento da Comunicação – QDC (aplicado aos 12 meses); e *Checklist for Autism in Toddlers - CHAT* (24 meses). Através da aplicação destes instrumentos é possível detetar a presença de perturbações precoces da comunicação (Oliveira, Flores & Sousa, 2012).

Os sinais PREAUT incluíam inicialmente a atribuição de uma pontuação em que zero a três inclui alto risco para autismo, três a 15 estados de risco intermediário, e acima de 15 pontos comunicação e interação dentro de padrões esperados para a faixa etária. Acreditava-se que a especificidade dos sinais para autismo estaria mais concentrada na atribuição de pontuação zero a três. Após análises estatísticas do grupo francês, cuja publicação ainda está em organização final, aumentou-se o risco grave para a faixa de zero a cinco pontos (Roth, 2016).

Um outro instrumento que permite detetar o risco precoce é o IRDI - Indicadores de Risco ao Desenvolvimento (Jerusalinsky, 2015).

Ressalta-se que a partir do ano de 2000, houve um aumento significativo de diagnósticos de PEA no mundo, incluindo-se o Brasil. Por conseguinte, o aumento de diagnósticos de casos de autismo no Brasil levou ao Grupo Nacional de Pesquisa (GNP) a desenvolver, entre 2000 e 2008, em nove cidades brasileiras, a Pesquisa Multicêntrica de Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Esta pesquisa, partindo de pressupostos de teorias psicanalistas, pretendeu observar em consultas pediátricas comportamentos da mãe-bebé e assinalar possíveis riscos que comprometessem o desenvolvimento da estruturação psíquica do bebé (Mariotto & Bernardino, 2009).

O IRDI é composto por 31 indicadores, observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. A metodologia desta pesquisa foi um desenho de corte transversal, seguido de um estudo longitudinal e teve como amostra quatro grupos de crianças nas faixas etárias: I-

de 1 a 3 meses e 29 dias; II- de 4 a 7 meses e 29 dias; III- 8 a 11 meses e 29 dias; e IV- de 12 a 18 meses, atendidas nas consultas pediátricas de nove cidades brasileiras. Ao longo do tempo, este instrumento passou por uma revisão que levou à redução do número de indicadores, passando para 18 índices finais, com maior capacidade de prever problemas de desenvolvimento do que de risco psíquico (Kupfer et al., 2008, citado por Mozzaquatro, Arpini & Polli, 2016).

A concepção dos indicadores do instrumento IRDI basearam-se em quatro eixos teóricos, que permitem a constituição da subjetividade do bebê, sendo eles: supor um sujeito (SS); estabelecer a demanda da criança (ED); alternar presença – ausência (PA); e função paterna (FP).

O estabelecimento da demanda (ED) refere-se à possibilidade da mãe ou cuidador identificar a demanda do bebê a partir das suas manifestações involuntárias e reflexas (por exemplo choro, agitação motora, sucção, entre outros). Neste sentido, a mãe (inconscientemente) deve reconhecer cada gesto/demanda do filho dirigido a ela. O modo como acontece a construção de uma demanda está na base de toda a atividade posterior da inserção desse sujeito no campo da linguagem e da relação com os outros (Kupfer et al., 2009).

A suposição do sujeito (SS) refere-se aos movimentos de antecipação e dos significados que a mãe dá ao apelo do bebê, uma vez que este ainda não está constituído como sujeito. A antecipação da mãe às necessidades do bebê causa-lhe grande prazer, uma vez que vem acompanhada de uma manifestação jubilatória da mãe sob a forma de manhês, isto é, melodias doces e com grandes extensões (Laznik, 2004), o que fará com que o bebê tente responder de volta. Por conseguinte, a subjetividade pode constituir-se (Kupfer et al., 2009).

A alternância presença-ausência (PA) refere-se às ações do cuidador que o mantém alternadamente presente e ausente para o bebê. Neste contexto a presença e a ausência são sobretudo da ordem do simbólico. A mãe deve, gradualmente, não satisfazer de imediato todas as necessidades do bebê, para que este consiga desenvolver a capacidade de pensar e de solicitar. Assim, ao mesmo tempo em que a mãe antecipa as necessidades do bebê deve oferecer espaço para que ele possa ser ativo e possa responder como sujeito. Este eixo é fundamental para a constituição psíquica do bebê (Kupfer et al., 2009).

Por fim, a função paterna (FP) caracteriza-se pela inscrição de um terceiro elemento na relação mãe-bebê. A função paterna é inscrita, inicialmente no discurso da mãe. Por conseguinte, a entrada deste terceiro elemento, que normalmente é o pai, permite que a criança se constitua como um sujeito separado do outro cuidador, o que possibilita a existência simbólica, permite que o bebê possa construir um sentido próprio para as suas sensações e para o mundo que lhe rodeia (Kupfer et al., 2009).

Estes eixos entrelaçam-se nos cuidados que a mãe dirige à criança e também nas produções que a criança realiza durante o seu desenvolvimento (Fund, 2003).

De acordo com Kupfer et al. (2009) a presença de IRDIs são indicadores de desenvolvimento do bebê e a ausência são indicadores de problemas na estruturação da subjetividade. Existem dois principais problemas que podem emergir a partir da ausência dos índices. O primeiro relaciona-se com os problemas de desenvolvimento que sinalizam a presença de dificuldades subjetivas que afetam ou incidem no desenvolvimento da criança. No entanto, estes problemas não interferem com a instalação do sujeito psíquico, ou seja, não evoluem para uma psicopatologia. Em segundo lugar, já os problemas na constituição subjetiva podem desencadear risco de evolução de psicopatologias graves da infância.

Após as várias análises estatísticas constatou-se que alguns índices foram mais importantes na predição do risco psíquico, nomeadamente: a ausência dos cinco indicadores da primeira fase, e dos indicadores seis, 12, 14 e 18. Quando há sintomas clínicos constatados, é possível afirmar que a criança está apresentando dificuldades de desenvolvimento, e poderá atravessar dificuldades de ordem psíquica (Kupfer, 2009).

Flores e Souza (2014) salientam a importância do acompanhamento de crianças desde o nascimento, pois o IRDI apresenta-se sensível à deteção de sinais que indicam impasses na constituição do sujeito. Estas autoras também salientam que as crianças com riscos biológicos e psíquicos nos primeiros anos de vida são mais propensas apresentarem problemas no desenvolvimento. Assim, a deteção precoce é fundamental enquanto há maiores oportunidades de prognósticos favoráveis.

Em suma, comparando os dois instrumentos, os sinais PREAUT são de mais fácil inserção na prática clínica de pediatras do que o IRDI pelo menor número de itens. No entanto é necessário analisar as possibilidades preditivas do PREAUT não só ao risco psíquico como ao risco de desenvolvimento (Ambrós 2016). Roth (2016) no seu estudo observou que estes dois instrumentos são complementares na leitura evolutiva dos casos.

### **2.2.2. Análise retrospectiva de vídeos**

A metodologia de análise retrospectiva de vídeos permite observar objetivamente o comportamento das crianças no seu contexto natural, possibilitando detetar sinais de risco nos primeiros meses de vida da criança (Baranek, et al., 2005; Marschik & Einspieler, 2011). Neste âmbito, a análise retrospectiva de vídeos constitui um procedimento ecologicamente válido (Maestro et al., 2002).

Anteriormente à análise retrospectiva de vídeo, as avaliações eram feitas com base nas recordações que os pais tinham sobre o desenvolvimento da criança. No entanto, investigações baseadas nas memórias dos cuidadores tem a limitação de se tornarem cada vez me-

nos fiáveis com o passar do tempo, uma vez que sinais subtis podem passar despercebidos ou podem ser negados pelos pais (Maestro et al., 2002). Além do mais, os pais também podem confundir aquilo que sabiam antes do diagnóstico, com o que passaram a saber depois do diagnóstico (Palomo, Belinchón, & Ozonoff, 2006).

A utilização de câmaras de filmar constitui-se como um método crucial uma vez que permite reunir muitas horas de informação e permite observar o desenvolvimento da criança e a interação que é estabelecida entre os cuidadores e o bebé (Baranek, 2005). Este autor considera que a principal vantagem da análise retrospectiva de vídeos é a observação direta das características iniciais de uma possível patologia muito antes do diagnóstico, com maior precisão e objetividade do que as recordações que os pais têm sobre o desenvolvimento da criança.

Contudo, como todas as metodologias, a análise retrospectiva de vídeos também apresenta algumas limitações, nomeadamente: dificuldade em controlar as variáveis da amostra, dificuldades em controlar a qualidade dos vídeos (Baranek, et al., 2005), grande variabilidade das cenas filmadas por parte dos cuidadores (Maestro et al., 2002), reduzida dimensão da amostra e dificuldades na identificação precisa da idade da criança (Clifford & Dissanayake, 2008; Clifford et al., 2007). Para além disso, alguns comportamentos não são observáveis nos vídeos, o que não significa necessariamente que estejam ausentes do repertório comportamental da criança (Marschik & Einspieler, 2011). Por último, salienta-se que este método exige muito treino na observação dos comportamentos e na aplicação dos protocolos de codificação (Marschik & Einspieler, 2011).

Nesta pesquisa cabe ressaltar que os vídeos não são familiares embora o grupo NIDIP tenha procurado criar um contexto o mais natural e familiar possível, mas são estruturados conforme se descreve no método.

## II - Estudo Empírico

### Capítulo 3 - Objetivos / Questões de Investigação

As crianças com sinais de risco de desenvolvimento e psíquico podem manifestar sintomatologia precoce, contudo os profissionais dos cuidados de saúde primários têm recebido pouca formação para identificarem precocemente sinais de risco.

A pesquisa IRDI realizada em Santa Maria, Brasil, abriu espaço para a criação de um Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce- NIDIP, vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Este grupo foi fundado pela - Ana Paula Ramos de Souza, professora do curso de Fonoaudiologia da UFSM e co-orientadora desta investigação, juntamente com profissionais da Terapia Ocupacional (Dani Laura Peruzzolo), Psicologia (Dorian Monica Arpini) e Fisioterapia (Cláudia Trevisan). Ele surgiu da observação que na cidade de Santa Maria- Brasil não havia prática interdisciplinar na clínica de bebés e que os bebés com riscos biológicos evidentes eram encaminhados para diversos atendimentos em simultâneo. Neste sentido, no âmbito da pesquisa, este grupo tem como objetivo acompanhar o desenvolvimento da criança desde a mais tenra idade de forma a puderem estudar o aparecimento de sinais típicos e atípicos em cada fase do desenvolvimento e direcionarem uma intervenção atempada. Através do estudo do desenvolvimento típico e de sinais de sofrimento psíquico propostos por clínicos de bebés na psicanálise é possível detetar mais facilmente os sinais que indicam que algo não vai bem com a criança. Este grupo socorre-se de câmaras de filmar para avaliar as crianças e os seus familiares em interação.

Devido às diversas pesquisas realizadas em populações distintas o NIDIP apresenta uma ampla base de dados de vídeos de crianças, com e sem risco. Algumas dessas pesquisas tiveram como objetivo relacionar, por exemplo, o IRDI com as alterações de humor materno (Pretto-Carlesso, 2011; Beltrami, 2011 citado por Roth, 2016) ou com os fatores psicossociais, obstetrícios (Crestani, 2012 citado por Roth, 2016) e sociodemográficos (Roth, 2016).

O estudo de sinais de risco permite que haja uma intervenção atempada enquanto há maior plasticidade cerebral da criança permitindo a reverter ou atenuar uma patologia o aparecimento de uma possível patologia. Para além disso, a intervenção precoce permite diminuir o sofrimento psíquico da criança e dos seus familiares como também melhorar a interação entre eles (Franco, 2007; Franco & Apolónio, 2008).

Salienta-se que compreender as interações iniciais de mães e bebé em situação de risco é fundamental para planear uma intervenção específica para cada caso. Acredita-se que o estudo da responsividade materna possa trazer elementos para se pensar no trabalho clínico com bebés e poder-se estipular novas programas de intervenção precoce centrados na díade. É neste sentido que a análise retrospectiva de vídeos constitui um método ecologi-

camente válido, uma vez que permite, com precisão e objetividade, a observação direta das características iniciais de uma possível patologia muito antes do diagnóstico (Baranek, et al. 2005).

Tendo em conta o que foi mencionado esta investigação recorre à análise de vídeos para estudar os efeitos da responsividade materna em bebés em risco de desenvolvimento (N=3), psíquico (N=3) e sem risco (N=1). Os sinais de risco foram observados na avaliação dos três meses contudo na avaliação dos 12 meses de idade verificou-se que alguns bebés tiveram melhorias significativas no desenvolvimento sem terem sido alvo de um programa de intervenção precoce.

Na literatura encontram-se vários estudos que referem que a adoção de comportamentos responsivos por parte da mãe tem um efeito positivo no desenvolvimento das competências cognitivas, sociais, de comunicação e emocionais da criança ao longo de todo o processo desenvolvimental (Bornstein & Lamb, 1992; Bornstein & Tamis-LeMonda, 1997; Wakschlag & Hans, 1999; Landry et al., 1997; Landry, Smith & Swank, 2006; Landry, Smith, Swank & Guttentag, 2008). Landry, Smith e Swank (2006) referem que a presença de estímulos de afeto positivo e ausência de comportamentos que demonstrem afeto negativo (por exemplo o tom de voz ríspido e intrusão física) podem suscitar na criança sentimentos de interesse e aceitação da figura materna, levando a uma maior vontade de comunicar com o outro e partilhar estados afetivos e foco de atenção compartilhada, desenvolvendo por conseguinte a intersubjetividade.

Assim, tendo em conta que os bebés apresentaram melhorias significativas aos 12 meses, as perguntas exploratórias que estão na origem desta investigação são: Houve mudanças na responsividade materna entre os 3 e 12 meses do bebé? Qual a relação entre a responsividade materna e a intersubjetividade do bebé?

Esta investigação seguirá uma metodologia mista, combinando métodos qualitativos e quantitativos, de carácter exploratório, tendo como objetivo explorar detalhadamente a contribuição da responsividade materna na emergência do psiquismo e na remissão de sinais de risco. Ao longo do processo irão ser obtidos dados descritivos das crianças, através da análise retrospectiva dos vídeos com recurso a uma grelha de observação e ao *Software* ELAN (EUDICO Linguistic Anotador), a partir dos quais os comportamentos observados serão registados (Creswell, 2007).

Por fim, realça-se que este estudo não pretende generalizar qualquer tipo de conclusões uma vez a amostra é reduzida (N=7). Neste sentido, apesar dos resultados serem apresentados em termos quantitativos, a discussão dos resultados irá ser feita de forma qualitativa, não priorizando assim os princípios universais leis e generalizações (Creswell, 2007).

## Capítulo 4 - Método

### 4.1. Participantes

Utilizaram-se técnicas de amostragem não probabilísticas por forma a constituir a amostra, nomeadamente, a amostragem por conveniência (Marôco, 2011). A escolha recaiu sobre este método não-probabilístico por ser, geralmente, utilizado nas investigações exploratórias e facilitar a composição da amostra, que nesta população alvo é difícil de recolher (Vilelas, 2009).

A amostra foi recolhida na base de dados do NIDIP-UFSM e é constituída por sete díadas, nos quais três foram identificados com risco psíquico (T29, T65 e P19), três foram identificados com problemas no desenvolvimento (T02, T28 e T41) e um bebé apresentava desenvolvimento dentro dos padrões normais (T09). O risco psíquico e de desenvolvimento foi considerado a partir da aplicação do IRDI e dos Sinais PREAUT pelo grupo do NIDIP-UFSM. Dos sete bebés dois são do género feminino (T41 e T09) e apenas um nasceu prematuramente (P19), cuja idade gestacional é inferior a 37 semanas.

Os critérios de inclusão escolhidos para este estudo foram: 1) os bebés terem sido identificados com risco psíquico ou risco de desenvolvimento; 2) os bebés não terem participado em nenhum programa de intervenção precoce antes dos nove meses; 3) os bebés não apresentarem qualquer espécie de síndromes genéticas (por exemplo síndrome de Down, X-frágil), lesões neurológicas ou déficits sensoriais.

Foram excluídos inicialmente os participantes que falharam pelo menos uma das quatro avaliações realizadas (3, 6, 9 e 12 meses).

Denota-se que a seleção do caso de um bebé com desenvolvimento dentro dos padrões normais serve exclusivamente para analisar, nesta amostra, se a responsividade materna em bebés sem risco difere da responsividade materna em bebés com risco psíquico ou de desenvolvimento e em caso positivo de que forma difere.

### 4.2. Materiais

#### 4.2.1. Instrumentos

Para a obtenção dos dados descritivos recorreu-se à utilização de uma grelha (Escala de Avaliação da Responsividade Materna- EARM) e a um protocolo de observação (Escala de Comportamentos Mãe-bebé) que permitem analisar a interação mãe-bebé. No plano da observação, as grelhas assumem uma forma fechada, isto é, os comportamentos são definidos *a priori*, com a vantagem de ser uma observação sistemática e mais objetiva (Vilelas, 2009). Com recurso a estes dois instrumentos foi possível analisar quantitativamente, mediante as propriedades de cada um dos instrumentos de observação: a presença/ausência de

comportamentos, o número de comportamentos ( $N^o$ ) e a duração média de tempo dos comportamentos ( $M$ ). Para além disso, também foi possível analisar qualitativamente alguns dos itens das escalas. A análise descritiva é utilizada na metodologia qualitativa porque permite, mesmo com uma amostra pequena, conhecer características da população em estudo (Joffe & Yardley, 2004) e permite verificar a evolução dos bebés ao longo do tempo.

### **Escala de Avaliação da Responsividade Materna (EARM)**

A Escala de Avaliação da Responsividade Materna (EARM) consiste na versão portuguesa adaptada e pilotada por Ferreira & Abreu-Lima (2010) da escala Maternal Rating Scale (MRS) de Landry, Smith, Miller-Loncar e Swank (1997;1997). A EARM consiste numa grelha de observação que incide nos comportamentos maternos demonstrados numa situação de interação, preferencialmente no chão, entre a mãe e a criança, (Ferreira & Abreu-Lima, 2010) (Anexo A).

A grelha abrange oito dimensões:

1- Manifestação de Afeto- Sinais positivos de afeto dados pela mãe à criança ou à sua atividade. Esta dimensão abrange três indicadores: sorrisos, afeto físico, encorajamentos e elogios por parte da mãe. O valor mais elevado neste item (5) é atribuído a uma interação onde *“a mãe apresenta, constantemente, diferentes manifestações de afeto relativamente à criança ou a propósito da sua atividade”*. Por outro lado o valor mais baixo atribuído (1) aplica-se a uma interação onde *“a mãe quase nunca apresenta manifestações de afeto relativamente à criança ou à sua atividade”*

2- Calor Afetivo- Medida em que a mãe consegue manter face à criança um estilo de interação relaxado, caloroso e alegre. Esta dimensão abrange cinco indicadores: estilo materno relaxado, alegria e prazer na interação com a criança, verbalizações positivas, proximidade, atenção e a manipulação e reposicionamento sensíveis. O valor mais elevado (5) é atribuído quando *“a mãe apresentando sempre um estilo de interação relaxado, caloroso e alegre”*, enquanto a pontuação mais baixa (1) é atribuída a uma interação materna onde prevalece um *“estilo de interação frio, tenso e por vezes irritado”*.

