

AVALIAÇÃO CLÍNICA DE BEBÊS, CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES E DAS FAMÍLIAS

Edição 2017

Sarah Mares & Sarah Woodgate

Edição em Português

Editores: **Fellipe Matos Melo Campos, Carolina Costa**

Tradutores: **Ana Patrícia Alves Lima Santos e Gabriela de Santana Mendes Rollemberg**



Mãe amamentando seu filho, por Kitagawa Utamaro (Japão, 1753-1806)

Sarah Mares, BMBS, FRANZCP, Cert Child Psych, MMH

Psiquiatra Consultora de Bebês, Crianças e Famílias; Docente Adjunta Sênior, UNSW, Sidnei e Fellow Honorária, Menzies School of Health Research, Darwin, Austrália.

Conflito de Interesses: nenhum declarado

Sarah Woodgate, MBBS (Hons), BMedSci, MRCPsych, FRANZCP

Staff Specialist Psychiatrist, NSW & HETI Fellow em Psiquiatria Perinatal, de Bebês, Crianças e Família, Royal Prince Alfred Hospital, Sidnei, Austrália.

Conflito de Interesses: nenhum declarado

Agradecimentos

Dr Noemi Scheuring, pediatra do Heim Pal Children's Hospital, Budapeste, Hungria, escreveu a seção de bebês em contextos médicos. A edição de 2012 desse capítulo foi escrita em colaboração com Dra Ana Soledade Graeff-Martins.

Esta publicação é direcionada para profissionais em treinamento ou em atividade no campo da Saúde Mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são as dos autores e não necessariamente representam o ponto de vista do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação procura descrever os melhores tratamentos e condutas baseados nas evidências científicas disponíveis e avaliadas pelos autores no momento da escrita da mesma e esses podem mudar de acordo com o resultado de novas pesquisas. Os leitores devem aplicar tal conhecimento em pacientes em concordância com as diretrizes e leis do respectivo país de atuação. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas dos fármacos, pois nem todas as dosagens e efeitos adversos são mencionados. Organizações, publicações e *websites* são citados e *linkados* para ilustrar problemas ou como fonte de mais informações. Isso não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP endossam seus conteúdos ou recomendações, os quais devem ser criticamente avaliados pelo leitor. *Websites* também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2017. Essa é uma publicação de livre acesso sob a [Licença Creative Commons Attribution Non-commercial](#). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja devidamente citado e o uso seja não comercial. Envie comentários sobre esse livro ou capítulo para jmrey@bigpond.net.au

Sugestão de citação: Mares S, Woodgate S. The clinical assessment of infants, preschoolers and their families. In Rey JM, Martin A (eds), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2020.

Profissionais de saúde conhecem famílias com bebês e crianças pequenas em circunstâncias diferentes, desde a casa da família até em cenários hospitalares. O âmbito no qual a saúde mental e o desenvolvimento são os focos de avaliação e intervenção serão determinados pelo contexto, pela família e suas preocupações apresentadas. O bem-estar social e emocional, a saúde física e o desenvolvimento das crianças não podem ser considerados isoladamente ou separadamente da qualidade das relações familiares e do contexto social e cultural. Independente de onde morem e em qual cultura nasçam, todos os bebês dependem de ambientes calorosos, responsivos, comunicativos e seguros para crescerem e se desenvolverem. A qualidade dos cuidados recebidos pelas crianças pequenas são determinantes para a sua sobrevivência, crescimento e desenvolvimento psicológico (WHO, 2004).

A forma com a qual famílias e comunidades atendem às necessidades de desenvolvimento das crianças varia muito entre as culturas e comunidades. Por exemplo, o pequeno grupo familiar, típico de muitas nações ocidentais, difere bastante do padrão de múltiplos cuidadores, presente em várias outras partes do mundo.