3- Flexibilidade/ Responsividade- Capacidade da mãe reconhecer, aceitar e valorizar os sinais e iniciativas da criança, respondendo-lhe de forma pronta (atempada) e sensível. Esta dimensão é constituída por cinco indicadores: valorização da agenda e iniciativas da criança, estar envolvida na sua atividade, ser sensível e responder às suas pistas, manter um ritmo de interação adequado e posicionar-se de forma sensível em relação à criança. Será atribuído o valor máximo neste item (5) nos casos da interação diádica em que a mãe *“reconhece e se mostra sempre sensível às pistas da criança, valorizando os seus sinais e iniciativas”*, ao mesmo tempo que *“responde constantemente às iniciativas da criança, ajustando*

*o seu comportamento de forma a apoiar e/ou expandir as atividades iniciadas por ela*". Por outro lado, o valor mais reduzido (1) é atribuído quando, na interação com a criança, a mãe *"raramente é sensível às pistas da criança ou valoriza os seus sinais e iniciativas"* e *"raramente responde às iniciativas da criança ou é capaz de ajustar o seu comportamento de forma a apoiar e/ou expandir as atividades iniciadas por ela"*.

4- Intrusão física- Define-se o item "Intrusão física" como a medida em que a mãe adota comportamentos invasivos relativamente à criança ou à sua atividade. São considerados seis indicadores: intrusão e controle físico, presença de movimentos e reposicionamentos abruptos, toques físicos provocadores, remoção ou ameaça de remoção de objetos, reposicionamentos desnecessários e presença de expressões físicas de impaciência e/ou irritação por parte da mãe. Neste item será atribuído o valor mais elevado (5) em casos de interações onde *"a mãe nunca é intrusiva relativamente à criança ou à sua atividade"*. Por outro lado, o valor mais baixo (1) é atribuído quando *"a mãe é frequentemente intrusiva relativamente à criança ou à sua atividade"*.

5- Negatividade- esta dimensão é caracterizada pela utilização de um tom de voz e verbalizações negativas por parte da mãe no contexto da interação com a criança. Esta dimensão abrange cinco indicadores negativos: recurso a um tom abrupto ou irritado, gritos ou elevação do tom de voz, expressões verbais de impaciência e a presença de provocação verbal, humilhações e comentários depreciativos ou críticos relativamente à criança ou à sua atividade. A pontuação mais elevada (5) é atribuída no caso em que *"a mãe nunca adota um tom de voz mais ríspido ou irritado nem expressões verbais negativas em relação à criança ou à sua atividade"* enquanto a mais reduzida (1) é atribuída na caso de a *"mãe adotar frequentemente um tom de voz mais ríspido ou irritado e/ou expressões verbais negativas em relação à criança ou à sua atividade"*.

6- Demonstração/ Ensino Físico- Corresponde a qualquer ação física por parte da mãe no sentido de apoiar a compreensão da criança acerca do uso funcional de objetos e/ou do desenvolvimento de atividades. Este item avalia a medida em que a mãe realiza na interação com a criança, ações passíveis de serem consideradas demonstração interativa, demonstração orientada pela criança ou estratégias de ensino físico do tipo "mão sobre mão". Relativamente à cotação deste item, o valor mais elevado (5) é aplicado quando *"a mãe frequentemente utiliza a demonstração e o ensino físico para suportar a criança e a sua atividade"* enquanto o valor mais reduzido (1) se aplica nos casos em que *"a mãe raramente utiliza a demonstração e o ensino físico para suportar a criança e a sua atividade"*.

7- Conteúdo Verbal- Riqueza da linguagem materna na interação com a criança, tendo em conta aspetos verbais como a complexidade do discurso, a diversidade frásica e a diversidade do vocabulário. Este item considera quatro indicadores: complexidade do discurso, a

diversidade frásica e a diversidade de vocabulário presentes no discurso utilizado pela mãe. Atribui-se a pontuação mais elevada (5) nos casos em que “a mãe verbaliza frequentemente, sendo o seu discurso caracterizado por uma elevada diversidade frásica e lexical e pela predominância de frases extensas/complexas”. A pontuação mais reduzida (1) é atribuída nos casos em que “a mãe raramente verbaliza e, quando o faz, utiliza um discurso caracterizado por uma reduzida diversidade frásica e lexical e por frases curtas e incompletas”.

8- Suporte Verbal- Medida em que as verbalizações maternas acompanham, suportam, desafiam e enriquecem a atividade da criança. Esta dimensão abrange oito indicadores: suporte verbal às ações da criança, caracterização sensorial e funcional de objetos, nomeações, reproduções e comparações. Neste item, a pontuação mais elevada (5) é atribuída nos casos em que a “a mãe frequentemente utiliza verbalizações que suportam a atividade da criança” enquanto, a pontuação mais baixa (1) surge quando “a mãe raramente utiliza verbalizações que suportam a atividade da criança”.

Esta versão portuguesa revelou bons indicadores de consistência interna, nomeadamente um valor de alfa (Cronbach, 1951, citado por Ferreira e Abreu-Lima, 2010) igual a .87 e correlações elevadas ( $r \geq .80$ ) entre as várias dimensões e a nota global.

### **Escala de Comportamentos Mãe-bebé**

A Escala de Comportamentos Mãe-bebé (*Infant Caregiver Behavior Scale*, ICSB) foi criada por Saint-George et al. (2011) e permite analisar os comportamentos infantis e maternos que se relacionam com a emergência da intersubjetividade por parte do bebé, aspeto crucial para análise de sinais precoces de autismo. Nos quatro momentos de avaliação foram analisados os seguintes itens desta escala:

1) Comportamentos infantis:

Com objeto- procura um objeto com olhar prestando atenção num estímulo sensorial que vem dele, olha um objeto, mesmo sem estímulo ou simplesmente olha em volta procurando algo, segue a sua trajetória, explora o objeto com as mãos, boca ou ações para senti-lo, sorri para o objeto, tem prazer com a experiência física ou visual com o objeto, procura o objeto com movimentos espontâneos;

Orientação a pessoas- direciona-se ao estímulo sensorial vindo de uma pessoa, acompanha com olhar uma pessoa, toca a pessoa com as mãos ou boca para sentir como ela é;

Vocalizações- simples produzindo sons para as pessoas ou objetos;

Choro- após um evento específico ou não;

Receptividade a pessoas- olha para a face humana, sorri intencionalmente para uma pessoa, tem experiência de prazer ou satisfação física ou visual com uma pessoa, apresenta ações sintonizadas com as solicitações afetivas relacionadas ao humor do outro;

Procura as pessoas- a criança realiza movimentos espontâneos e intencionais para procurar uma pessoa, solicita a atenção da pessoa pela voz ou tato;

Intersubjetividade- a criança antecipa a intenção do outro por movimentos antecipatórios, tem fixar referencial para consultar o familiar se pode pegar um objeto, muda o olhar do que está a fazer em direção ao que o outro está a fazer, responde ao seu nome, imita ação do outro após breve período, aponta ou apresenta um objeto com o objetivo de compartilhar experiência, mantém engajamento social, vocaliza com sentido endereçando vocalizações ao outro.

b) Comportamentos maternos:

Regulação- regula o comportamento infantil excitando ou acalmando, podendo ser ou não verbal;

Toque- procura a atenção da criança pelo toque;

Vocalização- estimula a criança requerendo a atenção da criança para vocalizar ou nomear, podendo a mãe vocalizar com manhês ou sem manhês;

Gestos ou demonstração- procura atenção da criança gesticulando ou mostrando o objeto.

### **4.3. Procedimentos**

#### **4.3.1. Recolha de dados**

O método de recrutamento utilizado consistiu em contatar a professora Ana Paula Ramos de Souza membro fundador do grupo NIDIP e co-orientadora deste trabalho com o objetivo de aceder à base de dados de vídeos. Ao longo do processo de análise foram assegurados todos os procedimentos de natureza ética inerentes à investigação na Psicologia.

Os bebés deste estudo foram identificados por Ambrós (aluna integrante do NIDIP) no dia do teste do pezinho na UBS Wilson Paulo Noal na cidade de Santa Maria. Os bebés foram recrutados com aproximadamente um mês de idade.

Ressalta-se que a observação da interação mãe-bebé não ofereceu riscos físicos ou morais para os participantes, uma vez que os procedimentos da equipa do NIDIP são simples e não-invasivos, podendo contribuir para a identificação precoce de risco para perturbações da comunicação e da interação.

A avaliação dos bebés foi realizada em quatro momentos: 3, 6, 9 e 12 meses. A avaliação da interação mãe-bebé decorreram numa sala do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) ou na Unidade Básica de Saúde Wilson Paulo Noal no Brasil, em salvas exceções,

quando as mães não podiam deslocar a um destes locais, a equipa do NIDIP deslocava-se à casa das próprias famílias de modo a garantirem que todas as avaliações estipuladas fossem realizadas.

Em cada momento de avaliação foi pedido à mãe para estar sentada no tapete EVA, o mais confortável possível, em frente ao bebé. Nos 3 primeiros momentos de avaliação (três, seis e nove meses) a mãe foi convidada a cantar para o bebé, durante três minutos, a conversar (durante três minutos) e a oferecer um objeto para o bebé, nomeadamente um cão de borracha (durante três minutos). No último momento de avaliação, aos 12 meses, a mãe foi convidada a brincar espontaneamente com o bebé com recurso a uma caixa de brinquedos que se encontrava no tapete EVA, cujo tempo de interação foi de nove minutos.

Em todos os momentos de avaliação foram colocados duas câmaras de filmar: uma em posição lateral (aproximadamente um metro) e outra em posição frontal para o bebé (aproximadamente dois metros) de modo a ser captado todas as interações face a face entre a mãe e o bebé. Por detrás do local onde o bebé estava posicionado existia um espelho de modo a refletir imagem da face da mãe para a câmara frontal. Um outro objetivo de se colocarem as duas câmaras de filmar na sala foi o de se poder captar os deslocamentos do bebé, uma vez que a partir dos seis meses de idade os bebés começam a gatinhar. Na avaliação dos três e dos seis meses os bebés foram filmados na posição sentados numa cadeirinha, denominada de bebé *confort*. Aos nove e doze meses os bebés poderiam estar na posição que quisessem de preferência sentados sem apoio. No entanto, a maioria dos bebés deslocava-se gatinhando sobre o tapete EVA.

Neste estudo recorreu-se ainda aos dados dos protocolos PREAUT e do IRDI que foram aplicados pela equipa do NIDIP. O recurso a estes dados permite obter informação preciosa sobre os bebés, nomeadamente permite perceber se os bebés apresentam sinais de risco de desenvolvimento ou psíquico. Estas avaliações foram realizadas antes do início de cada filmagem da interação mãe-bebé.

#### **4.3.2. Análise dos dados**

Após a receção e análise de todos os vídeos correspondentes à interação mãe-bebé, definiu-se como critério de inclusão a visibilidade/presença da criança em cada um dos momentos de avaliação (entre os 3-4 meses e 29 dias, 6-7 meses e 29 dias, 9-10 meses e 29 dias e 12 meses). Foram recebidos no total 28 vídeos, cuja duração total de cada vídeo é de 9 minutos (540 segundos).

Em relação ao questionário PREAUT (Anexo- B) considera-se a presença de risco todos os bebés que apresentaram uma pontuação inferior a 15 pontos, no que concerne a avaliação dos 4 meses e dos 9 meses. Neste questionário uma pontuação inferior a cinco

indica risco elevado para desenvolvimento de autismo. Denota-se que as questões 3 e 4 apenas foram realizadas nos casos em que os bebês apresentaram pontuação inferior a 5 nas questões 1 e 2.

Quanto ao IRDI (Anexo- C) considera-se a presença de risco, em qualquer uma das três fases consideradas, todos aqueles bebês que apresentaram ao menos um IRDI ausente. Considerando os resultados da pesquisa de Kupfer (2008), a ausência de apenas três IRDIs na fase I indica risco ao desenvolvimento e não necessariamente risco psíquico, dado que para se prever uma psicopatologia grave os cinco primeiros IRDIs devem estar ausentes. A versão do IRDIS utilizada pelo NIDIP foi a de 31 indicadores.

No que diz respeito à Escala da Responsividade materna cada dimensão é cotada através de uma escala de 5 pontos de tipo *Likert*. No entanto, a cotação exige critérios específicos em termos quantitativos e em termos qualitativos relativos à interação diádica registrada (Ferreira e Abreu-Lima, 2010). Em termos quantitativos percebeu-se a proporção de tempo que a mãe adota determinados comportamentos em cada dimensão. Por exemplo, percebeu-se que quantidade relativa de tempo que a mãe demonstrou comportamentos positivos em termos afetivos. Em termos qualitativos considerou-se e valorizou-se a diversidade de indicadores presentes em cada dimensão. Denota-se que valores mais elevados indicam mais responsividade por parte das mães (Ferreira, 2009).

Para facilitar a observação e a análise dos comportamentos maternos e infantis da Escala da Responsividade Materna e da Escala de Comportamentos mãe-bebê, recorreu-se ao *Software ELAN 4.9.4* (EUDICO Linguistic Anotador). Este programa consiste numa ferramenta de anotação que permite criar, editar, visualizar e procurar anotações para vídeo e dados de áudio (Kruel et al., 2016). Por conseguinte, através do *ELAN* obteve-se para a Escala Comportamento Mãe-Bebê o número de comportamentos ( $N^0$ ) demonstrados pela mãe e pelo bebê para cada dimensão da escala e a duração média de tempo de comportamentos ( $M$ ) relativos à mãe e ao bebê.

Quanto à Escala EARM verificou-se, através do *ELAN*, a diversidade de indicadores presentes ( $I$ ), e obteve-se a duração média de tempo ( $M$ ), e a duração média total de comportamentos ( $Mt$ ) obtidos nos quatro momentos de avaliação. Com base na diversidade de indicadores presentes na interação e da duração média de tempo dos comportamentos ponderou-se a cotação de cada dimensão em cada momento de avaliação. Denota-se que para a dimensão Conteúdo Verbal da Escala da Responsividade, não será apresentado a média do tempo nem a frequência de comportamentos uma vez que é difícil anotar e quantificar ao longo do vídeo a complexidade do discurso, a diversidade frásica e a complexidade do vocabulário. Apenas será dado uma cotação qualitativa com base na presença ou ausência desta dimensão verbal.

Ressalta-se que nas Tabelas apresentadas referentes à escala de Comportamentos Mãe-bebê e à EARM encontra-se ainda a soma da duração média de tempo dos quatro momentos de avaliação (*Mt*). Esta média serve exclusivamente para analisar no tópico da discussão que comportamentos foram mais ou menos evidentes nos bebês nos quatro momentos de avaliação.

Após a análise de cada vídeo os dados foram transferidos para Tabelas do *Microsoft Office Excel* (2013), de modo a obter uma maior organização dos resultados estatísticos. Havendo para cada bebê quatro folhas de Excel, correspondentes a cada momento de avaliação.

## Capítulo 5 - Resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados obtidos para cada criança. Ressalta-se que neste estudo foi respeitado o código de identificação dos bebés atribuído pelo grupo do NIDIP, cuja letra inicial é referente aos bebés nascidos a termo ou aos prematuros, T e P, respetivamente. No que se refere às mães estas serão identificadas com a letra inicial M seguido do código numérico do seu bebé.

### 5.1. Análise Individual

#### Caso T02

Primeiramente quanto aos dados fornecidos pelo NIDIP foi verificado que o bebé T02 apresentou na fase I do IRDI (entre os 0 e os 4 meses) o indicador 1 ausente “quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer”: A ausência de um indicador remete para a presença de risco ao desenvolvimento infantil. Relativamente aos sinais PREAUT verificou-se aos quatro e aos nove meses o bebé T02 apresentou todos os sinais presentes, e por isso apresenta a comunicação e a interação dentro dos padrões esperados. Neste sentido, através dos sinais PREAUT e da aplicação do IRDI verificou-se que o bebé T02 não apresentou até aos doze meses risco de autismo.

Os resultados obtidos com a Escala de Comportamento Mãe-bebé estão sintetizados na Tabela 1.

**Tabela 1. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebé referentes a T02 e M02**

		3 meses (540segundos)		6 meses (540segundos)		9 meses (540segundos)		12 meses (540segundos)		Mt
		Nº	M	Nº	M	Nº	M	Nº	M	
		Comportamentos do bebé	Com o objeto	8	14.05	53	24.2	5	95.15	
Orientação a pessoas	1		2.9	3	17.1	11	94.04	-	-	114.04
Recetividade a pessoas	18		38.27	37	43.0	19	58.81	9	4.46	144,54
Procurando as pessoas	4		17.20	19	14.04	-	-	-	-	31,24
Intersubjetividade	-		-	4	8.05	1	0.3	16	23.11	31.46
Vocalização	6		3.25	7	3.73	-	-	-	-	7.01
Choro	7		60.68	-	-	1	3.1	-	-	60.68

Comportamentos maternos	Regulação excitando	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	Regulação acalmando	6	14.1	-	-	-	-	-	-	14.1
	Toque	37	11.06	6	4.50	3	16.81	4	3.65	36.07
	Vocalização com manhês	54	11.81	61	27.46	33	47.84	36	3.58	90.69
	Vocalização sem manhês	8	2.97	6	2.99	10	6.5	41	2.32	2.32
	Gesto ou demonstração	13	20.88	12	27.96	2	44.35	29	7.90	101.09

**Legenda:** N<sup>o</sup>- número de comportamentos; M- duração média de tempo; Mt- Duração média de tempo total

Considerando os comportamentos do bebê observados a partir da Escala de Comportamentos mãe-bebê (Tabela 1), verifica-se que o bebê T02 aos doze meses dirigiu mais vezes e durante mais tempo comportamentos relativos ao objeto (N<sup>o</sup>= 28 e M= 75.82 segundos). Mais especificamente na análise de vídeos observou-se que o bebê aos doze meses explorou durante mais tempo o objeto com as mãos e procurou mais vezes os objetos que estavam ao seu redor.

Na Tabela 1 verifica-se que o bebê T02 aos nove meses de idade orientou-se para as pessoas com mais frequência e durante mais tempo (N<sup>o</sup>=11 e M=24.04 segundos). Verifica-se ainda a ausência de comportamentos dirigidos à mãe aos doze meses de idade.

No que se refere à receptividade a pessoas verifica-se, na Tabela 1, uma maior duração média de comportamentos do bebê direcionados para a mãe aos seis meses de idade (M=58.81 segundos).

Observa-se na Tabela 1, que T02 apenas procurou as pessoas aos três e aos seis meses, no qual a duração média de tempo de comportamento de procura foi maior aos três meses (M=17.20).

A partir dos seis meses verifica-se na Tabela 1, que T02 já apresentava comportamentos intersubjetivos, mais especificamente observou-se que o bebê já imitava a ação do outro e já apresentava comportamentos de atenção compartilhada. Verifica-se ainda que a duração média de comportamentos intersubjetivos foi maior aos doze meses de idade (M=23.11).

Em relação à vocalização observa-se na Tabela 1, que T02 emitiu sons simples apenas aos três e seis meses, não havendo grandes diferenças da duração média de tempo,

$M=3.25$  segundos e  $M=3.73$  segundos, respetivamente. Verifica-se ainda a ausência de vocalizações mais complexas em todas as fases da avaliação.

Relativamente aos comportamentos maternos observados ainda com base na Escala de Comportamentos Mãe-bebé (Tabela 1), verifica-se uma dificuldade de a mãe acalmar o bebé aos três meses enquanto chora uma vez que o tempo médio de regulação apenas foi de  $M=14.1$  segundos e o bebé chora em média  $M=60.68$  segundos. Verifica-se ainda que em nenhuma fase da avaliação houve regulação com o objetivo de excitar o bebé.

Na Tabela 1 verifica-se que o número de comportamentos para captar a atenção do bebé através do toque foi maior aos três meses ( $N^{\circ}=37$ ), período no qual o bebé apresentou uma duração média menor de comportamentos orientados à mãe em comparação com os restantes momentos de avaliação ( $M=2.9$ ).

No que diz respeito à vocalização materna verifica-se que M02 utilizou o manhês durante mais tempo aos seis meses ( $M=47.84$  segundos), comparativamente com os restantes momentos de avaliação como se pode observar na Tabela 1. Verifica-se ainda aos doze meses de idade do bebé que M02 apresentou um maior número de vocalização sem manhês ( $N^{\circ}=41$ ), comparativamente aos restantes momentos de avaliação.

Quanto aos comportamentos de gesticulação e de demonstração de objetos verifica-se na Tabela 1 que M02 recorreu com mais frequência aos objetos para chamar a atenção do bebé na avaliação dos doze meses ( $N^{\circ}=29$ ). Pode-se observar que a mãe de T02 apresentou-se sintonizada às necessidades do bebé e que o seu comportamento evoluiu de acordo com as mudanças evolutivas da criança. Isto também pode ser observado na Tabela 2 através da EARM.

**Tabela 2. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes a M02**

	3meses			6meses			9meses			12meses			Mt
	I	M	C	I	M	C	I	M	C	I	M	C	
Afeto Positivo	2	16.54	4	2	8.38	3	2	12.11	3	1	3.1	2	40.13
Calor Afetivo	3	246.42	4	5	294.77	5	4	631.11	5	4	124.84	4	1297.14
Flexibilidade/Responsividade	1	8.09	1	1	2.1	1	1	12.19	1	-	-	1	22.38
Intrusão Física	-	-	5	1	4.1	4	-	-	5	1	3.22	4	7.32
Negatividade	-	-	5	-	-	5	-	-	5	-	-	5	0

Demonstração/Ensino Físico	-	-	1	1	7.98	1	1	63.71	1	1	8.46	1	80.15
Conteúdo Verbal	-	-	2	-	-	2	-	-	2	-	-	2	0
Suporte Verbal	1	2.5	1	1	4.5	1	1	2.15	1	1	2.25	1	11.4

**Legenda:** I- diversidade de indicadores; M- duração média de tempo; C- cotação; Mt- Duração média de tempo total

Considerando os comportamentos maternos observados na EARM (Tabela 2) verifica-se que a Manifestação de Afeto positivo de M02 diminuiu ao longo dos quatro momentos de avaliação. Aos três, seis e nove meses estiveram presentes os indicadores sorrisos e afeto físico (I=2). No entanto, verifica-se que aos três meses M02 manifestou sinais positivos durante mais tempo (M=16.54 segundo)

No que se diz respeito à dimensão do Calor Afetivo (Tabela 2), verifica-se que em todos os momentos de avaliação M02 apresentou comportamentos calorosos com T02. Verifica-se ainda que aos seis e aos nove meses M02 apresentou uma pontuação elevada para esta dimensão “5”, dado que apresentou uma maior duração média de comportamentos calorosos, M=294,77 segundos e M=631,11 segundos, respetivamente.

Em relação à dimensão Flexibilidade/Responsividade (Tabela 2), verifica-se que nos quatro momentos de avaliação M02 raramente foi sensível às pistas do bebé ou valorizou os seus sinais e iniciativa. Simultaneamente M02 raramente ajustou o seu comportamento de forma a apoiar ou expandir a atividade de T02, obtendo-se por conseguinte uma pontuação baixa para esta dimensão “1”. Nos quatro momentos de avaliação apenas esteve presente no comportamento materno o indicador de posicionamento e reposicionamento sensível da criança (I=1).

Quanto à dimensão da Intrusão Física (Tabela 2) verifica-se que aos seis e aos doze meses M02 adotou durante alguns segundos comportamentos que interferiram significativamente na atividade da criança, M=4.1 segundos e M=3.2 segundos, respetivamente. No entanto, como apenas foi verificado a presença de um indicador e como a duração média de tempo dos comportamentos adotados foi baixa, atribuiu-se a M02 uma pontuação elevada para esta dimensão “4”.

Relativamente à dimensão da Negatividade observa-se na Tabela 2 que nos quatro momentos de avaliação M02 nunca adotou um tom de voz ríspido ou irritado nem expressões verbais negativas em relação à criança ou à sua atividade, atribuindo-se por conseguinte uma pontuação alta para esta dimensão “5”.

No que se refere à dimensão Demonstração/Ensino verifica-se na Tabela 2 que durante os quatro momentos de avaliação M02 raramente suportou a atividade da criança, atribuindo-se assim uma pontuação baixa para esta dimensão “1”. Contudo, aos nove meses verifica-se que M02 apresentou uma maior duração média de tempo relativa à demonstração dos objetos ( $M=63.71$ ).

Quanto à dimensão do Conteúdo Verbal verifica-se na Tabela 2 que, durante os quatro momentos de avaliação, apesar de M02 verbalizar o discurso foi caracterizado por uma reduzida diversidade frásica e lexical e por frases curtas, atribuindo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

Em relação à dimensão Suporte verbal, observa-se na Tabela 2 que durante os quatro momentos de avaliação, M02 raramente utilizou verbalizações que suportassem a atividade da criança, atribuindo-se por conseguinte uma pontuação baixa para esta dimensão “1”. Durante os quatro momentos de avaliação apenas foi visível o indicador nomeação do objeto ( $I=1$ ).

### **Caso T28**

Quanto aos dados fornecidos pelo NIDIP foi verificado na fase I do IRDI a ausência do indicador 1 “*quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer*”. Quanto aos sinais PREAUT verificou-se na avaliação dos quatro meses a ausência do sinal 2a “*o bebé procura fazer-se olhar na ausência de qualquer solicitação da mãe*”, cuja pontuação foi 7 significando risco psíquico intermédio. O confronto dos dois protocolos indica que T28 deveria ser observado ao menos em mais uma avaliação para que se pudesse observar a permanência ou não do risco já que do ponto de vista do IRDI havia apenas uma dificuldade materna de identificar a demanda e não uma falta de procura do bebé pelo outro, e nos Sinais PREAUT o não estabelecimento do terceiro tempo poderia ser uma questão de imaturidade ligada a faixa etária. Aos nove meses os sinais PREAUT estiveram presentes, cuja pontuação foi de 15, significando que a comunicação e a interação estava dentro dos padrões esperados e por isso o risco desapareceu. Esse fato emerge na análise da Escala de Comportamentos Mãe-bebé na Tabela 3, sobretudo em relação à emergência de comportamentos intersubjetivos a partir do sexto mês.

**Tabela 3. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebê referentes a T28 e M28**

		3 meses (540segundos)		6 meses (540segundos)		9 meses (540segundos)		12 meses (540segundos)		Mt
		Nº	M	Nº	M	Nº	M	Nº	M	
Comportamentos do bebê	Com o objeto	9	78.55	24	179.67	29	61.76	47	31.11	227.57
	Orientação a pessoas	-	-	4	13.15	5	30.23	-	-	43.38
	Recetividade a pessoas	25	47.2	47	30.43	23	15.86	7	3.4	96.89
	Procurando as pessoas	-	-	11	9.7	4	11.9	-	-	21.6
	Intersubjetividade	-	-	6	1.03	6	2.55	1	4.11	7.69
	Vocalização	1	1.9	2	2.3	-	-	3	0.79	4.99
	Choro	1	14.1	-	-	-	-	4	3.65	17.75
Comportamentos maternos	Regulação excitando	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	Regulação acalmando	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	Toque	5	11.08	24	11.59	14	60.2	1	6.5	89.37
	Vocalização com manhês	70	11.33	97	10.36	52	26.45	63	1.8	49.94
	Vocalização sem manhês	20	19.37	22	7.49	36	6.48	61	1.5	34.84
	Gesto ou demonstração	3	12.37	2	4.75	-	-	24	5.15	22.27

**Legenda:** Nº- número de comportamentos; *M*- duração média de tempo; *Mt*- Duração média de tempo total

Considerando os resultados obtidos na Tabela 3, a partir da Escala de Comportamentos Mãe-Bebê, verifica-se que T28 apresentou aos doze meses um maior número de comportamentos dirigidos ao objeto (Nº=47). Neste período observou-se na análise dos vídeos que os comportamentos mais frequentes foram a exploração do objeto com as mãos ou boca e a procura do objeto com movimentos espontâneos.

Na Tabela 3 verifica-se a ausência de comportamentos de orientação de T28 a M28 na avaliação dos três e dos doze meses. Verifica-se ainda uma maior duração de comportamentos de orientação a pessoas aos nove meses (*M*=30.23 segundos). Observa-se também que nos dois períodos em que a orientação de T28 à mãe esteve ausente a frequência

e a duração média de tempo do toque de M28 para captar a atenção da criança foi distinta: maior aos três meses ( $N^{\circ}=5$ ) e relativamente baixa aos doze meses ( $N^{\circ}=1$ ). Para além disso, verifica-se que aos nove meses a duração média do toque materno para captar a atenção do bebé é maior ( $M=60.2$  segundos), comparativamente aos restantes momentos de avaliação.

Relativamente à receptividade a pessoas verifica-se, na Tabela 3, um maior número de comportamentos recetivos de T28 aos seis meses de idade ( $N^{\circ}=47$ ).

Observa-se, na Tabela 3, que T28 apresentou aos seis meses uma maior frequência dos comportamentos de procura a pessoas ( $N^{\circ}=11$ ). Verifica-se ainda a ausência destes comportamentos aos três e doze meses de idade.

Verifica-se, na Tabela 3, que a partir dos seis meses o bebé T28 já apresentava comportamentos intersubjetivos, mais especificamente observou-se na análise que T28 já imitava a ação do outro. Verifica-se ainda que aos doze meses o bebé apresentou uma maior duração média de tempo de comportamentos intersubjetivos ( $M=4.11$  segundos).

No que se refere à vocalização do bebé T28 verifica-se, na Tabela 3, que esta encontra-se ausente aos nove meses. Verifica-se ainda que o bebé vocaliza em média durante mais tempo aos seis meses ( $M=2.3$  segundos) comparativamente com os outros momentos de avaliação.

Relativamente aos comportamentos maternos observa-se, na Tabela 3, a ausência de comportamentos regulatórios com o objetivo de acalmar o bebé enquanto este chorou no período dos três e 12 meses. Verifica-se ainda a ausência de comportamentos de regulação excitando ao longo dos quatro momentos de avaliação.

No que diz respeito à vocalização de M28, verifica-se, na Tabela 3, uma maior frequência da utilização do manhês aos seis meses ( $N^{\circ}=97$ ), comparativamente com os restantes momentos de avaliação. Verifica-se ainda que a frequência da vocalização sem manhês foi superior aos doze meses ( $N^{\circ}=61$ ). Denota-se ainda que em todos os momentos de avaliação a frequência de vocalização sem manhês foi inferior à frequência de vocalização com manhês.

Quanto aos comportamentos de gesticulação e de demonstração de objetos, verifica-se na Tabela 3, que estes se encontram ausentes aos nove meses. Verifica-se ainda que aos doze meses que M28 recorreu com mais frequência aos objetos para chamar a atenção do bebé ( $N^{\circ}=24$ ).

Na Tabela 4 estão apresentados os comportamentos relativos à responsividade materna.

**Tabela 4. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes a M28**

	3meses			6meses			9meses			12meses			Mt
	I	M	C	I	M	C	I	M	C	I	M	C	
Afeto Positivo	1	30.31	3	1	23.09	3	2	17.52	3	1	6.75	2	77.67
Calor Afetivo	4	993.62	5	4	514.46	5	5	1000.7	5	3	46.25	4	2555.07
Flexibilidade/Responsividade	1	9.45	1	1	7.02	1	1	85.08	1	1	22.9	1	124.45
Intrusão Física	1	2.7	4	-	-	5	-	-	5	1	5.94	3	8.64
Negatividade	-	-	5	-	-	5	-	-	5	-	-	5	0
Demonstração/Ensino Físico	1	5.4	1	-	-	1	-	-	1	1	8.95	1	14.35
Conteúdo Verbal	-	-	2	-	-	2	-	-	2	-	-	2	0
Suporte Verbal	1	1.91	1	1	7.39	1	1	2.2	1	2	2.41	1	13.91

**Legenda:** I- diversidade de indicadores; M- duração média de tempo; C- cotação; Mt- Duração média de tempo total

Considerando os comportamentos maternos observados na EARM (Tabela 4) verifica-se que nos quatro momentos de avaliação M28 apresentou algumas manifestações de afeto relativamente à criança ou à sua atividade, obtendo-se para os três primeiros momentos de avaliação uma pontuação intermédia para esta dimensão “3”. Verifica-se que para além dos sorrisos da mãe dirigidos à criança em todos os momentos de avaliação, aos nove meses também se encontrou presente o indicar Afeto físico. Aos doze meses M28 apenas apresentou um indicado afetivo, nomeadamente sorrisos dirigidos para, cuja duração média deste comportamento foi relativamente baixa (M=6.76 segundos), obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

No que se diz respeito à dimensão Calor Afetivo, observa-se na Tabela 4, que M28 apresentou constantemente um estilo de interação relaxado, caloroso (verbalizações positivas) e alegre, durante os três primeiros momentos de avaliação, obtendo-se assim uma pontuação alta “5” para esta dimensão. Aos doze meses verificou-se uma menor duração e diversidade de comportamentos calorosos dirigidos à criança (Nº=3 e M=46.25 segundos), cuja pontuação para esta dimensão foi “4”.

Em relação à dimensão Flexibilidade/Responsividade, verifica-se na Tabela 4, que nos quatro momentos de avaliação M28 raramente foi sensível às pistas do bebé ou valorizou os sinais e iniciativa. Simultaneamente M28 raramente ajustou o seu comportamento de forma a apoiar ou expandir a atividade da criança, obtendo-se uma pontuação baixa “1”. Nos quatro momentos de avaliação apenas esteve presente o indicador de posicionamento e reposicionamento sensível da criança (I=1).

Quanto à dimensão Intrusão Física verifica-se, na Tabela 4, que M28, aos três e doze meses, apresentou comportamentos que interferem significativamente na atividade da criança,  $M=2.7$  segundos e  $M=5.94$  segundos, respetivamente. No entanto, como apenas foi verificado a presença de um indicador e como a duração média de tempo dos comportamentos adotados foi baixa, atribuiu-se a M28 uma pontuação elevada para esta dimensão “4” nestes dois períodos de avaliação.

Relativamente à dimensão Negatividade verifica-se, na Tabela 4, que nos quatro momentos de avaliação M28 nunca adotou um tom de voz ríspido ou irritado nem expressões verbais negativas em relação à criança ou à sua atividade, obtendo-se uma pontuação alta para esta dimensão “5”.

No que se refere à dimensão Demonstração/Ensino verifica-se, na Tabela 4, que durante os quatro momentos de avaliação M28 raramente suportou a atividade da criança, obtendo-se por conseguinte uma pontuação baixa para esta dimensão “1”. No entanto, na avaliação dos 12 meses verificou-se uma maior duração média de comportamentos relativos à demonstração dos objetos ( $M=8.95$  segundos).

Quanto à dimensão Conteúdo Verbal verifica-se, na Tabela 4, que durante os quatro momentos de avaliação, apesar de M28 verbalizar o discurso foi caracterizado por uma reduzida diversidade frásica e lexical e por frases curtas, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

Em relação à dimensão Suporte verbal observa-se, na Tabela 4, que durante os quatro momentos de avaliação, M28 raramente utiliza verbalizações que suportam a atividade da criança, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “1”. Durante os momentos de avaliação apenas é visível o indicador nomeação do objeto (I=1) e o indicador caracterização do objeto apenas aos doze meses (I=2).

## **Caso T29**

Quanto aos dados fornecidos pelo NIDIP verificou-se que o bebé T29 apresentou uma pontuação de 5 no questionário PREAUT, apresentando os seguintes sinais ausentes: 2a – *“O bebé procura fazer-se olhar pela mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação*

(vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente); 2b – “O bebê procura fazer-se olhar pela mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversaço); 3a – “Sem qualquer estimulaço da mãe (ou substituto), o bebé olha para ela (ele)”; 3b- “Sem qualquer estimulaço da mãe (ou substituto), o bebé sorri para ela (ele)”; 3c- “Sem qualquer estimulaço de sua mãe (ou substituto), o bebé procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele)”; 4a – “Depois de ser estimulado pela mãe (ou substituto), o bebé olha para ela (ele)”; 4b – “Depois de ser estimulado pela mãe (ou substituto), o bebé sorri para ela (ele)”; 4c – “Depois de ser estimulado pela mãe (ou substituto), o bebé procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele)”. Como a pontuaço PREAUT esteve em 5 aos quatro meses e subiu para 7 aos 9 meses pode-se dizer que T29 nunca esteve em risco de autismo mas com risco psíquico visto que mais de dois indicadores do protocolo IRDI estiveram ausentes. Relativamente ao IRDI da fase I verificou-se os seguintes indicadores ausentes: 3- “resposta do bebé ao manhês”; 5- “ troca de olhares com a mãe”. Na fase II, evidenciou-se a ausência dos seguintes indicadores: 8- “A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar a sua resposta.”; 10- “A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra criança se dirige a ela”; 11- “A criança procura ativamente o olhar da mãe.”; e 13- “A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.”. Na avaliaço dos nove meses, apenas esteve ausente o sinal PREAUT 2a - “bebé procura fazer-se olhar pela mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitaço”. Na fase III evidenciou-se a ausência do IRDI 18 “A criança estranha pessoas desconhecidas para ela” e do IRDI 21- “A criança procura através do olhar a aprovaço do adulto”, no qual estes indicadores estão relacionados com o exercício da FP e com o ED, respetivamente. O ED está relacionado a condutas intersubjetivas na visão de Saint-Georges et al. (2011).

Na Tabela 5 estão apresentados os comportamentos relativos Escala de Comportamentos Mãe-bebé.

**Tabela 5. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebé referentes a T29 e M29**

Comportamentos do bebé		3 meses (540segundos)		6 meses (540segundos)		9 meses (540segundos)		12 meses (540segundos)		Mt
		Nº	M	Nº	M	Nº	M	Nº	M	
		Com o objeto	1	69.1	22	23.26	22	21.81	51	
Orientaço a pessoas	-	-	2	3.72	8	25.38	-	-	29.1	
Recetividade a pessoas	5	24.83	29	23.02	19	5.1	35	4.54	57.49	

	Procurando as pessoas	-	-	3	2.23	4	4.23	1	1.65	3.11
	Intersubjetividade	-	-	-	-	5	3.31	8	6.64	9.95
	Vocalização	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	Choro	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Comportamentos maternos	Regulação excitando	-	-	1	1.94	-	-	-	-	1.94
	Regulação acalmando	6	16.72	-	-	-	-	-	-	16.72
	Toque	18	13.77	16	14.51	31	4.58	6	1.29	34.15
	Vocalização com manhês	30	34.21	64	17.84	38	9.15	49	1.61	62.81
	Vocalização sem manhês	25	6.53	28	5.09	60	4.74	58	1.06	17.42
	Gesto ou demonstração	4	190.24	22	27.21	20	29.76	3	8.5	255.71

**Legenda:** N<sup>o</sup>- número de comportamentos; M- duração média de tempo; Mt- Duração média de tempo total

Considerando os resultados obtidos na Tabela 5, a partir da escala criada por Saint-Georges et al. (2011), verifica-se que a frequência de comportamentos do bebê T29 dirigidos ao objeto foi bastante superior aos doze meses (N<sup>o</sup>=51) cuja duração média de comportamentos foi de M=42,89 segundos.

Na Tabela 5, verifica-se que a ausência de comportamentos orientados à pessoa aos três e doze meses. Verifica-se ainda aos nove meses uma maior frequência e duração média de tempo de comportamentos orientados à pessoa (N<sup>o</sup>= 8 e M=25.38 segundos). Observa-se também que aos três meses, período em que a orientação do bebê à mãe está ausente, a duração média de comportamentos maternos, nomeadamente gestos e demonstração de objetos, com o objetivo de captar a atenção da criança, foi bastante superior (M= 190.24 segundos).