Este capítulo explora uma estrutura para a avaliação de bebês, crianças pequenas e suas famílias. Ele nos fornece uma abordagem para o entendimento e formulação das suas dificuldades que podem ser adaptadas a uma variedade de cenários. Independente de qual seja o problema apresentado, uma avaliação compreensiva inclui a análise de fatores que contribuem para a resiliência e vulnerabilidade na criança, nos pais e demais familiares, além do contexto social e cultural. Esta informação é utilizada para informar e dirigir intervenções terapêuticas. Avaliação de risco (por exemplo: risco de desenvolvimento, risco de dano ao bebê ou ao cuidador) também faz parte de todas as avaliações de saúde e saúde mental de bebês e do início da infância. Os objetivos deste capítulo são: aumentar o interesse e habilidade de profissionais da saúde de avaliar questões de saúde mental e desenvolvimento em todas as suas relações com famílias que se apresentam durante esse período de rápidas mudanças de desenvolvimento, e introduzir o campo clínico de saúde mental infantil, uma área de pesquisa e prática que se desenvolveu substancialmente nos últimos 30 anos.

A IMPORTÂNCIA DOS PRIMEIROS RELACIONAMENTOS

Há evidências crescentes da capacidade natural e motivação da criança para a interação social e exploração do meio ambiente desde o nascimento. O “eu” ou “pessoa” infantil surge no contexto de relações precoces de cuidado durante a transição da dependência quase total dos cuidadores para a independência e a auto regulação precoce. Os bebês nascem prontos para se relacionar e a família tem uma parte crucial para facilitar e apoiar o desenvolvimento dos bebês ao longo dos primeiros anos. Sua capacidade de



Clique na imagem para ler uma declaração sobre os direitos de bebês desenvolvida pela *World Association for Infant Mental Health (WAIMH)*.

A saúde psicológica da criança é caracterizada por:

- Capacidade de desenvolver relacionamentos interpessoais próximos e seguros
- Explorar o ambiente e aprender com isso
- Tudo dentro de um contexto de família, comunidade e expectativas culturais para a criança
- Sinônimo de desenvolvimento social e emocionais saudáveis



Uma série de *podcasts*, vídeos e folhetos sobre início do desenvolvimento está disponível no site *Zero to Three*. Clique na imagem para ver.

fazer isso afeta os pontos fortes e vulnerabilidades que os bebês terão durante toda a vida.

A qualidade da parentalidade também tem um impacto no desenvolvimento. Os cuidadores da criança são vitais para apoiar o desenvolvimento das capacidades sociais e emocionais da criança. A família (bebê, cuidadores e irmãos) existe dentro de uma rede de relacionamentos e cultura, que inclui as circunstâncias sociais e físicas da família. Isso pode apoiar ou prejudicar a qualidade de vida e os relacionamentos da família. A criança é programada genética e biologicamente para o desenvolvimento, mas são necessárias experiências ambientais específicas em momentos específicos - conhecidos como períodos sensíveis e críticos para o desenvolvimento ideal - e o apoio precoce e a adversidade influenciam a maneira como a herança genética do bebê é expressa e realizada. Os efeitos ao longo da vida da adversidade na infância são agora bem reconhecidos ([Anda et al, 2006](#)).

Recursos para a Ciência do Início do Desenvolvimento.

Há uma variedade de recursos que destacam a importância dos primeiros anos, introduzindo a ciência do início do desenvolvimento humano, prevenção e intervenção. Alguns dos recursos existentes:

- O [Centro de Desenvolvimento Infantil](#) da Universidade de Harvard (em inglês e PDF em espanhol) e seus [InBrief series](#).
- O site [Zero to Three](#)
- O [Adverse Childhood Experiences Study](#) (ACEs) tem sido fundamental para ilustrar o profundo impacto das experiências infantis, tanto positivas, quanto negativas.

O primeiro ano de vida envolve o desenvolvimento do básico para a linguagem e o estabelecimento de relacionamentos de apego. O segundo ano de vida envolve duas grandes realizações (i) linguagem e jogo simbólico e (ii) mobilidade. A mobilidade permite que as crianças explorem e se desenvolvam cognitivamente e desenvolvam independência do cuidador. A criança experimenta a separação e desenvolve um senso de identidade e autonomia. Durante o terceiro e quarto anos de vida, as crianças consolidam, refinam e expandem essas habilidades para um senso de si em relação aos outros e ao seu lugar no mundo (veja Capítulo A.2, Tabela A.2.1)

Primeiros relacionamentos - Contexto cultural

As crianças são criadas dentro de uma série de constelações familiares e comunitárias e vários arranjos de cuidados são difundidos entre culturas. Um foco na compreensão dos relacionamentos das crianças e sua capacidade adaptativa em determinados ambientes familiares e comunitários é um elemento essencial da avaliação. Existe uma literatura em expansão identificando os elementos principais do cuidado adequado para bebês e como isso é fornecido em diferentes culturas. Incluindo de que forma as necessidades das crianças são atendidas e por quem. Considera-se também o senso de auto compreensão, e seu crescente senso de operação e obrigação, é

sustentado e varia dependendo da comunidade em que são criados e como são socializados (Keller, 2016).

O *Care for Child Development* (CCD) é um programa da UNICEF baseado em evidências sobre a identificação de habilidades dos cuidadores que afetam o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças (sensibilidade e responsividade). Ele se baseia em pesquisas que demonstram a importância de essas habilidades serem apoiadas e ensinadas em comunidades com recursos insuficientes. O programa inclui recursos para profissionais de saúde com foco em cuidados básicos, oferecendo habilidades como sensibilidade e responsividade – estar atento à criança e responder adequadamente aos sinais da criança que podem ser integrados nos programas de saúde materna e infantil.

Os profissionais de saúde têm a obrigação de considerar como suas próprias experiências culturais e familiares podem influenciar suas percepções e expectativas sobre o que envolve o cuidado adequado às crianças. Isto é particularmente verdade quando se trabalha em comunidades onde há diversidade cultural e linguística. Dadas as altas taxas de migração voluntária e o grande número de pessoas deslocadas em todo o mundo, a competência e a sensibilidade cultural são cada vez mais necessárias.

TEORIA DO APEGO

A teoria do apego (veja também o Capítulo A.2) foi desenvolvida por John Bowlby a partir de uma gama de áreas de conhecimento anteriormente separadas e diversas (Bowlby, 1969). É um corpo integrado de teoria e prática que permite estabelecer vínculos entre o comportamento e as representações internas dos relacionamentos, e entre as experiências de uma geração e os cuidados que eles prestarão à próxima - isto é, aspectos transgeracionais da paternidade. O apego pode ser definido como um vínculo emocional duradouro, caracterizado por uma tendência a procurar e manter a proximidade de figuras específicas, principalmente quando está sob estresse. A teoria do apego compreende a natureza do apego dos bebês a seus cuidadores como um fenômeno biologicamente determinado, do qual depende a sobrevivência. A qualidade das relações de apego, desenvolvidas entre uma criança pequena e seus cuidadores, tem um impacto significativo no desenvolvimento social, emocional e cognitivo ao longo da vida. A criança desenvolve modelos internos de relacionamento a partir da qualidade e natureza da experiência inicial com os cuidadores, e isso influencia o desenvolvimento social e emocional. Evidências de estudos longitudinais indicam que a segurança do apego durante a infância está ligada ao desenvolvimento da capacidade da criança de autorregulação, reciprocidade e interações sociais colaborativas (Sroufe *et al*, 2005). Também há evidências crescentes sobre a contribuição que a segurança do apego faz para a autorregulação, atenção e concentração de uma criança e, portanto, propensão para aprender e fazer a transição para a escola.

Apego:

É um vínculo emocional duradouro caracterizado por uma tendência a procurar e a manter proximidade de uma figura ou figuras específicas, particularmente quando sob estresse.

O apego pode ser:

- Organizado
 - Seguro
 - Inseguro / ambivalente
 - Inseguro / evitativo
- Desorganizado

O site *The Circle of Security* (COS) contém informações úteis para pais e médicos sobre a importância do vínculo, qualidade do vínculo, abordagem para os pais e intervenções. Baseia-se extensivamente na teoria do apego e na neurociência atual. O COS é uma abordagem fácil de usar, através de ferramentas audiovisuais (com amplo uso de gráficos e vídeos) para ajudar os pais a entender melhor as necessidades dos filhos. Informações sobre os principais elementos dessa abordagem, bem como oportunidades de treinamento, podem ser acessadas e baixadas clicando na figura.