Relativamente à receptividade a pessoas verifica-se, na Tabela 5, que a frequência destes comportamentos foi superior aos seis meses (N<sup>o</sup>=29) cuja duração média foi de M=23.02 segundos.

Na Tabela 5, verifica-se que a procura a pessoas apenas se começou a evidenciar a partir dos seis meses. Verifica-se ainda que aos nove meses T29 apresentou um maior número de comportamentos e maior duração média de tempo de comportamentos com o obje-

tivo de captar a atenção do outro ( $N^{\circ}=4$  e  $M=4.23$ ), comparativamente com os outros momentos de avaliação.

Em relação aos comportamentos intersubjetivos verifica-se na Tabela 5, que estes apenas se começam a evidenciar a partir dos nove meses, momento em que a pontuação no questionário PREAUT esteve normalizada (15 pontos). Verifica-se ainda que aos doze meses a frequência e a duração média dos comportamentos intersubjetivos foi superior ( $N^{\circ}=8$  e  $M=6.64$  segundos), apresentando alguns comportamentos de engajamento social ( $N^{\circ}=5$ ).

Na Tabela 5, verifica-se que vocalização simples do bebé e os episódios de choro estiveram ausentes nos quatro momentos da avaliação.

Relativamente aos comportamentos maternos observados a partir da Escala de Comportamentos Mãe-Bebé (Tabela 5), verifica-se a ausência de comportamentos regulatórios, nomeadamente comportamentos de acalmar o bebé enquanto este chora no período dos três e 12 meses. Quanto à regulação da mãe com o objetivo de excitar o bebé verificou-se a sua presença apenas aos 6 meses ( $N^{\circ}=1$  e  $M=1.94$  segundos), momento no qual o bebé se torna mais recetivo a pessoas e procura as pessoas.

No que se refere aos comportamentos físicos com o objetivo de captar a atenção do bebé, nomeadamente o toque, verifica-se na Tabela 5, que aos nove meses M29 apresentou um maior número destes comportamentos maternos ( $N^{\circ}=31$ ).

Quanto à vocalização verifica-se, na Tabela 5, que a mãe utiliza o manhês durante mais tempo aos três meses ( $M=34.21$ ). Por outro lado, verifica-se que a mãe utiliza com mais frequência a vocalização sem manhês aos nove meses. Denota-se que o tempo médio da vocalização sem manhês foi em todos os momentos de avaliação inferior à vocalização com manhês.

Na Tabela 6 estão apresentados os comportamentos relativos à responsividade materna.

**Tabela 6. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes a M29**

	3meses			6meses			9meses			12meses			Mt
	I	M	C	I	M	C	I	M	C	I	M	C	
Afeto Positivo	2	14.09	2	1	10.24	2	1	13.75	2	1	4.9	2	42.98
Calor Afetivo	3	361.58	3	3	303.51	3	3	113.59	3	3	150.56	3	929.24
Flexibilidade/ Respon-	1	17.09	1	1	11.45	1	1	9.52	1	1	1.83	1	39.89

sividade													
Intrusão Física	1	7.98	4	1	4.28	4	3	12.14	2	2	8.17	3	32.57
Negatividade	2	5.28	2	1	1.77	4	1	1.73	3	4	12.13	1	20.91
Demonstração/Ensino Físico	1	4.38	1	-	-	1	1	17.08	1	1	5.5	1	26.96
Conteúdo Verbal	-	-	2	-	-	2	-	-	2	-	-	2	0
Suporte Verbal	1	1.98	1	1	1.31	1	1	2.0	1	1	1.72	1	7.01

**Legenda:** I- diversidade de indicadores; M- duração média de tempo; C- cotação; Mt- Duração média de tempo total

Considerando os comportamentos maternos observados na EARM (Tabela 6), observou-se que M29 apresentou em todos os momentos de avaliação poucas manifestações de afeto relativamente à criança ou à sua atividade, cuja duração média de tempo destes comportamentos relativamente baixa, atribuindo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

No que se diz respeito à dimensão Calor Afetivo verifica-se, na Tabela 6, que M29 nem sempre apresenta um estilo de interação relaxado, caloroso e alegre, uma vez que demonstrou alguma tensão durante os quatro momentos de avaliação, obtendo-se assim uma pontuação intermédia para esta dimensão “3”. No entanto, verifica-se que M29 apresentou uma maior duração média de comportamentos calorosos aos três meses ( $M=361.58$  segundos).

Em relação à dimensão Flexibilidade/Responsividade verifica-se, na Tabela 6, que M29 raramente foi sensível às pistas do bebé ou valorizou os sinais e iniciativa nos quatro momentos de avaliação. Simultaneamente M29 raramente ajustou o seu comportamento de forma a apoiar ou expandir a atividade da criança, obtendo-se por conseguinte uma pontuação baixa para esta dimensão “1”. Na análise apenas se verificou nos três primeiros momentos de avaliação o indicador de posicionamento e reposicionamento sensível da criança ( $I=1$ ) e aos dozes meses o indicador valorização da agenda da criança ( $I=1$ ).

Quanto à dimensão da Intrusão Física verifica-se, na Tabela 6, que em todos os momentos de avaliação M29 adotou comportamentos que interferiram na atividade da criança. Aos nove meses verificou-se uma maior diversidade de indicadores (intrusão e controlo físico, movimentos e reposicionamentos abruptos e remoção de objetos que a criança está a utilizar) e uma maior duração média de tempo de comportamentos intrusivos dirigidos a T29

( $I=3$  e  $M=8.17$  segundos), atribuindo-se por conseguinte uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

Relativamente à dimensão Negatividade verifica-se, na Tabela 6, que nos quatro momentos de avaliação M29 apresentou comportamentos negativos relativamente à criança ou à sua atividade. No entanto, aos doze meses foi verificada uma maior diversidade de indicadores negativos ( $I=4$ ), nomeadamente tom abrupto ou irritado, elevação do tom de voz, expressões verbais de impaciência e humilhação e depreciações, cuja duração média de tempo também foi superior ( $M=12.13$  segundos). Neste sentido, atribuiu-se a M29 uma pontuação baixa para esta dimensão “1”.

No que se refere à dimensão Demonstração/Ensino verifica-se, na Tabela 6, que durante os quatro momentos de avaliação a M29 raramente utilizou a demonstração e o ensino físico para suportar a atividade da criança, obtendo-se assim uma pontuação baixa para esta dimensão “1”. No entanto, aos nove meses verifica-se uma maior duração média de comportamentos relativos à demonstração dos objetos ( $M= 17.08$  segundos).

Quanto à dimensão Conteúdo Verbal verifica-se, na Tabela 6, que nos quatro momentos de avaliação, apesar de a M29 verbalizar o discurso foi caracterizado por uma reduzida diversidade frásica e lexical e por frases curtas, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

Em relação à dimensão Suporte verbal verifica-se, na Tabela 6, que durante os quatro momentos de avaliação, M29 raramente utilizou verbalizações que suportassem a atividade da criança, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “1”. Em todos os momentos de avaliação apenas foi visível o indicador nomeação do objeto ( $I=1$ ).

### **Caso T41**

Quanto aos dados fornecidos pelo NIDIP verificou-se através do IRDI que o bebé T41 apresentou na fase II o indicador 8 ausente “*A Criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar a sua resposta*” o que não indicava risco psíquico ou ao desenvolvimento. Quanto aos sinais PREAUT verificou-se a presença destes aos quatro e aos nove meses o bebé (pontuação 15), significando que T41 não apresentava risco psíquico. Esse fato fica evidente na evolução dos comportamentos Mãe-Bebé na Tabela 7.

**Tabela 7. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebê referentes a T41 e M41**

		3 meses (540segundos)		6 meses (540segundos)		9 meses (540segundos)		12 meses (540segundos)		<i>Mt</i>
		Nº	<i>M</i>	Nº	<i>M</i>	Nº	<i>M</i>	Nº	<i>M</i>	
Comportamentos do bebê	Com o objeto	9	72.2	41	93.84	39	93.84	45	44.31	303.19
	Orientação a pessoas	1	9.49	-	-	1	1.54	1	0.78	11.81
	Recetividade a pessoas	30	14.43	13	6.76	14	18.24	5	0.6	40.13
	Procurando as pessoas	-	-	6	4.07	4	1.58	10	1.39	7.04
	Intersubjetividade	-	-	-	-	14	12.74	12	8.74	21.48
	Vocalização	28	5.46	10	8.8	49	2.76	-	-	17.02
	Choro	-	-	8	11.02	-	-	-	-	11.02
Comportamentos maternos	Regulação excitando	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	Regulação acalmando	-	-	1	2.94	-	-	-	-	2.94
	Toque	3	0.87	37	7.03	9	8.02	2	0.7	16.62
	Vocalização com manhês	93	12.07	92	8.58	135	6.02	90	1.91	28.58
	Vocalização sem manhês	28	8.99	29	3.45	36	3.12	64	1.27	16.83
	Gesto ou demonstração	19	28.81	11	16.33	12	43.09	28	6.42	94.65

**Legenda:** N<sup>o</sup>- número de comportamentos; *M*- duração média de tempo; *Mt*- Duração média de tempo total

Considerando os resultados obtidos na Tabela 7, a partir da Escala de Comportamentos Mãe-Bebê, verifica-se que a frequência de comportamentos do bebê T41 dirigidos ao objeto foi maior aos 12 meses (N<sup>o</sup>=45), comparativamente com os outros momentos de avaliação. Cabe lembrar que neste momento de filmagem havia mais objetos disponíveis ao bebê para exploração.

Na Tabela 7, verifica-se que a orientação de T41 a pessoas esteve ausente na avaliação dos seis meses. Durante este período observou-se que o número de toques de M41 para captar a atenção do bebê foi maior (N<sup>o</sup>=37), cuja duração média de tempo foi de *M*=7.03 segundos.

Relativamente à receptividade a pessoas, verifica-se na Tabela 7, que a duração média destes comportamentos foi superior aos nove meses ( $M=18.24$  segundos), comparativamente com os outros momentos de avaliação.

Na Tabela 7, verifica-se que a procura a pessoas por parte do bebé surgiu aos seis meses. Verifica-se ainda uma maior frequência destes comportamentos aos doze meses ( $N^{\circ}=10$ ).

Quanto aos comportamentos intersubjetivos verifica-se na Tabela 7, que estes apenas se começam a evidenciar a partir dos nove meses. Os comportamentos intersubjetivos observados foram: o de imitar a ação do outro, apontar para alcançar um objeto e a apresentação de alguns comportamentos de engajamento social.

No que se refere à vocalização simples do bebé, verifica-se na Tabela 7, que esta encontrou-se ausente na avaliação dos doze meses. Verificou-se ainda uma maior frequência de vocalização simples aos nove meses ( $N^{\circ}=49$ ).

Relativamente aos comportamentos maternos observados a partir da Escala de Comportamentos Mãe-Bebé verifica-se, na Tabela 7, uma dificuldade de M41 regular o bebé com o intuito de o acalmar, uma vez que aos seis meses o bebé chora em média durante 11 segundos e a mãe apenas o acalma durante aproximadamente 3 segundos. A regulação com o objetivo de excitar o bebé este encontrou-se ausente nos quatros momentos de avaliação.

Quanto à vocalização da mãe verifica-se, na Tabela 7, que M41 apresentou aos nove meses uma maior frequência de manhês ( $N^{\circ}=135$ ) cuja duração média foi apenas de  $M= 6$  segundos. Aos nove meses também se verificou uma maior frequência de vocalização sem manhês ( $N^{\circ}=36$ ) comparativamente com os restantes momentos de avaliação. Observa-se ainda que a frequência e o tempo médio de vocalização sem manhês em todos momentos de avaliação foi inferior à vocalização com manhês.

Na Tabela 7, observa-se que aos nove meses M41 apresentou uma maior duração média de comportamentos de gesticulação e de demonstração de objetos ao bebé para captar a atenção do bebé ( $M=43.09$  segundos).

Na Tabela 8 estão apresentados os comportamentos relativos à responsividade materna.

**Tabela 8. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes a M41**

	3meses			6meses			9meses			12meses			Mt
	I	M	C	I	M	C	I	M	C	I	M	C	
Afeto Positivo	1	14.17	3	3	11.82	3	2	15.16	3	2	3.51	2	44.66

Calor Afetivo	5	996.27	5	4	788.05	5	5	626.54	5	4	239.31	4	2650.17
Flexibilidade/Responsividade	1	8.5	1	2	48.44	3	2	35.19	2	2	13.87	3	106.0
Intrusão Física	-	-	5	3	40.19	2	2	6.63	4	2	9.24	4	54.06
Negatividade	-	-	5	-	-	5	-	-	5	-	-	5	0
Demonstração/Ensino Físico	1	5.71	1	1	1.86	1	1	4.9	1	1	2.03	1	14.6
Conteúdo Verbal	-	-	2	-	-	2	-	-	2	-	-	2	0
Suporte Verbal	2	1.85	1	2	7.36	1	3	10.5	2	1	1.17	1	20.88

**Legenda:** I- diversidade de indicadores; M- duração média de tempo; C- cotação; Mt- Duração média de tempo total

Considerando os comportamentos maternos observados na EARM (Tabela 8) observou-se que M41 apresentou nos três primeiros momentos de avaliação algumas manifestações de afeto positivo relativamente à criança ou à sua atividade, obtendo-se para esta dimensão uma pontuação intermédia “3”. Aos doze meses a duração média de tempo de comportamentos afetivos diminuiu (M=3.51 segundos) e por isso M41 obteve uma pontuação de “2”. Verifica-se ainda a presença de uma maior diversidade de indicadores ao sexto mês, nomeadamente: sorrisos, afeto físico e encorajamentos e elogios (I=3).

No que se diz respeito à dimensão Calor Afetivo verifica-se, na Tabela 8, que a M41 apresentou constantemente um estilo de interação relaxado, caloroso (evidenciando-se verbalizações positivas), obtendo-se uma pontuação elevada para esta dimensão. Verifica-se ainda que aos três meses a duração média de comportamentos calorosos foi superior (M=996.27 segundos), cujos indicadores presentes foram: estilo relaxado, alegria e prazer na interação, verbalizações positivas e proximidade e atenção (I=5).

Em relação à dimensão Flexibilidade/Responsividade verifica-se, na Tabela 8, que aos três meses M41 raramente foi sensível às pistas do bebé ou valorizou os sinais e iniciativa. Simultaneamente M41 raramente ajustou o seu comportamento de forma a apoiar ou expandir a atividade da criança, obtendo-se por conseguinte uma pontuação baixa “1” para esta dimensão durante este período. A partir do sexto mês, observou-se que a mãe adotou comportamentos mais sensíveis em relação à criança, evidenciando-se a presença de dois indicadores (I=2): valorização dos interesses da criança e posicionamento sensível.

Quanto à dimensão Intrusão Física verifica-se, na Tabela 8, a presença de comportamentos maternos que interferiram na atividade da criança a partir do sexto mês. No entanto, verifica-se que M41 apresentou mais indicadores intrusivos aos seis meses, nomeadamente: intrusão e controlo físico, remoção de objetos que a criança está a utilizar e sinais físicos de impaciência/ ansiedade (I=3). Neste sentido, atribuiu-se uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

Relativamente à dimensão Negatividade verifica-se, na Tabela 8, que nos quatro momentos de avaliação M41 nunca adotou comportamentos negativos relativamente à criança ou à sua atividade, atribuindo-se uma pontuação alta para esta dimensão “5”.

No que se refere à dimensão Demonstração/Ensino verifica-se, na Tabela 8, que nos quatro momentos de avaliação M41 raramente utilizou a demonstração e o ensino físico para suportar a atividade da criança, uma vez que a duração média destes comportamentos foi baixa em todos os momentos de avaliação. Por conseguinte, M41 obteve uma pontuação baixa para esta dimensão “1”.

Quanto à dimensão Conteúdo Verbal verifica-se que, na Tabela 8, que durante os quatro momentos de avaliação, apesar M41 verbalizar o discurso foi caracterizado por uma reduzida diversidade frásica e lexical e por frases curtas, no qual a pontuação para esta dimensão foi baixa “2”.

Em relação à dimensão Suporte verbal verifica-se, na Tabela 8, que M41 apresentou uma maior diversidade de indicadores que suportaram a atividade da criança (I=3), nomeadamente caracterização sensorial dos objetos, nomeação e comparação. Contudo, a duração média das vocalizações foram baixas, obtendo-se uma pontuação inferior “2” para esta dimensão.

### **Caso T65**

Quanto aos dados fornecidos pelo NIDIP verificou-se que o bebé T65, na avaliação dos quatro meses, apresentou os seguintes sinais PREAUT ausentes: 1a- *“o bebé procura olhar espontaneamente”*; 1- *“o bebé procura olhar quando falam com ele (protoconservação)”*; 2a- *“O bebé procura “se fazer” olhar por sua mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente)”*; 2b - *“O bebé procura fazer-se olhar pela mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversaçoão)”*; 3a - *“Sem qualquer estimulação da mãe (ou substituto), o bebé olha para ela (ele)”*; 3b - *“Sem qualquer estimulação da mãe (ou substituto), o bebé sorri para ela (ele)”*; 3c - *“Sem qualquer estimulação da mãe (ou substituto), o bebé procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele)”*; 4c - *“Depois de ser estimulado pela mãe (ou substituto), o bebé procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele)”*. Por conseguinte, neste período obteve-se

uma pontuação baixa no questionário PREAUT “3”, significando risco grave para autismo. Ele foi o único bebê da amostra de Roth (2016) a não evidenciar ausência dos sinais 1a e 2a, demonstrando que não procurava espontaneamente nem a mãe ou ao examinador. Quanto ao IRDI verificou-se na fase I os seguintes indicadores ausentes: 1- “Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ele quer”; 4- “A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação”; e 5- “Há troca de olhares entre a criança e a mãe”. Na fase II estiveram ausentes os indicadores: 8- “A Criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar a sua resposta”; 9- “A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases”; 11- “A criança procura ativamente o olhar da mãe”; e 12- “A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço”. Na avaliação dos sinais PREAUT referentes à faixa etária dos nove meses, T65 apresentou uma melhora na receptividade uma vez que os sinais 1a e 1b estiveram presentes, no entanto, verificou-se a ausência do sinal 2a “o bebê procura fazer-se olhar pela mãe na ausência de qualquer solicitação dela”, indicando que o terceiro tempo do circuito pulsional ainda não estava estabelecido. Na fase III do IRDI verificou-se a ausência dos seguintes indicadores: 15- “Durante os cuidados corporais a criança procura ativamente trocas amorosas com a mãe”; 17 - “mãe e criança compartilham uma linguagem particular”; 20- “a criança faz gracinhas; 21 – “A criança procura o olhar de aprovação do adulto”; e 22- “A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada”.

Os resultados obtidos com a Escala de Comportamento Mãe-bebê estão sintetizados na Tabela 9.