A teoria do apego também fornece explicações para a ligação entre o comportamento parental observado, a qualidade dos relacionamentos entre pais e filhos e o funcionamento posterior da criança, social e emocionalmente. Os estudiosos do apego desenvolveram métodos para obter e avaliar aspectos do mundo representacional interno do bebê, criança e adulto. Esses processos incluem métodos para avaliar a capacidade dos pais de "mentalizar" ou refletir e entender os estados mentais dos filhos. Eles avaliam a capacidade dos pais de pensar e ter empatia com a experiência do filho, bem como o impacto do seu próprio estado mental nos filhos (Fonagy *et al*, 1991).

Métodos baseados em pesquisa para avaliar o apego, como o *Strange Situation Procedure* (Ainsworth *et al*, 1978), a *Adult Attachment Interview* (George *et al*, 1985), o *Parent Development Index* (Slade, 2005) e o *Working Model of the Child* (Benoit *et al*, 1997; Vreeswijk *et al*, 2012) consomem muito tempo, requerem treinamento extensivo e não podem ser facilmente utilizados na prática clínica. Não existem protocolos clínicos e de diagnóstico universalmente aceitos para avaliar o apego em diferentes idades e para diagnosticar distúrbios do apego, embora exista uma série de abordagens para isso em contextos clínicos (Crowell, 2003; Zeanah *et al*, 2011). Muitos clínicos, quando consultados sobre os apegos das crianças, sentem dificuldades na avaliação por terem pouco treinamento formal e muita incerteza sobre a avaliação clínica do apego (Crittenden *et al*, 2007). Por esse motivo, fora de um contexto de pesquisa, é aconselhável descrever o que é observado entre criança e cuidador, em vez de usar uma linguagem que possa implicar uma classificação ou diagnóstico de apego quando a avaliação formal não tiver sido realizada.



John Bowlby (1907-1990), psiquiatra britânico, foi o principal teórico por trás do conceito de apego.

Existe uma literatura emergente que considera a aplicação da teoria e classificações de apego às famílias em diversos contextos culturais (Quinn & Mageo, 2013; Keller, 2013).

Até o momento, no entanto, existem poucos estudos interculturais que consideram questões de disfunção e transtorno do apego. Isso se opõe a estudos descritivos que identificam a diversidade cultural nas abordagens aos pais precoces e discutem como o desenvolvimento, a segurança e a exploração são apoiados e mantidos em diferentes contextos culturais e comunitários.

A maioria das intervenções de saúde mental para bebês e crianças pequenas não exige avaliação formal do apego, mas um bom entendimento da teoria do apego permite que os médicos avaliem problemas emocionais e comportamentais a partir de uma perspectiva de relacionamento. Isso inclui um foco no histórico de relacionamentos da criança, incluindo problemas e pontos fortes no relacionamento entre os cuidadores e a criança, em vez de focar nos pontos fortes ou nas dificuldades existentes apenas na criança (Zeanah et al, 2011). Os princípios de avaliação estão resumidos na Tabela A.4.1. (Retenha do capítulo original p5)

Padrões e Transtornos do Apego

A teoria do apego descreve três padrões do que é chamado de estratégias de apego organizado e um padrão de apego desorganizado. Isso é conhecido como modelo ABC + D (Cassidy & Shaver, 2008) (consulte também o site [Circle of Security](#)). As crianças desenvolvem esses padrões de comportamento e administram sentimentos em resposta a interações repetidas com seus cuidadores. Tais estratégias são organizadas para manter a proximidade com os cuidadores e gerenciar demonstrações de afeto, particularmente em momentos de angústia. Os padrões de apego organizado são classificados como *seguros*, *inseguros / evitáveis* e *inseguros / ambivalentes*. Considera-se que o *comportamento de apego desorganizado* indica que a criança não conseguiu desenvolver uma estratégia coerente para gerenciar o sofrimento em relação ao cuidador. Isso ocorre com mais frequência quando o cuidador é simultaneamente a fonte de conforto, bem como a causa do sofrimento e da ansiedade, por exemplo, em situações de maus-tratos na criança. (ver Howe 2005, Lyons-Ruth et al 2005). Os transtornos de apego são distintos dos padrões de apego e atualmente são classificados no DSM-5 como “transtornos relacionados a trauma e estressores”, exigindo que a criança “tenha experienciado um padrão extremo de cuidados insuficientes ...” (p265). Uma abordagem alternativa para a classificação de padrões e transtornos de apego - denominada “modelo maturacional dinâmico” (DMM) - foi proposta por Crittenden (Crittenden, 2006; [Landa et al, 2013](#)). O DMM inclui um foco abrangente na natureza, função e custo das estratégias de autoproteção que uma criança desenvolve, inclusive em relação a perdas e traumas. Essas informações podem ser usadas para informar a formulação e a intervenção clínicas (Shah & Strathearn, 2014).