**Tabela 9. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebê referentes a T65 e M65**

		3 meses (540segundos)		6 meses (540segundos)		9 meses (540segundos)		12 meses (540segundos)		Mt
		Nº	M	Nº	M	Nº	M	Nº	M	
		Comportamentos do bebê	Com o objeto	27	31.23	25	88.49	33	50.85	
Orientação a pessoas	-		-	-	-	6	8.65	1	0.11	8,76
Recetividade a pessoas	22		8.95	16	6.79	28	23.44	16	3.49	42.67
Procurando as pessoas	-		-	22	21.41	11	20.14	2	8.66	51.21
Intersubjetividade	-		-	-	-	-	-	7	9.44	9.44
Vocalização	21		4.22	5	3.17	20	3.53	34	0.91	11.83
Choro	13		4.53	11	5.83	21	15.93	-	-	26.29

Comportamentos maternos	Regulação excitando	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	Regulação acalmando	5	8.6	-	-	2	12.25	-	-	20.85
	Toque	19	5.13	17	6.58	20	10.28	-	-	21.99
	Vocalização com manhês	176	5.61	137	6.44	96	5.89	93	2.09	20.03
	Vocalização sem manhês	26	3.02	7	1.48	65	4.17	80	1.56	10.23
	Gesto ou demonstração	12	79.32	20	28.63	15	16.4	23	10.13	134.49

**Legenda:** N<sup>o</sup>- número de comportamentos; M- duração média de tempo; Mt- Duração média de tempo total

Considerando os resultados obtidos na Tabela 9, a partir da Escala de Comportamentos Mãe-Bebé, verifica-se que o número de comportamentos do bebé T65 dirigidos ao objeto foi superior aos 12 meses (N<sup>o</sup>=41), cuja duração média dos comportamentos foi de M=64.19 segundos.

Na Tabela 9, verifica-se que a orientação a pessoas esteve apenas presente a partir dos nove meses, no qual neste período a frequência e a duração média de comportamentos foi maior (N<sup>o</sup>=6 e M=8.65 segundos). Na análise dos vídeos observou-se que durante este período o bebé apenas se direcionou ao estímulo sensorial vindo da pessoa, cuja duração média de tempo foi de M=8.65 segundos.

Relativamente à receptividade a pessoas verifica-se, na Tabela 9, que a frequência e a duração média destes comportamentos foi superior aos nove meses (N<sup>o</sup>=28, M=23.44 segundos), comparativamente com os restantes momentos de avaliação.

Na Tabela 9, verifica-se que a partir dos seis meses o bebé começou a evidenciar comportamentos de procura a pessoas. Verifica-se ainda que aos seis meses a frequência destes comportamentos foi superior (N<sup>o</sup>=22), cuja duração média de tempo foi de M=20.14 segundos.

Na Tabela 9, verifica-se que os comportamentos intersubjetivos apenas surgiram aos doze meses cuja frequência e duração média de tempo foi de: N<sup>o</sup>= 7 e M=9.44 segundos. Cabe ressaltar que T65 recebeu intervenção precoce individual que durou dos 10 aos 12 meses, cujo relato está no trabalho de Peruzzolo (2016). Em comparação aos demais bebés a emergência da intersubjetividade e a procura ao outro foi mais tardia.

Na Tabela 9 verifica-se que nos quatro momentos de avaliação T65 apresentou vocalizações simples. Verifica-se ainda que aos três meses o T65 apresentou um maior número de vocalizações ( $N^{\circ}=22$ ), cuja duração média de tempo também foi maior (4.22 segundos).

Relativamente aos comportamentos maternos observados a partir da Escala de Comportamentos Mãe-Bebé verifica-se, na Tabela 9, uma dificuldade de M65 acalmar o bebé enquanto este chora uma vez que a duração média de tempo de comportamentos regulatórios ( $M=12.25$  segundo) nos três primeiros momentos de avaliação foi inferior à duração média de tempo de choro do bebé ( $M=15.93$  segundos). Verifica-se ainda a ausência de comportamentos regulatórios maternos com o objetivo de excitar o bebé nos quatro momentos de avaliação.

Em relação ao toque da mãe com o objetivo de captar a atenção do bebé verifica-se, na Tabela 9, que este comportamento materno encontra-se ausente na avaliação dos doze meses. Verifica-se ainda que aos nove meses M65 apresenta uma maior frequência e duração média de tempo destes comportamentos ( $N^{\circ}=20$ ,  $M=10.28$  segundos). Novamente cabe assinalar que a mãe utiliza mais o recurso do toque no momento anterior à intervenção e quando o bebé apresenta a intersubjetividade presente a necessidade de regular para o excitar diminui.

Quanto à vocalização materna verifica-se, na Tabela 9, que M65 utilizou com mais frequência o manhês aos três meses ( $N^{\circ}=176$ ), cuja duração média é de  $M= 5.51$  segundos. Aos doze meses verificou-se uma maior frequência de vocalizações sem manhês ( $N^{\circ}=80$ ). Verifica-se ainda que a frequência e a duração média de tempo de vocalização sem manhês em todos os quatro momentos de avaliação foi inferior à vocalização com manhês.

Na Tabela 9, verifica-se que na avaliação dos três meses M65 apresentou uma maior duração média de tempo de comportamentos de gesticulação e de demonstração de objetos dirigidos ao bebé ( $M=79.32$ ).

Na Tabela 10 estão apresentados os comportamentos relativos à responsividade materna.

**Tabela 10. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes a M65**

	3meses			6meses			9meses			12meses			Mt
	I	M	C	I	M	C	I	M	C	I	M	C	
Afeto Positivo	1	12.33	2	1	13.73	2	2	18.75	3	1	8.04	2	52.85
Calor Afetivo	3	255.59	3	3	281.95	3	5	230.82	3	5	94.62	3	862.99

Flexibilidade/Responsividade	-	-	1	2	8.47	1	2	74.32	2	1	15.5	1	98.29
Intrusão Física	2	37.34	3	2	10.67	3	1	9.61	3	1	4.99	3	62.61
Negatividade	-	-	5	-	-	5	-	-	5	-	-	5	0
Demonstração/Ensino Físico	1	1.62	1	1	7.08	1	-	-	1	1	5.45	1	14.15
Conteúdo Verbal	-	-	2	-	-	2	-	-	2	-	-	2	0
Suporte Verbal	1	17.42	1	2	8.4	2	1	6.7	1	1	1.91	1	34.43

**Legenda:** I- diversidade de indicadores; M- duração média de tempo; C- cotação; Mt- Duração média de tempo total

Considerando os comportamentos maternos observados na EARM (Tabela 10) observou-se que M65 apresenta ao longo dos quatro momentos de avaliação um baixo afeto positivo uma vez que apresentou poucos indicadores presentes e a duração média de tempo de comportamentos afetivos foi relativamente baixa. Por conseguinte, em todos os momentos de avaliação M65 obteve uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

No que se diz respeito à dimensão Calor Afetivo verifica-se, na Tabela 10, que apesar de M29 apresentar um diversidade de indicadores presentes na interação, principalmente aos nove e 12 meses (I=5), nem sempre apresentou um estilo de interação relaxado caloroso e alegre, uma vez se evidenciou alguma tensão durante a interação. Por conseguinte, M65 apresentou uma pontuação intermédia em todos os momentos de avaliação “3”.

Em relação à dimensão Flexibilidade/Responsividade verifica-se, na Tabela 10, que em todos os momentos de avaliação M65 raramente foi sensível às pistas do bebé ou valorizou os seus sinais e iniciativas. Simultaneamente M65 raramente ajustou o seu comportamento de forma a apoiar ou expandir a atividade da criança, obtendo-se para esta dimensão uma pontuação baixa de “1” aos três, seis e 12 meses. Aos doze meses atribuiu-se a M65 uma pontuação de “2” uma vez que a duração média de tempo de comportamentos responsivos foi ligeiramente superior, comparativamente com os restantes momentos de avaliação.

Quanto à dimensão Intrusão Física verifica-se, na Tabela 10, que em todos os momentos de avaliação M65 foi por vezes intrusiva em relação à criança ou à sua atividade e por isso obteve-se uma pontuação intermédia para esta dimensão “3”. Verifica-se ainda que aos três meses apresentou uma maior duração média de tempo de comportamentos intrusivos (M=37.34 segundos).

Relativamente à dimensão Negatividade verifica-se, na Tabela 10, que nos quatro momentos de avaliação M65 nunca adotou comportamentos negativos relativamente à criança ou à sua atividade, obtendo-se uma pontuação alta para esta dimensão “5”.

No que se refere à dimensão Demonstração/Ensino verifica-se, na Tabela 10, que durante os quatro momentos de avaliação M65 raramente utilizou a demonstração e o ensino físico para suportar a atividade da criança, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “1”.

Quanto à dimensão Conteúdo Verbal verifica-se, na Tabela 10, que durante os quatro momentos de avaliação, apesar de M65 verbalizar o discurso foi caracterizado por uma reduzida diversidade frásica e lexical e por frases curtas, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

Em relação à dimensão Suporte verbal verifica-se, na Tabela 10, que em todos os momentos de avaliação M65 raramente utilizou verbalizações que suportassem a atividade da criança, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “1”.

### **Caso P19**

Em relação à avaliação dos sinais PREAUT e do IRDI do bebé P19, na faixa etária dos quatro meses, evidencia-se que apresentou todos os indicadores do protocolo IRDI e sinais PREAUT presentes na primeira avaliação, não apresentando risco de desenvolvimento e risco psíquico nesta fase. Nas avaliações seguintes, passou a apresentar sinais de risco psíquico, uma vez que na avaliação da fase II do protocolo IRDI apresentou os seguintes indicadores ausente os: 7- *“a criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades”*; 8- *“a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta”*; 9- *“a mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases”*; 11- *“a criança procura ativamente o olhar da mãe”*; 12- *“a mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço”*; e 13 - *“a criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva”*. Aos nove meses verificou-se a ausência dos seguintes sinais PREAUT: 2a - *“O bebé procura fazer-se olhar pela mãe ou substituto na ausência de qualquer solicitação (vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente)”*; 2b - *“O bebé procura fazer-se olhar pela mãe ou substituto após ser estimulado (protoconversaão)”*; 3a - *“Sem qualquer estimulação d mãe (ou substituto), o bebé olha para ela (ele)”*; 3b - *“Sem qualquer estimulação da mãe (ou substituto), o bebé sorri para ela (ele)”*; 3c - *“Sem qualquer estimulação da mãe (ou substituto), o bebé procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele)”*; 4a - *“Depois de ser estimulado pela mãe (ou substituto), o bebé olha para ela (ele)”*; 4b - *“Depois de ser estimulado pela mãe (ou substituto), o bebé sorri para ela (ele)”*; 4c - *“Depois de ser estimulado pela mãe (ou substituto), o bebé procura suscitar uma troca prazerosa com ela (ele)”*. No IRDI da

fase III verificaram-se os seguintes indicadores ausentes: 15- “Durante os cuidados corporais, a criança procura ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.” 16 - “a criança demonstra gostar ou não de alguma coisa”; 17- “mãe e criança compartilham uma linguagem particular”; 18 - “a criança estranha pessoas desconhecidas para ela”; 19- “a criança possui objetos prediletos”; 20 - “a criança faz gracinhas”; e 21- “a criança procura o olhar de aprovação do adulto”. Portanto, foi um bebê que aos 9 meses apresentou um fechamento autístico não observado ao início.

Os resultados obtidos com a Escala de Comportamento Mãe-bebé estão sintetizados na Tabela 11.

**Tabela 11- Descrição dos comportamentos obtido através da Escala de Comportamentos Mãe-bebé referentes a P19 e M19**

		3 meses (540segundos)		6 meses (540segundos)		9 meses (540segundos)		12 meses (540segundos)		Mt
		Nº	M	Nº	M	Nº	M	Nº	M	
Comportamentos do bebê	Com o objeto	13	60.58	26	115.86	32	127.64	75	32.19	336.27
	Orientação a pessoas	3	19.56	9	16.28	4	1.68	31	2.06	39.58
	Recetividade a pessoas	59	25.81	63	29.33	28	8.48	18	1.33	64.95
	Procurando as pessoas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Intersubjetividade	-	-	-	-	2	1.62	1	0.35	1.97
	Vocalização	29	2.47	2	2.13	26	2.24	23	1.34	8.18
	Choro	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Comportamentos maternos	Regulação excitando	-	-	-	-	-	-	1	3.47	3.47
	Regulação acalmando	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	Toque	25	19.24	42	14.23	17	3.76	9	4.8	42.03
	Vocalização com manhês	91	5.76	73	6.91	35	2.83	13	1.48	16.98
	Vocalização sem manhês	30	2.84	26	4.41	51	3.38	42	1.1	11.73
	Gesto ou demonstração	13	60.58	26	115.86	32	127.64	75	32.19	336.27

**Legenda:** Nº- número de comportamentos; M- duração média de tempo; Mt- Duração média de tempo total

Considerando os resultados obtidos na Tabela 11, a partir da Escala de Comportamentos Mãe-Bebé, verifica-se uma maior frequência de comportamentos de P19 dirigidos ao objeto aos doze meses ( $N^{\circ}=75$ ), cuja duração média de tempo foi de  $M=32.19$  segundos.

No que se refere à orientação a pessoas verifica-se, na Tabela 11, uma maior frequência dos comportamentos aos doze meses ( $N^{\circ}=31$ ), cuja duração média foi de  $M=2.06$  segundos.

Verifica-se na Tabela 11, que a frequência e a duração média de tempo de comportamentos de P19 recetivos a pessoas foi maior aos seis meses ( $N^{\circ}=63$  e  $M=29.33$  segundos).

A procura a pessoas por parte de P19 não é verificada em nenhum dos quatro momentos da avaliação, como se pode observar na Tabela 11.

Na Tabela 11, verifica-se que os comportamentos intersubjetivos de P19 começam-se a evidenciar a partir da avaliação dos nove meses, cuja frequência e a duração média de tempo é ligeiramente superior neste período ( $N^{\circ}=2$  e  $M=1.62$  segundos).

Na Tabela 11, verifica-se que a vocalização simples do bebé esteve presente nos quatro momentos de avaliação, cuja frequência e duração média do tempo é superior aos três meses ( $N^{\circ}=29$  e  $M=2.47$  segundos)

Relativamente aos comportamentos maternos observados a partir da Escala de Comportamentos Mãe-Bebé, verificou-se, na Tabela 11, que os comportamentos regulatórios com o objetivo de excitar o bebé apenas estiveram presentes na avaliação dos doze meses ( $N^{\circ}=1$  e  $M=3.47$  segundos). A regulação com o objetivo de acalmar o bebé não foi verificada em nenhum dos quatro momentos de avaliação.

Na Tabela 11, verifica-se um maior número de comportamentos maternos de toque para captar a atenção do bebé na avaliação dos seis meses ( $N^{\circ}=42$ ), cuja duração média foi de  $M=14.23$  segundos.

Quanto à vocalização de M19 verifica-se, na Tabela 11, que o número de vocalizações com manhês foi superior na avaliação dos três meses ( $N^{\circ}=91$ ), cuja duração média foi de  $M=5.76$  segundos. Quanto à vocalização sem manhês verificou-se uma maior frequência aos nove meses ( $N^{\circ}=51$ ), cuja duração média foi de  $M=3.38$  segundos. Verifica-se ainda que apenas aos nove meses a frequência e a duração média de tempo de vocalização sem manhês ( $N^{\circ}=51$  e  $M=3.38$  segundos) foi superior à frequência e duração média de tempo de vocalização com manhês ( $N^{\circ}=35$  e  $M=2.83$  segundos).

Na Tabela 11, verifica-se um maior número de comportamentos maternos de gesticulação e de demonstração de objetos na avaliação dos doze meses ( $N^{\circ}=33$ ), cuja duração média foi de  $M=9.1$  segundos.

Na Tabela 12 estão apresentados os comportamentos relativos à responsividade materna.

**Tabela 12. Descrição dos comportamentos obtidos na EARM referentes a M19**

	3meses			6meses			9meses			12meses			Mt
	I	M	C	I	M	C	I	M	C	I	M	C	
Afeto Positivo	3	8.38	2	2	9.22	2	2	2.49	1	2	4.4	1	24.49
Calor Afetivo	3	385.24	3	3	541.79	3	3	55.06	2	3	21.21	2	1003.3
Flexibilidade/Responsividade	1	72.82	1	1	2.85	1	1	14.69	1	-	-	1	90.36
Intrusão Física	1	6.68	3	2	6.39	3	3	18.11	2	5	25.44	1	56.62
Negatividade	1	3.56	2	1	1.21	2	2	2.34	2	2	2.68	2	9.59
Demonstração/Ensino Físico	1	3.27	1	1	3.27	1	-	-	1	1	5.03	2	8.3
Conteúdo Verbal	-	-	2	-	-	2	-	-	2	-	-	2	0
Suporte Verbal	1	1.3	1	1	1.19	1	1	1.6	1	1	1.02	1	5.11

**Legenda:** I- diversidade de indicadores; M- duração média de tempo; C- cotação; Mt- Duração média de tempo total

Considerando os comportamentos maternos observados na EARM (Tabela 12) verificou-se que ao longo dos quatro momentos de avaliação as manifestações de afeto positivo diminuíram, apresentando em todos os momentos uma pontuação baixa para esta dimensão devido à baixa duração média de tempo e devido aos poucos indicadores presentes na interação. Aos três e seis meses obteve-se uma pontuação de “2” e a partir dos nove meses uma pontuação de “1”.

No que se diz respeito à dimensão do Calor Afetivo verifica-se, na Tabela 12, que M19 nem sempre apresentou um estilo de interação relaxado caloroso e alegre, demonstrando alguma tensão na interação. Por conseguinte, M19 obteve uma pontuação baixa nesta dimensão para todos os momentos de avaliação “2”. Verifica-se ainda que a partir dos nove meses a duração média de tempo de calor afetivo diminuiu, mais especificamente observou-se uma diminuição da alegria e do prazer na interação, passando a apresentar um estilo de interação mais frio e tenso.

Em relação à dimensão Flexibilidade/Responsividade verifica-se, na Tabela 12, que M19 raramente foi sensível às pistas do bebé ou valorizou os seus sinais e iniciativas em

todos os momentos de avaliação. Simultaneamente M19 raramente ajustou o seu comportamento de forma a apoiar ou expandir a atividade da criança, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “1”.

Quanto à dimensão Intrusão Física verifica-se, na Tabela 12, que em todos os momentos de avaliação M19 adotou comportamentos que interferiram na atividade da criança. Sendo a intrusão mais grave na avaliação dos doze meses, no qual foi evidenciado uma maior duração média de tempo de comportamentos intrusivos ( $M=25.44$  segundos) e uma maior diversidade de indicadores ( $I=5$ ), nomeadamente: intrusão e controlo, reposicionamentos abruptos, toques provocadores, reposicionamento desnecessários e expressões físicas de ansiedade/ impaciência. Neste sentido, M19 obteve uma pontuação mais baixa para esta dimensão “1” durante este período.

Relativamente à dimensão Negatividade verifica-se, na Tabela 12, que nos quatro momentos de avaliação M19 adotou por vezes um tom de voz ríspido ou irritado e/ou elevou o tom de voz a P19 ou à sua atividade. A presença de comportamentos ríspidos e severos justifica uma pontuação baixa “2” para esta dimensão em todos os momentos de avaliação.

No que se refere à dimensão Demonstração/Ensino verifica-se, na Tabela 12, que durante os quatro momentos de avaliação M19 raramente utilizou a demonstração e o ensino físico para suportar a atividade da criança, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “1”.

Quanto à dimensão Conteúdo Verbal verifica-se, na Tabela 12, que durante os quatro momentos de avaliação, apesar de M19 verbalizar o discurso foi caracterizado por uma reduzida diversidade frásica e lexical e por frases curtas, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

Em relação à dimensão Suporte verbal, Tabela 12, verifica-se que em todos os momentos de avaliação M19 raramente utilizou verbalizações que suportasse a atividade da criança, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “1”.

### **Caso T09**

Quanto aos dados fornecidos pelo NIDIP verifica-se que o bebé T09 foi o único desta amostra que apresentou um desenvolvimento sem risco já ao início da coleta, uma vez que apresentou todos os sinais PREAUT presentes, na avaliação dos quatro e nove meses, e não apresentou nenhum IRDI ausente nas três fases. Assim, T09 apresentou uma comunicação e interação dentro dos padrões esperados.