A AVALIAÇÃO CLÍNICA

Há vários princípios e questões essenciais que precisam ser considerados em qualquer avaliação de uma família com um bebê ou criança pequena, independentemente do local em que a avaliação ocorre ou dos antecedentes do clínico. Estes estão resumidos na Tabela A.4.1. Os princípios são extraídos da experiência clínica e são embasados por pesquisas e entendimentos teóricos da infância, início da infância e processos familiares. Uma avaliação baseada nesses princípios básicos permite que o clínico desenvolva uma aliança com a família para entender o problema apresentado e decidir onde a intervenção e a assistência serão mais bem direcionadas.

O Cenário da Avaliação Clínica

A avaliação dos bebês e de suas famílias é realizada em uma ampla variedade de configurações e circunstâncias e, portanto, a abordagem dependerá da função profissional do clínico, prática e dos objetivos da avaliação.

Os pais de uma menina de dois anos de idade a levaram a um ambulatório de saúde mental queixando que a filha tem estado “muito nervosa e agitada desde um ano de idade”. Seus pais disseram que ela frequentemente ficava agressiva, batia a cabeça na parede e arranhava-se. Ela já acordava irritada, recusando mamadeira e arranhando sua mãe. O comportamento dela piorou quando entrou em contato com outras crianças, então seus pais a mantinham em casa. Ela era agressiva com adultos, jogava brinquedos no chão e nas pessoas. Eles relataram que ela se acalmava perto do avô materno, pois ele fazia tudo que ela queria, incluindo coisas que os pais consideravam perigosas. Com estranhos, ela era tímida e mantinha a cabeça baixa e não conversava. Os pais não conseguiram identificar precipitantes para o início dos sintomas, mas coincidiu com a época que a criança estava aprendendo a andar e tornando-se mais independente. Ela vivia com os pais e o irmão de oito anos.

Era evidente que os pais tinham abordagens diferentes para lidar com a filha. A mãe teve dificuldade em estabelecer limites, enquanto o pai, quando estava em casa, punia a menina fisicamente (batendo com chinelo na criança). A mãe sempre disse que gostaria de ter uma filha menina, pois poderia “vesti-la de princesa”, mas a filha não é o que ela esperava. O irmão era calmo e obediente e nunca tinha sido um problema.

A psicóloga avaliou a família durante quatro semanas, entrevistando os pais, observando a criança sozinha e interagindo com os pais e com outras crianças. Ela encaminhou os progenitores para um programa de treinamento de pais. Após algumas sessões, os pais encontraram melhores maneiras de estabelecer limites de forma mais consistente e o comportamento da menina melhorou. O próximo passo foi apoiar os pais na matrícula da criança da creche por alguns dias na semana, dando-lhe oportunidade de conviver com outras crianças e adultos.

Visitar uma família em casa fornece informações muito diferentes daquelas obtidas em um ambiente clínico. Por exemplo, uma família pode dirigir-se uma vez ao departamento de emergência local tarde da noite quando os pais estão preocupados com o fato de o bebê estar doente e não dormir. Se

Uma avaliação abrangente se baseia no entendimento do das aquisições daquela etapa do desenvolvimento e na observação da relação criança- cuidador.

Inclui:

- A entrevista clínica
- Observação da relação e interação pais-filhos
- Avaliação do desenvolvimento da criança

visitados em casa, as dificuldades financeiras (por exemplo, características do quarto da casa e vizinhos barulhentos) que afetam sua capacidade de se concentrar e acomodar seu bebê podem se tornar mais evidentes.