Os resultados obtidos com a Escala de Comportamento Mãe-bebé estão sintetizados na Tabela 13.

**Tabela 13. Descrição dos comportamentos obtidos na Escala de Comportamentos Mãe-bebê referentes a T09 e M09**

		3 meses (540segundos)		6 meses (540segundos)		9 meses (540segundos)		12 meses (540segundos)		Mt
		Nº	M	Nº	M	Nº	M	Nº	M	
Comportamentos do bebê	Com o objeto	39	24.34	54	184.33	67	49.6	60	37.3	295.57
	Orientação a pessoas	13	22.11	1	4.04	1	8.25	5	1.37	35.77
	Recetividade a pessoas	50	12.82	37	16.3	31	11.91	19	10.11	51.14
	Procurando as pessoas	8	17.19	2	20.79	3	3.33	-	-	41.31
	Intersubjetividade	-	-	3	1.37	3	2.93	7	4.65	8.95
	Vocalização	25	5.92	-	-	-	-	-	-	5.92
	Choro	13	10.0	-	-	3	6.60	-	-	16.60
Comportamentos maternos	Regulação excitando	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	Regulação acalmando	4	23.41	-	-	-	-	-	-	23.41
	Toque	28	20.77	40	8.15	17	9.92	6	0.71	39.55
	Vocalização com manhês	80	10.77	92	10.14	77	13.77	79	1.4	36.08
	Vocalização sem manhês	3	1.72	2	3.16	41	6.87	27	0.96	12.71
	Gesto ou demonstração	17	10.25	12	98.96	41	29.59	30	9.23	148.03

**Legenda:** Nº- número de comportamentos; M- duração média de tempo; Mt- Duração média de tempo total

Considerando os resultados obtidos na Tabela 13, a partir da Escala de Comportamentos Mãe-Bebê, verifica-se que a duração média de comportamentos do bebê T09 dirigidos ao objeto foi superior aos seis meses ( $M=184.33$ ), cuja frequência de comportamentos foi de  $N^{\circ}=54$ .

Na Tabela 13 verifica-se uma maior frequência e duração média de comportamentos de orientação de T09 à mãe aos três meses ( $N^{\circ}=13$  e  $M=22.11$  segundos).

Relativamente à recetividade a pessoas, verifica-se na Tabela 13, que a frequência destes comportamentos foi maior aos três meses ( $N^{\circ}=50$ ), cuja duração média foi de  $M=12.82$  segundos.

A procura a pessoas por parte do bebé não foi verificada na avaliação dos doze meses, como se pode verificar na Tabela 13. Verifica-se ainda que a frequência deste comportamento foi maior aos três meses ( $N^{\circ}=8$ ), cuja duração média é de  $M=17.19$  segundos.

Quanto aos comportamentos intersubjetivos verifica-se, Tabela 13, que estes começaram a se evidenciar a partir dos seis meses, cuja frequência e duração média de comportamentos foi superior aos doze meses ( $N^{\circ}=7$  e  $M=4.65$  segundos).

Na Tabela 13, verifica-se que a vocalização simples do bebé apenas se evidenciou na avaliação dos três meses ( $N^{\circ}=25$ ,  $TT=41.32$ ).

Relativamente aos comportamentos maternos observados a partir da Escala de Comportamentos Mãe-Bebé (Tabela 13) verifica-se que aos três meses quando o bebé chora ( $M=10.0$  segundos) a mãe regula o comportamento do bebé com o objetivo de o acalmar ( $M= 23.41$  segundos). Também se verifica aos nove meses quando o bebé chora ( $M=6.60$  segundos) a mãe regula o bebé com o objetivo de o excitar ( $M=10.65$  segundos).

Em relação ao toque da mãe com o objetivo de captar a atenção do bebé verifica-se, na Tabela 13, que a frequência deste comportamento foi superior aos seis meses ( $N^{\circ}= 40$ ), cuja duração média foi de  $M=8.15$  segundos.

Quanto à vocalização materna verifica-se, na Tabela 13, que a frequência do manhês foi maior aos seis meses ( $N^{\circ}=92$ ), cuja duração média de tempo foi de  $M=10.14$  segundos. Quanto à vocalização sem manhês a frequência e a duração média foi superior aos nove meses ( $N^{\circ}=41$  e  $M=6.87$  segundos). Verificou-se ainda que a frequência e a duração média de vocalização sem manhês foi inferior à frequência e duração média de vocalização com manhês em todos os momentos de avaliação.

Na Tabela 13, verifica-se que o número de comportamentos maternos utilizando a gesticulação ou a demonstração de objetos para captar a atenção de T09 foi maior aos nove meses ( $N^{\circ}=41$ ), cuja duração média é de  $M=29.59$  segundos.

Na Tabela 14 estão apresentados os comportamentos relativos à responsividade materna.

**Tabela 14. Descrição dos comportamentos maternos obtidos EARM referentes M09**

	3meses			6meses			9meses			12meses			Mt
	I	M	C	I	M	C	I	M	C	I	M	C	
Afeto Positivo	2	13.72	4	2	14.74	4	2	16.08	4	1	10.98	3	55.52
Calor Afetivo	5	1344.91	5	5	988.8	5	4	606.7	5	3	579.11	4	3519.52

Flexibilidade/Responsividade	1	4.94	1	1	6.03	2	1	2.33	1	-	-	1	13.3
Intrusão Física	1	2.8	4	2	2.45	4	3	19.36	3	2	5.17	4	29.78
Negatividade	-	-	5	-	-	5	-	-	5	-	-	5	0
Demonstração/Ensino Físico	1	6.15	2	1	5.35	2	1	24.69	3	1	4.24	2	38.43
Conteúdo Verbal	-	-	2	-	-	2	-	-	2	-	-	2	0
Suporte Verbal	1		1	1	3.55	2	1	1.6	1	1	1.48	2	6.63

**Legenda:** I- diversidade de indicadores; M- duração média de tempo; C- cotação; Mt- Duração média de tempo total

Considerando ainda os comportamentos maternos observou-se partir da EARM (Tabela 14), que M09 em todos os momentos de avaliação apresentou com frequência manifestações de afeto positivo, nomeadamente sorrisos, relativos à criança ou à sua atividade. Aos três, seis e nove meses obteve-se uma pontuação alta para esta dimensão “4”.

No que se diz respeito à dimensão Calor Afetivo verifica-se, na Tabela 14, que M09 apresentou em todos os momentos de avaliação, um estilo de interação relaxado caloroso e alegre, obtendo-se assim uma pontuação elevada para esta dimensão “5”. Verifica-se ainda que M09 apresentou uma maior duração média de comportamentos calorosos na avaliação dos três meses ( $M=1344.91$  segundos).

Em relação à dimensão Flexibilidade/Responsividade verifica-se, na Tabela 14, que em todos os momentos de avaliação M09 raramente foi sensível às pistas do bebé ou valorizou os seus sinais e iniciativas. Simultaneamente M09 raramente ajustou o seu comportamento de forma a apoiar ou expandir a atividade da criança.

Quanto à dimensão Intrusão Física verifica-se, na Tabela 14, que em todos os momentos de avaliação M09 apresentou alguns comportamentos que interferiram na atividade da criança. Sendo a intrusão mais elevada aos nove meses no qual é evidenciado uma maior duração média de comportamentos intrusivos ( $M= 19.36$ segundos) e diversidade de indicadores ( $I=3$ ), nomeadamente: intrusão e controlo, remoção de objetos e expressões físicas de ansiedade/ impaciência

Relativamente à dimensão Negatividade verifica-se, na Tabela 14, que nos quatro momentos de avaliação que M09 nunca adotou um tom de voz ríspido ou irritado e/ou elevou o tom de voz a T09 ou à sua atividade.

No que se refere à dimensão Demonstração/Ensino verifica-se, na Tabela 14, que durante os quatro momentos de avaliação M09 raramente apresentou comportamentos que suportaram a atividade da criança, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

Quanto à dimensão Conteúdo Verbal verifica-se que, na Tabela 14, que durante os quatro momentos de avaliação, apesar de M09 verbalizar o discurso foi caracterizado por uma reduzida diversidade frásica e lexical e por frases curtas, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “2”.

Em relação à dimensão Suporte verbal verifica-se, na Tabela 14, que em todos os momentos de avaliação M09 raramente utilizou verbalizações que suportaram a atividade da criança, obtendo-se uma pontuação baixa para esta dimensão “1”.

## Capítulo 6 - Discussão dos Resultados

Em primeiro lugar é importante realçar novamente que este estudo não pretende generalizar qualquer tipo de conclusões uma vez que a amostra é reduzida (N=7). Em segundo lugar salienta-se que cada momento de avaliação teve apenas uma duração total de 9 minutos (540 segundos) e por conseguinte a ausência de um determinado comportamento no vídeo pode não ser um indicador direto da ausência do mesmo no reportório comportamental da criança (Marschik & Einspieler, 2011).

Relativamente aos dados do Protocolo do IRDI e dos sinais PREAUT, fornecidos pelo NIDIP, verificou-se o bebé T09 foi o único, desta amostra, que em nenhum momento de avaliação apresentou sofrimento psíquico, uma vez que todos os sinais PREAUT e IRDI estiveram sempre presentes. Verificou-se também através do Protocolo do IRDI e dos sinais PREAUT que os bebés T02, T28 e T41 apresentaram sinais de risco ao desenvolvimento infantil na avaliação dos três meses. No entanto este risco diminuiu aos nove meses uma vez que apresentaram todos os sinais PREAUT e IRDI presentes, apresentando assim uma comunicação dentro dos padrões esperados. Com base nos comportamentos analisados através da Escala de Comportamentos Mãe-bebé verificou-se que aos doze meses estes bebés (T02, T28 e T41) apresentaram comportamentos de intersubjetividade secundária (atenção compartilhada), fazendo algumas solicitações para alcançar o objeto e imitaram a ação do outro. Verificou-se ainda que o bebé T41 apresentou aos doze meses comportamentos de orientação, recetividade e procura a pessoas permitindo supor que se tratavam de bebês em desenvolvimento sem risco de evolução para autismo ou outra psicopatologia grave.

Relativamente ao bebé T29 e T65 verificou-se através do Protocolo IRDI e dos sinais PREAUT que apresentaram sinais de risco para a constituição psíquica. Observou-se através dos sinais PREAUT uma dificuldade no estabelecimento do terceiro tempo do circuito pulsional, ao longo das avaliações, dado que estes bebés não procuraram fazer-se olhar pelo outro. Quanto ao bebé T65 verificou-se que na fase III do IRDI os indicadores ausentes foram compatíveis com o fato do bebê não estar plenamente instalado na comunicação. Considerando os resultados obtidos na Tabela 9, a partir da Escala de Comportamentos Mãe-Bebé, verificou-se que T65 não apresentou comportamentos de orientação a pessoas até aos nove meses e não apresentava comportamentos intersubjetivos claros. Em comparação com os demais bebés verificou-se que T65 apresentou menor duração média total de comportamentos de recetividade a pessoas ( $Mt=42.67$  segundos) como se verifica na Tabela 9. Neste sentido, devido à gravidade do caso foi recomendado pelo NIDIP a díade receber uma intervenção precoce após a avaliação dos nove meses. Este acompanhamento preco-

ce pode explicar a emergência dos comportamentos intersubjetivos aos 12 meses em comparação com os demais bebês.

Relativamente ao bebê P19, este foi o único que na primeira avaliação aos três meses apresentou todos os sinais PREAUT e IRDI presentes. No entanto, nas avaliações seguintes passou a apresentar sinais de risco psíquico. Isso também emergiu na análise da Escala de comportamentos mãe-bebê na recetividade às pessoas que diminui da primeira para a última avaliação.

Através da Escala de Comportamentos Mãe-Bebê observou-se que os bebês que apresentaram sinais de risco psíquico (T29, T65 e P19) apresentaram debilidade de comportamentos de intersubjetividade secundária, uma vez que apresentaram uma dificuldade de anteciparem a ação dos outros, de compartilhar um foco de atenção e de fazerem solicitações para alcançarem um objeto de interesse. Segundo Clifford e Dissanayke (2008) no desenvolvimento típico estas capacidades de atenção compartilhada começam a surgir entre os 9 e os 14 meses. No entanto em crianças com PEA estas competências só surgem mais tarde entre os 17-30 meses. Verificou-se ainda que estes bebês em risco psíquico apresentaram em média menos comportamentos intersubjetivos comparativamente aos restantes bebês deste estudo. De acordo com Muratori (2014) o que caracteriza o autismo precoce não é a ausência total de comportamentos intersubjetivos, mas a debilidade deles. Estas crianças apresentam dificuldades para tomar consciência da existência do outro e modular as suas próprias ações e as suas intenções em relação à presença deste outro Muratori (2014). Constatou-se que os sinais ausentes do IRDI nos bebês com sinais de risco psíquico estavam na maioria relacionados com a dificuldade no ED, ou seja, verificou-se uma dificuldade de a mãe reconhecer os gestos da criança a partir das suas manifestações involuntárias por exemplo choro, agitação motora, entre outros. Por conseguinte, na visão de Saint-Georges et al. (2011) a dificuldade no ED compromete as condutas intersubjetivas do bebê.

Observou-se através da análise dos comportamentos da Escala de Saint-George et al. (2011) que todos os bebês dirigiram durante mais tempo a atenção para objetos do que para as pessoas. Este resultado pode interpretar-se como revelador da preferência que as crianças têm pelos estímulos não-sociais em todas as idades. Comparativamente com os outros bebês, verificou-se que P19 apresentou uma maior duração média total de comportamentos dirigidos aos objetos ( $Mt=336.27$  segundos) do que a pessoas ( $Mt=39.58$  segundos) como se pode observar na Tabela 11. Neste âmbito, salienta-se que a redução do interesse social pelas faces do bebê P19 combinada com o excessivo interesse em objetos físicos constitui um defeito para a emergência da intersubjetividade (Saint-Georges et al., 2011). Ainda sobre o uso de objetos, Baranek (1999) ao estudar os comportamentos de crianças com au-

tismo, relatou que estas levavam objetos à boca com uma elevada frequência. No entanto, neste estudo verificou-se que não houve diferenças significativas na exploração de objetos com a boca em bebês com e sem risco.

Cabe ressaltar que a situação de filmagem na avaliação dos doze meses era distinta das demais já que nesta idade havia uma caixa disponível com muitos brinquedos o que pode ter influenciado na emergência de maior atenção aos objetos, já que havia uma descoberta a ser feita na caixa de brinquedos. O que é interessante observar, no entanto, é se o bebê desprendia-se com facilidade ou não do objeto para o outro, o que foi mais evidente nos bebês sem risco do que com risco pelo número de comportamentos intersubjetivos.

A partir da análise dos comportamentos da Escala de Saint-George et al. (2011), observou-se ainda que o P19 apresentou apetência simbólica, habilidade e desejo para se relacionar com o outro na primeira avaliação, uma vez que os comportamentos de orientação e recetividade não estiveram totalmente ausentes do relatório comportamental destas crianças, como pode ser observado na 11. Este bebê apresentou sinais de intersubjetividade primária no qual olhou para o rosto da mãe após serem estimulados por esta e também espontaneamente. Já o bebê T29 demonstrou maior fragilidade na procura espontânea na primeira avaliação dos Sinais PREAUT, normalizando na segunda. Neste sentido, de acordo com Cornish, Turk e Levitas (2007) o olhar dos bebês para a face humana deve-se à vontade da criança interagir com a outra pessoa. No entanto, esta apetência inicial não evoluiu para uma intersubjetividade secundária para P19, diferentemente de T29, para o qual os Sinais PREAUT estiveram presentes aos 9 meses.

Através da Escala de Comportamentos Mãe-bebê e da Escala de Responsividade Materna foi verificado uma dificuldade das mães dos bebês que apresentavam sinais de risco psíquico, nomeadamente M29, M65 e M19, estabelecerem um laço na relação e de cumprir a sua função. Para Cullere-Crespin (2004) e Landry et al. (1997, 2006), o exercício da função materna é nutrido pela capacidade de responsividade do bebê e por isso quando o bebê não é responsivo a mãe tem mais dificuldade em interagir com o bebê. Para Muratori (2014) devido ao facto dos bebês em risco psíquico responder menos às solicitações da mãe, esta pode começar a reduzir as interações, expressar ansiedade dado que a criança não reage após a estimulação e conseqüentemente podendo-se tornar mais fria e tensa na interação. Cohen et al. (2013) refere a partir das suas pesquisas verificou também que a lentidão ou a ausência de respostas do bebê frente aos estímulos maternos poderia causar o retraimento materno, agravando conseqüentemente o risco de autismo. Neste seguimento foi verificado na EARM que as mães de bebês com sinais de risco psíquico (M29, M65 e M19) apresentaram ao longo do tempo uma baixa responsividade materna. Mais especificamente observou-se ao longo dos quatro momentos de avaliação a diminuição de manifes-

tações de afeto positivo e comportamentos calorosos e o aumento de comportamentos intrusivos e negativos. No entanto, verificou-se que a M19 tornou-se a mãe mais tensa, intrusiva fisicamente e negativa na interação com P19, ao longo dos quatro momentos de avaliação, como se pode verificar na Tabela 11.

Por conseguinte, parece evidente que a diminuição de comportamentos de orientação e receptividade a pessoas de P19, a partir da avaliação dos seis meses, como se verifica na Tabela 10, possa estar relacionado com o aumento dos comportamentos negativos e intrusivos de M19. Mais concretamente, na análise de comportamentos verificou-se que, a partir do sexto mês, P19 olhou menos para a face humana e demonstrou menos experiências de prazer na interação, ou seja, P19 foi perdendo o interesse em se relacionar com o outro. Para além disso, destaca-se que este bebé não apresentava risco psíquico e a intrusividade de M19 pode ter contribuído para o agravamento dos sinais de risco psíquico de P19.

Salienta-se que o caso do bebé P19 é uma evidência, na análise qualitativa, de que quando os fatores biológicos (no caso a prematuridade) se conjugam com os fatores sociais (por exemplo baixa responsividade materna) podem aumentar o risco de desenvolvimento (Bates, Pettit, Dodge & Ridge, 1998). A exposição da criança a comportamentos maternos ríspidos e pouco responsivos parece ter impacto significativamente negativo no desenvolvimento da criança (Alvarenga, Malhado & Lins, 2014). Segundo Oliveira, Flores e Souza (2012) a qualidade das relações mãe-bebé estabelecidas no primeiro ano de vida pode amenizar possíveis biológicos.

Contrariamente, foi observado que as mães M02, M28, M41 e M09, cujos bebés não apresentaram risco à constituição psíquica, mostraram-se como sendo mais responsivas mantendo ao longo das avaliações um estilo de interação mais relaxado, caloroso e alegre. Estas mães também demonstraram mais manifestações de afeto positivo, nomeadamente sorrisos verbalizações positivas, elogios e prazer na interação. Verificou-se ainda que não houve diferenças significativas no estilo de interação das mães M02, M28 e M41, cujos bebés apresentaram risco de desenvolvimento, da mãe M09 cujo desenvolvimento do bebé estava dentro dos padrões normativos.

Um aspeto curioso observado foi que o bebé T02 e T28 na avaliação dos doze meses apresentaram ausentes os comportamentos de orientação e procura a pessoas e os comportamentos recetivos diminuíram comparativamente com os restantes momentos de avaliação, como se pode observar na Tabela 1 e 3, respetivamente. Durante este período também se verificou que M02 e M28 apresentaram menos comportamentos de afeto positivo e calorosos, como se pode observar na Tabela 2 e 4, respetivamente. Isto pode significar que menos afetuosidade das mães levou a menos interesse dos bebés interagirem com estas. Nes-

te sentido, remetendo para Stern (1992) a comunicação do bebê ocorre se a mãe compartilha estados de afeto positivo e se for receptiva.