Tabela A.4.1 Princípios da Avaliação

1	Avaliação do risco
	Avaliação da segurança imediatamente e a longo prazo dos bebês, crianças e outros membros da família é um aspecto necessário e inevitável para todas as avaliações. Esse foco pode ou não ser claro para a família, mas é um componente essencial das responsabilidades e obrigações dos médicos.
2	Os pais querem o melhor para os filhos
	Quase sempre, os pais querem o melhor para seus filhos e família. O papel do médico é ajudá-los para que consigam isso.
3	Enquadramento biopsicossocial
	Uma abordagem biopsicossocial garante que os aspectos físicos, psicológico, interpessoal, fatores sociais e culturais contribuam para a apresentação da família e da criança avaliada. O bem-estar físico e psicossocial da criança não podem ser considerados separadamente.
4	Contexto de desenvolvimento
	O período perinatal e da primeira infância são períodos de transição e enorme crescimento para as crianças e seus familiares. Crianças desenvolvem-se a taxas diferentes dentro de um intervalo de parâmetros considerados normais. As diferenças e distanciamento do normal necessitam ser compreendidos no contexto do desenvolvimento. Os problemas emocionais, comportamentais e de desenvolvimento apresentados na infância podem trazer consequências ao longo da vida, mas alguns são manifestações normais de momentos de transição que serão resolvidos com o tempo ao receber suporte adequado.
5	Abordagem relacional
	O início do desenvolvimento só pode ser compreendido no contexto da relação. Como descrito anteriormente, isso inclui a qualidade dos vínculos dos relacionamentos iniciais do bebê. Embora fatores individuais na criança ou nos pais possam contribuir para as dificuldades atuais, a interação ou “adequação” entre as necessidades e capacidades de cada membro da família e as fontes de estresse e apoio no contexto familiar podem determinar o resultado.
6	Vulnerabilidades e pontos fortes
	Identificação de vulnerabilidades e pontos fortes (também chamados de fatores de risco e proteção) ajuda a elaborar e direcionar intervenções.
7	O modelo transacional do desenvolvimento
	O modelo transacional do desenvolvimento (Sameroff & MacKenzie, 2003) enfatiza a interação entre fatores genéticos e ambientais sobre o desenvolvimento da criança como um produto de contínuas interações dinâmicas entre a criança e as experiências promovidas pelo seu contexto familiar e social.

O processo de avaliação é facilitado presumindo-se que os pais são especialistas sobre suas crianças e têm os melhores interesses para com elas.

Isso alteraria o foco da avaliação e exigiria um uso diferente do tempo do clínico, bem como o envolvimento potencial de outros colegas. A avaliação pode ocorrer em um ambiente de saúde mental, se houver uma preocupação com a quadros depressivos nos pais e o seu impacto no bebê. Como alternativa, uma família pode ser vista regularmente em uma clínica pediátrica, permitindo a observação ao longo do tempo à medida que seus relacionamentos se desenvolvem e o bebê cresce. As preocupações com abuso ou negligência requerem avaliação e implicam inevitavelmente um envolvimento do clínico com os pais que se sentem ameaçados, com medo ou criticados. Uma avaliação do desenvolvimento ou acompanhamento de uma família com uma criança com problemas médicos ou de desenvolvimento inclui um foco médico ou biológico mais direto, no entanto, é sempre necessário levar em consideração o contexto familiar e social. Não há maneiras claras, certas ou erradas, mas todo clínico precisa pensar nas vantagens e limitações da abordagem adotada e de que forma isso pode impactar as informações obtidas, além de certificar-se de incluir uma avaliação do relacionamento entre a criança e os pais, bem como de qualquer indivíduo que apresente preocupações.

Objetivos da Avaliação

O objetivo essencial da avaliação, seja qual for o contexto ou cenário, é identificar e entender os problemas enfrentados pela família como indivíduos e como *sistema* familiar, seus pontos fortes e vulnerabilidades, a fim de ajudá-los a maximizar o potencial de desenvolvimento de seu filho. As informações obtidas durante a avaliação também podem ser usadas para outros fins, como pesquisas sobre condições clínicas ou sociais que afetam os pais e o desenvolvimento infantil.