Neste estudo também se verificou que todas as mães, exceto a T41, apresentaram valores baixos na dimensão “Responsividade/ Flexibilidade” da Escala de Responsividade Materna, dado que quando a criança chorava a mãe tinha dificuldade de responder de forma contingente. Este aspeto também foi observado na Escala de Saint-George et al. (2011), no qual verificou-se que o a duração média de tempo de regulação com o objetivo de acalmar ou excitar o bebê foi inferior ao tempo média do choro do bebê. No caso do bebê T65 verificou-se que durante os quatro momentos de avaliação apresentou elevada irritabilidade e humor instável que por conseguinte observou-se que a mãe alguma tensão de M65 e dificuldade de regular o comportamento do bebê. Ressalta-se que aos três meses de vida dos bebês as mães ainda se estão a adaptar à maternidade. Contudo, seria de esperar que ao longo do tempo os padrões de responsividade materna fossem naturalmente se modificando, no sentido de melhor responderem às necessidades desenvolvimentais da criança (Landry et al., 1997; Ferreira, 2009). Também seria de esperar que com o passar do tempo as mães se tornassem menos intrusivas estimulando o desenvolvimento das crianças de modo a se tornarem cada vez mais independentes e mais capazes de identificar as suas próprias necessidades e desejos (Fraley, Roisman, & Haltigan, 2013, citado por Alvarenga, Malhado & Lins, 2014). No entanto, segundo van den Boom (1994), a irritabilidade das crianças influencia a relação diádica mãe-criança, dificultando a adaptação das ações da mãe à disposição da criança.

No que diz respeito à relação entre responsividade e intersubjetividade, Laakso, Poikkeus, Katajamäki e Lyytinen (1999) corroboram o pressuposto de que no primeiro ano de vida as práticas de comportamentos responsivos têm influência no desenvolvimento de intenções comunicativas na criança. Verificou-se que as mães que apresentaram dificuldade de alienação e consequentemente comportamentos menos responsivos ao longo do tempo (M19, M65 e M29) tiveram bebês com emergência tardia de comportamentos intersubjetivos. Mais concretamente verificou-se que bebês com sinais de risco psíquico (T29, T65 e P19) apresentaram debilidade nos comportamentos intersubjetivos não reconhecendo as intenções presentes na comunicação da mãe.

As crianças são envolvidas em ações compartilhadas a partir da intencionalidade do outro, uma vez que não possuem iniciativa de provocar o outro. Para Siller e Sigman (2008) durante os estágios iniciais os pais devem de ser contingentes ao foco de atenção da criança e seguir o seu interesse fornecendo instruções verbais, por conseguinte este processo prediz subseqüentemente a aquisição da linguagem. Landry, Smith e Swank (2006) referem que a presença de estímulos de afeto positivo e ausência de comportamentos que demons-

trem afeto negativo (por exemplo o tom de voz ríspido e intrusão física) podem suscitar na criança sentimentos de interesse e aceitação da figura materna. Assim, se as mães não seguem o interesse da criança e se são intrusivas impedindo a exploração autónoma dos objetos a criança não vai ter interesse de compartilhar atenção. Siller e Sigman (2002) mencionam que quanto mais as mães das crianças com PEA se envolvem numa interação responsiva com os seus filhos, mais altos ficam os níveis de funcionamento de comunicação. No caso de P19, apesar da apetência simbólica inicial do bebé, a mudança da responsividade materna de M19 parece ter tido influência no fechamento autístico do bebé.

Na EARM também se observou que todas as mães apresentaram dificuldade em ajustarem o seu comportamento de modo a apoiarem ou expandirem as atividades iniciadas pela criança. Para além disso, observou-se que praticamente todas as mães não aceitaram os interesses da criança e a deixaram liderar uma atividade. Isto porque observou-se que as mães apresentavam constantemente novos objetos e aproximavam demasiado perto das crianças de modo a captar a atenção destas. Observou-se ainda que quando as crianças gatinhavam para procurarem novos objetos as mães agarravam-nas para não saírem do tapete EVA. Neste sentido as mães foram intrusivas, não deixando explorarem livremente o espaço físico. Contudo, cabe ressaltar que também pode ter havido uma limitação da situação de filmagem que pode ter induzido as mães a evitarem a saída do filho do tapete Eva para que a câmara pudesse captar a imagem.

Neste estudo verificou-se ainda que as mães M29, M65 e M19 seguiram menos o foco de atenção da criança. Landry, Smith, Swank e MillerLoncar (2000), referem que a maior responsividade e direcionalidade materna em crianças vulneráveis tende a influenciar positivamente o desenvolvimento cognitivo. Para além disso, a diretividade permite a elaboração ou expansão do comportamento da criança. No entanto, deve haver uma flexibilidade nesse processo, dimensão que esteve com pontuação inferior na amostra aqui estudada.

Relativamente à dimensão Conteúdo Verbal da EARM verificou-se que todas as mães apresentaram um discurso caracterizado por uma reduzida diversidade frásica e lexical e por frases curtas e incompletas. Para além disso, quanto ao Suporte Verbal verificou-se que todas as mães raramente apresentaram verbalizações com o objetivo de suportar, desafiar ou enriquecer a atividade da criança. Para Bornstein et al. (2008), as respostas maternas às vocalizações dos bebés podem servir de estímulo para o desenvolvimento da linguagem. Para Ruble (2008), a responsividade contingente permite o envolvimento da criança na atividade e o fornecimento de instruções verbais permite o desenvolvimento da linguagem (Ruble, 2008). Para Landry et al., (1997) uma linguagem materna responsiva que inclui a nomeações e descrições de objetos e ações, estabelecimento de relações de causa e efeito e/ou organização e estruturação verbal das atividades realizadas com a criança, possibilita

que a criança enriqueça o seu repertório linguístico e que adquira um maior número de competências verbais. Assim, a mãe (assumindo que é o adulto que passa mais tempo com a criança) é responsável pelo desenvolvimento de novos processos cognitivos da criança, funcionando assim como agente metacognitivo (McLane, 1987, citado por Ferreira, 2009). Por conseguinte, o pouco suporte verbal fornecido pelas mães pode comprometer no futuro o desenvolvimento das funções intelectuais superiores (Alvarenga, Malhado & Lins, 2014) ou mesmo da linguagem, já que em pesquisas anteriores do NIDIP o atraso na aquisição da linguagem foi muito frequente nas amostras com a mesma característica sociodemográfica estudada, fator que também esteve associado ao risco psíquico (Crestani et al. 2013; Crestani, Moraes e Souza, 2015).

Um outro aspeto verificado neste estudo, através da Escala de Saint-George et al. (2011), foi o de todas as mães, em todos os momentos de avaliação, vocalizarem mais em manhês, verificando-se assim uma maior duração média de tempo de vocalização com manhês do que vocalização sem manhês. De acordo com Muratori (2014), o *manhês* tem um papel central para o desenvolvimento dos circuitos neuronais que permite que a linguagem e a intersubjetividade surja. O manhês em crianças autistas constitui-se como uma ferramenta crucial para captar a atenção da criança e para estimular as competências sociais da criança (Laznik, 2013; Cohen et al., 2013). No entanto, para Laznik (2013) apesar do manhês ser um determinante para a alienação do bebé ao desejo do outro, não é suficiente para a instauração do terceiro tempo do circuito pulsional. Neste sentido evidencia-se que apesar de a M19 vocalizar em manhês com o bebé P19 o facto de ser intrusiva e negativa e estar tensa durante a interação teve consequências a nível da estruturação psíquica do bebé, uma vez que este não se procurou fazer ver em nenhum momento da avaliação e apresentou debilidade dos comportamentos intersubjetivos.

Por outro lado, cabe ressaltar que a diminuição do manhês é esperada no segundo semestre de vida pelo ingresso crescente do bebé na linguagem, o que se verificou nesta amostra a exemplo do estudo de Krueel et al. (2016) em que distintas formas de comunicação emergem além do manhês.

## Capítulo 7 - Conclusões

Os principais objetivos do estudo passaram por um lado verificar se houve mudanças na responsividade materna ao longo dos quatro momentos de avaliação e qual a relação entre os comportamentos maternos responsivos e a intersubjetividade dos bebés: sem risco desde o início da pesquisa, com risco de desenvolvimento e com risco psíquico.

Ressalta-se que os bebés que apresentaram melhorias significativas, nos sinais PREAUT e no protocolo IRDI, foram os bebés que estavam com um indicador ausente no IRDI e cuja pontuação no sinal PREAUT era superior a 5, sendo eles: T02, T28 e T41. Aos doze meses verificou-se que estes bebés não apresentaram sinais de risco. Na observação da relação desses bebés com as suas mães, verificou-se que não houve mudanças na responsividade nas mães M02, M28 e M41 e M09. Estas mães apresentaram ao longo dos quatro momentos de avaliação, um estilo de interação mais relaxado, caloroso e alegre, demonstrando manifestações de afeto positivo (sorrisos, verbalizações positivas, elogios e prazer na interação). Foi também verificado que não houve diferenças no estilo de interação das mães M02, M28 e M41, cujos filhos estavam em risco de desenvolvimento, da mãe M09, cujo bebé apresentava um desenvolvimento dentro dos padrões normativos. Por outro lado, foi verificada uma mudança na responsividade materna nas mães cujos bebés apresentaram sinais de risco.

Neste estudo verificou-se que houve uma relação entre responsividade materna, apetência simbólica do bebé e emergência de comportamentos intersubjetivos pois ficou claro que os bebés com risco, cujas mães não tiveram boa evolução na responsividade materna foram bebés com emergência tardia de comportamentos intersubjetivos. No caso de T65 os comportamentos intersubjetivos só começaram a ser evidentes após o período de intervenção precoce. No caso de P19, apesar da apetência simbólica inicial do bebé, a mudança da responsividade materna de M19 parece ter tido influência no fechamento autístico do bebé.

Quanto às limitações deste estudo podem ser indicadas várias. A primeira prende-se com a natureza do método e com a dimensão da amostra no qual não permite a generalização dos resultados. A segunda limitação prende-se com o facto de não ter havido acordo inter-juizes. Teria sido pertinente recorrer-se à avaliação de outro investigador (juíz) por forma a minimizar os enviesamentos durante a categorização dos dados e para garantir uma maior precisão na classificação dos comportamentos (Stemler, 2004). A terceira limitação prende-se com o facto de a interação estar a ser filmada e as mães não estarem no seu contexto natural. Por isso, não deve ser ignorado que a tensão apresentada por algumas mães pode ser devido a estes dois fatores.

Em pesquisas futuras seria interessante analisar mais detalhadamente os efeitos do exercício da função paterna em crianças com sinais de risco. Parke (1996, citado por Piccini, et al., 2007) refere que a presença do pai favorece o envolvimento da mãe com o bebê, no qual tende a estimular, falar e sorrir mais para o seu bebê quando o marido também está presente na relação. Consequentemente, a presença do pai pode ser um fator que aumenta o interesse da mãe pelo bebê. Neste sentido, a presença do pai na relação e a maior responsividade da mãe com o bebê pode contribuir para um desenvolvimento infantil saudável. Também seria interessante estudar a responsividade materna em mães com risco psíquico, nomeadamente com depressão pós parto, e a analisar a sua influência no desenvolvimento do psiquismo da criança. Para além disso, também seria pertinente considerar as variáveis socioeconómicas e o nível de escolaridade das mães e relacioná-las com a responsividade materna. No futuro também seria interessante comparar a responsividade materna em mães com padrões culturais distintos. Por exemplo, seria interessante comparar a responsividade materna em mães de nacionalidade portuguesa e em mães de nacionalidade brasileira e verificar se existem diferenças significativas.

Apesar das limitações, confirmou-se a utilidade da metodologia de análise de vídeos para identificar sinais precoces de risco nos primeiros meses de vida da criança (Baranek, et al., 2005) e sinalizar outras dificuldades no desenvolvimento (Marschik & Einspieler, 2011). Por conseguinte, ao serem assinalados sinais de risco é possível intervir precocemente enquanto há maiores oportunidades de reversão dos sinais. No entanto, a metodologia de análise de vídeos requer um treino exaustivo e é um processo bastante demoroso.

O recurso aos sinais PREAUT e ao protocolo IRDI permite perceber se o desenvolvimento infantil está comprometido. Tais sinais servem como um alerta de que algo não vai bem no desenvolvimento da criança (Jerusalinsky, 2015).

A Escala de Comportamentos Mãe-bebé torna-se crucial para analisar alguns comportamentos da estruturação psíquica e a emergência da intersubjetividade nos bebês (Saint-Georges et al. 2011).

Denota-se que a EARM também é um instrumento extremamente importante para analisar a qualidade da interação materna. Através da observação das práticas responsivas é possível implementar estratégias e programas de intervenção precoce centrados na interação, nos casos em que as mães apresentam comportamentos pouco responsivos e que possam comprometer o desenvolvimento da criança (Ferreira, 2009). E por isso é importante intervir junto da díade dado que a qualidade das relações mãe-bebé estabelecidas no primeiro ano de vida pode amenizar possíveis biológicos (Oliveira, Flores e Souza, 2012)

A utilização do *Software ELAN* mostrou-se também bastante útil nesta investigação para visualizar e anotar os comportamentos avaliados em cada escala e para obter as estatísticas descritivas automaticamente.

Ressalta-se a importância de no futuro ser implementado no Sistema Nacional de Saúde Programas que possibilitem a sinalização precoce de sinais de risco no primeiro ano de vida do bebé. Para tal seria necessário capacitar os profissionais de saúde, principalmente neonatologistas e pediatras para identificarem nas suas consultas com os bebés sinais de alerta que possam comprometer o desenvolvimento infantil. Também seria importante incorporar a metodologia utilizada pelo NIDIP em Portugal, nomeadamente observar as interações mãe-bebé através de filmagens de modo a acompanhar o desenvolvimento da criança desde a mais tenra idade. É crucial o acompanhamento precoce de bebés desde a mais tenra idade independentemente de terem ou não uma predisposição genética, uma vez que os fatores sociais e ambientais também exercem grande influência no desenvolvimento da criança. Como foi verificado neste estudo.

Por fim, ressalta-se que a falta de deteção precoce pode agravar as perturbações da interação, que podem culminar em perturbações graves do desenvolvimento, comprometendo a constituição subjetiva da criança. Neste seguimento, este estudo pretende alertar para a importância da sinalização precoce de sinais de risco e para a importância de haver uma intervenção precoce de forma a diminuir/ reverter o risco.

## Referências Bibliográficas

- Accardo, P. J., Accardo, J. A., & Capute, A. J. (2008). A Neurodevelopmental Perspective on the Continuum of Developmental Disabilities. In A, Capute, P. Accardo, & A. Accardo (3rd Ed.), *Neurodevelopmental Disabilities in Infancy and Childhood* (pp. 3-29). Baltimore: Paul H Brookes.
- Alvarenga, P., Malhado, S. D. C. B., & Lins, T. C. S. (2014). O impacto da responsividade materna aos oito meses da criança sobre as práticas de socialização maternas aos 18 meses. *Estudos de psicologia*, 19(4), 305-314.
- Ambrós, T. (2016). *A musicalização como dispositivo de intervenção precoce junto a bebês com risco psíquico e seus familiares*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.
- Assel, M. A., Landry, S. H., Swank, P. R., Steelman, L., Miller-Loncar, C., & Smith, K. E. (2002). How do mothers' childrearing histories, stress and parenting affect children's behavioural outcomes? *Child: Care, Health and Development*, 28(5), 359-368. doi: 10.1046/j.1365-2214.2002.00285.x
- Baranek, G. T. (1999). Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(3), 213-224.
- Baranek, G. T., Barnett, C. R., Adams, E. M., Wolcott, N. A., Watson, L. R., & Crais, E. R. (2005). Object play in infants with autism: methodological issues in retrospective video analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 20-30.
- Baron-Cohen, S., Allen, J., Gillberg, C. (1992). "Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT". *The British Journal of Psychiatry*, 161(6) 839-843. doi: 10.1192/bjp.161.6.839
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Cox, A., Baird, G., Charman, T., Swettenham, J., ... Doehring, P. (2000). Early identification of autism by the CHecklist for Autism in Toddlers (CHAT). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93(10), 521-525.
- Bates, J. E., Pettit, G. S., Dodge, K. A., & Ridge, B. (1998). Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental psychology*, 34(5), 982.
- Bion, W. R. (1962/1991). *Aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bornstein, M. & Lamb, M. (1992). *Development in infancy: An introduction*. New York: McGraw-Hill.

- Bornstein, M. H., & Tamis-LeMonda, C. S. (1989). Maternal responsiveness and cognitive development in children. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1989(43), 49-61. doi: 10.1002/cd.23219894306
- Bornstein, M. H., & Tamis-LeMonda, C. S. (1997). Maternal responsiveness and infant mental abilities: Specific predictive relations. *Infant Behavior and Development*, 20(3), 283-296.
- Bowlby, J. (2006). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebês, e a interação precoce*. Lisboa: Terramar
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Burchinal, M., Follemer, A., & Bryant, D. (1996). The relations of maternal social support and family structure with maternal responsiveness and child outcomes among African American families. *Developmental Psychology*, 32(6), 1073-1083. doi: 10.1037/0012-1649.32.6.1073
- Catão, I. (2009). *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage.
- Clifford, S. & Dissanayke, C. (2008). The early development of joint attention in infants with autistic disorder using home video observations and parental interview. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 791-805. doi: 10.1007/s10803-007-0444-7
- Cohen, D. , Cassel, R. S., Saint-Georges, C., Mahdhaoui, A., Laznik, M. C., Apicella, F., ... Chetouani, M. (2013). Do parentese prosody and father's involvement in interacting facilitate social interaction in infants who later develop autism? *PLOS ONE*, 8(5), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0061402
- Cohen, D., Cassel, R. S., Saint-Georges, C., Mahdhaoui, A., Laznik, M. C., Apiciella, F., Muratori, P., Maestro, S., Muratori, F. & Chetouani, M. (2013). Do parentese prosody and father's involvement in interacting facilitate social interaction in infants who later develop autism? *PLOS ONE*, San Francisco, 8, 5, 1-10.
- Cornish, K., Turk, J., & Levitas, A. (2007). Fragile X syndrome and autism: Common developmental pathways? *Current Pediatric Reviews*, 3(1), 1-8.
- Cramer, B. (1987). A psiquiatria do bebê: uma introdução. In T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi & M. Soulé (Eds.), *A dinâmica do bebê* (pp. 24-74). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crestani, A. H., Mattana, F., Moraes, A. B., & Souza, A. P. R. (2013). Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. *Rev. CEFAC*, 15(4), 847-856.

- Crestani, A. H., Moraes, A. B., & Souza, A. P. R. (2015). Análise da associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala entre 13 e 16 meses. *Rev. CEFAC*, 17(1),169-176.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (2rd Ed). Thousand Oaks, California: Sage Publications Ltd.
- Cullere-Crespin, G. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cullere-Crespin, G. (2007). *L'épopée symbolique du nouveau né, de lar rencontre primordiale aux signes de sou ffrance precoce*. Paris: Érès.
- Cullere-Crespin, G., & Parlato-Oliveira, E. (2015). O projeto PREAUT. In A. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê autismo* (pp. 437-452). São Paulo: Instituto Langage.
- Falck-Ytter, T., Bölte, S., & Gredebäck, G. (2013). Eye tracking in early autism research. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 5(1), 28.
- Fejerman, N., Arroyo, H., Massaro, M., &Ruggieri, V. (1994). *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Paidós.
- Ferreira, T. (2009). *Responsividade Materna: Contributo para a avaliação*. (Dissertação mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Ferreira, T., & Abreu-Lima, I. A. (2008). Responsividade materna: revisão conceptual e fundamentos para avaliação. *Infâncias possíveis, mundos reais*, 1-16.
- Ferreira, T., & Abreu-Lima, I. A. (2010). Responsividade materna e risco psicossocial implicações práticas. *AMAzônica*, 8(1), 33-52.
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e Bebés*. Lisboa: Calouste Gulbenkian
- Flores, M. R., & Souza, A. P. R. (2014). Diálogo de pais e bebês em situação de risco ao desenvolvimento. *Rev CEFAC*. 16 (3), 840-52.
- Franco, A. C., & Campos, R. C. (2010). Representações parentais e traços desadaptativos de personalidade: um estudo com uma amostra não-clínica de adultos. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 3879-3890.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipa em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1): 113-121.
- Franco, V., & Apolónio, A. M. (2008). *Avaliação do Impacto da Intervenção Precoce no Alentejo-Criança, família e comunidade*. Administração Regional Saúde do Alentejo, Instituto Público.
- Franco, V., Melo, M., & Apolónio, A. (2012). Problemas do desenvolvimento infantil e intervenção precoce. *Educar em Revista*, 43, 49-64.

- Fund, R. L. P. (2003). Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(2), 7-25.
- Goldfarb, C. E., & Roberts, W. (1996). Developmental monitoring in primary care. *Canadian Family Physician*, 42, 1527-36.
- Golse, B. (2013). O autismo infantil, a intersubjetividade e a subjetivação entre as neurociências e a psicanálise. In K. I. Marin, & O. R. Aragão (Org.), *Do que fala o corpo do bebê*. São Paulo: Escuta.
- Halpern, R. (2000). *Determinação de múltiplos riscos para suspeita de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor aos doze meses de vida nas crianças nascidas em Pelotas*. (Tese de doutoramento). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Isabella, R. A., Belsky, J., & Von Eye, A. (1989). Origins of infant-mother attachment: na examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*, 25(1), 12-21. doi: 10.1037/0012-1649.25.1.12
- Jerusalinsky, D. (2015). Etiologia das alterações do desenvolvimento: algumas hipóteses a partir das neurociências. In A. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê autismo* (pp. 179-195). São Paulo: Instituto Language.
- Jerusalinsky, J. (2011). *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador, BA: Álgama.
- Keller, H., Lohaus, A., Völker, S., Cappenberg, M., & Chasiotis, A. (1999). Temporal contingency as an independent component of parenting behavior. *Child Development*, 70(2), 474-485. doi: 10.1111/1467-8624.00034
- Kruel, C. S., Rechia, I. C., Oliveira, L. D., & Souza, A. P. R. (2016). Categorias enunciativas na descrição do funcionamento de linguagem de mães e bebês de um a quatro meses. *CoDAS*, 28(3), 244-251. doi: 10.1590/2317-1782/20162015190
- Kupfer, M. C. et al. (2008). A pesquisa IRDI: resultados finais. In R. Lerner, & M. Kupfer, *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa* (pp. 221-230). São Paulo: Editora Escuta.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, ... Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath* 6(1), 48-68.
- Laakso, M. L., Poikkeus, A. M., Katajamäki, J., & Lyytinen, P. (1999). Early intentional communication as a predictor of language development in young toddlers. *First Language*, 19(56), 207-231.

- Lacan, J. (1998). *O estádio do espelho como formador da função do eu*. In *Escritos* (pp.96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- Lacan, J. (2008/1964). *O Seminário. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editor.
- Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2006). Responsive parenting: establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental psychology*, 42(4), 627. doi: 10.1037/0012-1649.42.4.627
- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., Assel, M. A., & Vellet, S. (2001). Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary? *Developmental psychology*, 37(3), 387. doi: 10.1037/0012-1649.37.3.387
- Landry, S., Smith, K., Miller-Loncar, C., & Swank, P. (1997). Predicting cognitive language and social growth curves from early maternal behaviors in children at varying degrees of biological risk. *Development Psychology*, 33, 1040-1053.
- Laznik, M. C. (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In D. B. Wanderley (org.), *Palavras em torno do berço: intervenções precoces, bebê e família* (pp. 35-51). Salvador: Álgama
- Laznik, M. C. (2006). PREAUT: une recherche et une clinique du très précoce. *Contraste*, 2(25) 53-81. doi : 10.3917/cont.025.0053
- Laznik, M. C. (2013). *A hora e a vez do bebê* (Ed.) São Paulo: Instituto Langage,
- Laznik, M. C. (2015). Diversos olhares sobre o autismo. In A. Jerusalinsky (1ª Ed.). *Dossiê autismo* (pp. 56-63). São Paulo: Instituto Langage,
- Laznik, M.C. (2004). *A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Salvador: Álgama.
- Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M. C., Pei, F., Stern, D., Golse, B., & Palacio-Espasa, F. (2002). Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41(10), 1239-1245. doi: 10.1097/01.CHI.0000020277.43550.02
- Mahoney, G. (2009). Relationship focused intervention (RFI): Enhancing the role of parents in children's developmental intervention. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 1(1).
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (1989). *Psicologia das condutas centradas no corpo. Psicopatologia do Adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mariotto, R., & Bernardino, L. (2009). Detecção de riscos psíquicos em bebês de berçários de centros municipais de educação infantil de Curitiba. *IX Congresso Nacional de Educa-*

- ção, *III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia*. Disponível em [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2821\\_1318.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2821_1318.pdf)
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber, Lda.
- Marschik, P. B., & Einspieler, C. (2011). Methodological note: Video analysis of the early development of Rett syndrome- one method for many disciplines. *Developmental Neurorehabilitation*, 14(6), 355-357. doi: 10.3109/17518423.2011.604355
- Martin, J. (1989). Personal and interpersonal components of responsiveness. In M. Bornstein, *Maternal responsiveness: Characteristics and consequences* (pp. 5-14). San Francisco: Jossey-Bass.
- Motta, M. D. G. C. D., Manfro, G. G., & Lucion, A. B. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 165-176.
- Moura, M. L. S., Ribas, A. F. P., Seabra, K. C., Pessôa, L. F., Ribas, R., & Nogueira, S. E. (2004). Interações iniciais mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 295-302.
- Mozzaquatro, C., Arpini, D. M., & Polli, R. G. (2016). Relação mãe-bebê e promoção de saúde no desenvolvimento infantil. *Psicologia em Revista*, 21(2), 334-351. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9523.2015V21N2P333>
- Muratori, F. & Maestro, S. (2007). Early signs of autism in first year of life. In S. Acquarone (Ed.), *Signs of autism in infants: Recognition and early intervention* (pp.46-62). London, UK: Karnak Books.
- Muratori, F. (2014). *O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras*. (Ed.) Salvador: Ed. Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce de Bahia.
- Palomo, R., Belinchón, M., & Ozonoff, S. (2006). Autism and family home movies: a comprehensive review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(2), 59-68.
- Peruzzolo, D. L. (2016). *Uma hipótese de funcionamento psicomotor para a clínica de intervenção precoce*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.
- Rondal, J. A., Perera, J., & Spiker, D. (2011). Neurocognitive Rehabilitation of Down Syndrome: Early Years. In A. R. Jean, P. Juan, & D. Spiker, *The role of parents of children with Down syndrome and other disabilities in early intervention* (pp. 205-223). Cambridge University Press.
- Roth, A. M. (2016). *Sinais de risco psíquico em bebês na faixa etária de 3 a 9 meses e sua relação com variáveis obstétricas, sociodemográficas e psicossociais*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.

- Ruble, L., McDuffie, A., King, A. S., & Lorenz, D. (2008). Caregiver responsiveness and social interaction behaviors of young children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education, 28*, 158-170. doi: 10.1177/0271121408323009
- Saint-Georges, C. (2011). *Dynamique, synchronie, réciprocité et mamanais dans les interactions des bébés autistes à travers les films familiaux*. Tese de Doutorado. L'Universite Pierre et Marie Curie, França.
- Saint-Georges, C., Mahdhaoui, A., Chetouani, M., Cassel, R. S., Laznik, M. C., Apicella, F., & Cohen, D. (2011). Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interaction using computational methods. *PloS one, 6*(7). doi: 10.1371/journal.pone.0022393.
- Sameroff, A. J. (2009). Conceptual in studying the development of self-regulation. In S. L. Olson, & A. J. Sameroff (Eds.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems (pp. 1-18)*. Cambridge University Press.
- Shevell, M. I., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D., ... & Sheth, R. D. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology, 60*(3), 367-380.
- Siller, M. & Sigman, M. (2002). The behaviors of parents of children with Autism predict the subsequent development of their children's communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*(2), 77-89.
- Silva, R. S., & Porto, M. C. (2016). A Importância da Interação Mãe-Bebê. *Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde, 20*(2), 73-78.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study Child, 1*, 53-74.
- Stemler, S. E. (2004). A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 9*(4), 1-19.
- Stern, D. (1992). O mundo interpessoal do bebê. Porto Alegre: Artmed
- Tamis-LeMonda, C. S., Bornstein, M. H., & Baumwell, L. (2001). Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child development, 72*(3), 748-767. doi: 10.1111/1467-8624.00313
- Trevarthen C. (1978). Modes of perceiving and modes of acting. In J. H. Pick. *Psychological modes of perceiving and processing information (pp. 99-136)*. New Jersey: Erlbaum.

- van den Boom, D.C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lowerclass mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477. doi: 10.1111/j.1467-8624.1994.tb00829.x
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wakschlag, L. S., & Hans, S. L. (1999). Relation of maternal responsiveness during infancy to the development of behavior problems in high-risk youths. *Developmental psychology*, 35(2), 569. doi: 10.1037/0012-1649.35.2.569
- Wendland, J. (2001). A abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 45-56.
- Winnicott, D. W. (1958/2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Winnicott, D. W. (1999). *O bebê e suas mães*. (4rd Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2001). *A família e o desenvolvimento individual* (2rd Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Zamberlan, M. A. T. (2002) Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos Psicológicos*, 7(2), 399-406.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L., ... Yirmiya, N. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: Insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics*, 123(5), 1383-91.

## **Anexos**

## Anexo A – Grelha de Observação da Escala de Avaliação da Responsividade Materna (EARM)

Número do vídeo: _____	Momento de avaliação: (1)__(2)__(3)__(4)__
------------------------	--

<b>Manifestação de Afeto Positivo</b>	<b>Definição:</b> A dimensão “Manifestação de Afeto Positivo” compreende os diferentes sinais positivos de afeto dados pela mãe em relação à criança ou à sua atividade
	<b>Cotação:</b> 5- A mãe apresenta, constantemente, diferentes manifestações de afeto relativamente à criança ou a propósito da sua atividade 4 3- A mãe apresenta algumas manifestações de afeto relativamente à criança ou à sua atividade 2 1- A mãe quase nunca apresenta manifestações de afeto relativamente à criança ou à sua atividade
	<b>Indicadores:</b> - Sorrisos da mãe - Afeto Físico - Encorajamentos e elogios
<b>Calor Afetivo</b>	<b>Definição:</b> A dimensão “Calor Afetivo” refere-se à medida que a mãe mantém um estilo de interação relaxado, caloroso e alegre
	<b>Cotação:</b> 5- A mãe apresenta sempre um estilo de interação relaxado, caloroso e alegre. 4 3- A mãe nem sempre apresenta um estilo de interação relaxado, caloroso e alegre, podendo, por vezes, demonstrar alguma tensão. 2 1- A mãe apresenta um estilo de interação frio, tenso e por vezes irritado
	<b>Indicadores:</b> - Estilo relaxado - Alegria e prazer - Verbalizações positivas - Proximidade e atenção - Manipulação e reposicionamento sensíveis
	<b>Definição:</b> A dimensão “Flexibilidade/Responsividade” refere-se ao facto de a mãe reconhecer, aceitar e valorizar os sinais e iniciativas da criança, respondendo-lhe de forma pronta (atempada) e sensível
	<b>Cotação:</b>

<b>Flexibilidade/Respon- sividade</b>	5- A mãe reconhece e mostra-se sempre sensível às pistas da criança, valorizando os seus sinais e iniciativas. Simultaneamente, a mãe responde constantemente às iniciativas da criança, ajustando o seu comportamento de forma a apoiar e/ou expandir as atividades iniciadas por ela. 4 3- A mãe nem sempre é sensível às pistas da criança ou valoriza os seus sinais e iniciativas. Simultaneamente, a mãe nem sempre responde às iniciativas da criança ou é capaz de ajustar o seu comportamento de forma a apoiar e/ou expandir as atividades iniciadas por ela. 2 1- A mãe raramente é sensível às pistas da criança ou valoriza os seus sinais e iniciativas. Simultaneamente, a mãe raramente responde às iniciativas da criança ou é capaz de ajustar o seu comportamento de forma a apoiar e/ou expandir as atividades iniciadas por ela.
	<b>Indicadores:</b> - Valorização da agenda da criança - Envolvimento - Sensibilidade e resposta às pistas - Ritmo adequado - Posicionamento e reposicionamento sensível
<b>Intrusão Física</b>	<b>Definição:</b> A dimensão “Intrusão Física” reflete a medida em que a mãe adota comportamentos invasivos à criança ou à sua atividade. <b>Cotação:</b> 5- A mãe nunca é intrusiva relativamente à criança ou à sua atividade. 4 3- A mãe é por vezes intrusiva relativamente à criança ou à sua atividade 2 1- A mãe é frequentemente intrusiva relativamente à criança ou à sua atividade
	<b>Indicadores:</b> - Intrusão e controlo físico - Movimentos e reposicionamentos abruptos - Toque físico provocador - Remoção ou ameaça de remoção de objetos - Reposicionamentos desnecessários - Expressões físicas de impaciência e/ou irritação
<b>Negatividade</b>	<b>Definição:</b> A dimensão “Negatividade” refere-se à presença de um tom de voz e verbalizações negativas relativamente à criança ou à sua atividade por parte da mãe <b>Cotação:</b> 5- A mãe nunca adota um tom de voz mais ríspido ou irritado nem expressões verbais negativas em relação à criança ou à sua atividade. 4 3- A mãe por vezes adota um tom de voz mais ríspido ou irritado e/ou

	<p>expressões verbais negativas em relação à criança ou à sua atividade 2 1- A mãe adota frequentemente um tom de voz mais ríspido ou irritado e/ou expressões verbais negativas em relação à criança ou à sua atividade</p>
	<p><b>Indicadores:</b> - Tom abrupto ou irritado - Gritos ou elevação do tom de voz - Provocação verbal - Humilhações e deprecições - Comentários críticos</p>
<b>Demonstração/ Ensino Físico</b>	<p><b>Definição:</b> A dimensão “Demonstração / Ensino Físico” compreende qualquer ação física por parte da mãe no sentido de apoiar a compreensão da criança acerca do uso funcional de objetos e/ou do desenvolvimento de atividades</p>
	<p><b>Cotação:</b> 5- A mãe frequentemente utiliza a demonstração e o ensino físico para suportar a criança e a sua atividade 4 3- A mãe utiliza moderadamente a demonstração e o ensino físico para suportar a criança e a sua atividade 2 1- A mãe raramente utiliza a demonstração e o ensino físico para suportar a criança e a sua atividade</p>
	<p><b>Indicadores:</b> - Demonstração interativa - “Mão sobre Mão”</p>
<b>Conteúdo Verbal</b>	<p><b>Definição:</b> A dimensão “Conteúdo Verbal” considera a riqueza da linguagem materna na interação com a criança, tendo em conta aspetos verbais como a complexidade do discurso, a diversidade frásica e a diversidade do vocabulário a que a mãe recorre</p>
	<p><b>Cotação:</b> 5- A mãe verbaliza frequentemente e o seu discurso é caracterizado por uma elevada diversidade frásica e lexical e pela predominância de frases extensas/complexas 4 3- A mãe verbaliza de forma moderada e nem sempre o discurso é caracterizado por uma elevada diversidade frásica e lexical e pela presença de frases extensas/complexas 2- 1- A mãe raramente verbaliza e, quando o faz, utiliza um discurso caracterizado por uma reduzida diversidade frásica e lexical e por frases curtas e incompletas</p>
	<p><b>Indicadores:</b> - Discurso complexo - Diversidade frásica</p>

	Diversidade de vocabulário
<b>Suporte Verbal</b>	<b>Definição:</b> A dimensão “Suporte Verbal” compreende a medida em que as verbalizações maternas acompanham, suportam, desafiam e enriquecem a atividade da criança
	<b>Cotação:</b> 5-A mãe frequentemente utiliza verbalizações que suportam a atividade da criança 4 3- A mãe nem sempre utiliza verbalizações que suportam a atividade da criança 2 1- A mãe raramente utiliza verbalizações que suportam a atividade da criança
	<b>Indicadores:</b> - Suporte às ações - Caracterização funcional de objetos - Nomeações - Caracterizações - Comparações - Reproduções

## Anexo B - Questionário PREAUT aplicado na faixa etária do 4º e do 9º mês

Questão	Resposta	Valor
1) O bebê procura olhar para si?		
a) Espontaneamente	Sim	4
	Não	0
b) Quando fala com ele (proto-conservação)	Sim	1
	Não	0
2) O bebê procura fazer-se olhar para a sua mãe (ou pelo substituto dela)?		
a) Na ausência de qualquer solicitação da mãe, vocalizando ao mesmo tempo em que olha intensamente.	Sim	8
	Não	0
b) Quando ela fala com ele (protoconservação)	Sim	2
	Não	0
Score Total Máximo		15

Em caso de pontuação inferior a **cinco**, deve-se seguir para as questões 3 e 4 do questionário PREAUT.

Questão	Resposta	Valor
3) Sem qualquer estimulação da mãe (ou do seu substituto )		
a) Ele olha para a sua mãe (ou para o seu substituto )	Sim	1
	Não	0
b) Ele sorri para a sua mãe (ou para o seu substituto )	Sim	2
	Não	0
c) O bebê procura suscitar uma troca prazerosa com a sua mãe (ou seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo na sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0
4) Depois de ser estimulado pela sua mãe (ou pelo substituto dela)?		
d) Ele olha para a sua mãe (ou para o seu substituto )	Sim	8
	Não	0
e) Ele sorri para a sua mãe (ou para o seu substituto )	Sim	2
	Não	0
f) O bebê procura suscitar uma troca jubilatória com a sua mãe (ou com o seu substituto), por exemplo, se oferecendo ou estendendo na sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0

Fonte: Cullere-Crespin e Parlato-Oliveira (2015)

**Anexo C - Índices Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) com 31 indicadores**

<b>FASE I - 0 A 4 MESES INCOMPLETOS</b>	<b>EIXOS</b>
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).	SS
3. A criança reage ao manhês.	ED
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	PA
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
<b>FASE II - 4 A 8 MESES INCOMPLETOS</b>	
6. Criança começa a diferenciar dia e noite.	ED/PA
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar as suas diferentes necessidades	ED
8. A Criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar a sua resposta.	ED/PA
9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	SS/PA
10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra criança se dirige a ela	ED
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	SS/ED/PA
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	ED/FP
<b>FASE III - 8 A 12 MESES INCOMPLETOS</b>	
14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a atenção.	ED/SS
15. Durante os cuidados corporais, a criança procura ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	ED
17. A mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	SS/PA
18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP
19. A criança possui objetos prediletos.	ED
20. A criança faz gracinhas.	ED
21. A criança procura através do olhar a aprovação do adulto.	ED
22. A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	ED
<b>FASE IV - 12 A 18 MESES INCOMPLETOS</b>	
23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	ED/FP
25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.	ED/FP
26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	FP
27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.	SS/FP
28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.	FP
29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.	FP
30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	FP
31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.	FP