Fontes de Informação

O entendimento dos problemas e a apresentação de problemas para a família e o bebê é desenvolvido através da integração de informações de diferentes fontes, determinadas em parte pelo cenário clínico e pelo objetivo da avaliação. As fontes diretas de informação incluem:

- História clínica fornecida pela entidade de referência e pela família
- Observações dos membros da família e suas interações
- Testes e investigações médicas e de desenvolvimento
- Outras fontes (por exemplo, a agência de referência e outros serviços envolvidos com a família, como assistência à infância).

Outras informações podem incluir:

- Relatórios escritos de avaliações e intervenções anteriores
- Informações emocionais ou "afetivas" - incluindo a resposta e sentimentos do clínico sobre a família e sua apresentação
- Informações (conhecimentos, habilidades e atitudes) extraídas da experiência profissional do clínico.

A informação obtida é sobre:

Problema atual:

- Por que eles vieram até você? (Qual é o problema?)
- De que forma os membros da família entendem e descrevem o que cabe a eles?
- Isso já aconteceu antes?
- Houve um fator precipitante?
- Por que procuraram ajuda agora?
- O que eles já tentaram e o que foi bem-sucedido?
- O que os fizeram buscar seu serviço?
- Eles querem ajuda com o quê? Quais são suas prioridades?

Antecedentes e história do desenvolvimento

- Da criança
- Dos pais e familiares
- Suporte atual e fatores estressores. Isso inclui informações sobre:
 - A história individual dos pais, das suas famílias de origem e seus próprios relacionamentos
 - Os pais enquanto casal
 - Da concepção, gravidez e parto
 - Do desenvolvimento da criança desde o nascimento

O Processo de Avaliação

Há várias considerações importantes na avaliação de famílias com bebês ou crianças pequenas. É importante permitir que pais e cuidadores explorem as emoções complexas relacionadas com a paternidade e apoiá-los na identificação de obstáculos que possam impedir um melhor desempenho parental. Esse processo deverá partir de uma suposição do clínico de que os pais são especialistas em seu filho e têm em mente o melhor para ele. Além disso, a escuta sem julgamento e a genuína curiosidade sobre o problema, a família e a criança são essenciais para comunicar o interesse e a preocupação do clínico. Como a avaliação inclui um membro da família que ainda não é verbal, incapaz de contar sua própria história em palavras, a observação do comportamento e das interações, além do que é falado, fornece ao clínico informações valiosas sobre o sistema familiar. Finalmente, o fornecimento de informações, aconselhamento e intervenção não deve preceder uma compreensão completa dos problemas apresentados.

A Entrevista

O objetivo da entrevista não é apenas reunir informações e dados objetivos, mas também formar um relacionamento terapêutico dentro do qual o problema possa ser entendido e, esperançosamente, resolvido. Sendo uma família vista apenas uma vez ou por uma série de contatos, o processo de desenvolvimento de uma aliança terapêutica frequentemente determina o sucesso na obtenção dos dados da história clínica. Assim como a parentalidade é principalmente sobre relacionamentos, o contato com as famílias angustiadas precisa ser entendido como um relacionamento profissional dentro do qual a família possa se sentir ouvida e compreendida e, portanto, mais capaz de cuidar de seus filhos.

É importante ser claro e direto sobre o objetivo da entrevista, papéis e responsabilidades profissionais e quaisquer limites à confidencialidade. Mesmo ao avaliar preocupações sobre maus-tratos infantis ou numa avaliação médico-legal, a importância da aliança terapêutica não pode ser subestimada. Ouça atentamente a família: Por que eles vieram? Quais são as preocupações deles? Com o que eles querem ajuda?

Durante a entrevista, há oportunidades para observar o bebê ou a criança e suas interações com os adultos. Um aspecto único da avaliação de

Exemplos de fatores de risco e proteção

Tammy nasceu prematuro e dependente de narcóticos devido ao uso de heroína por sua mãe durante a gravidez (risco biológico). Sua mãe era incapaz de cuidar da criança devido ao uso contínuo de substâncias químicas e Tammy estava morando com seus tios desde o primeiro mês de vida (a qualidade dos cuidados recebidos nesse local irá determinar se é um fator de risco ou proteção para Tammy). Inicialmente, ela era um bebê irritável e instável, mas depois se desenvolveu bem e estabeleceu um vínculo organizado com a tia (fator psicologicamente protetor).

Quando ela tinha três anos, um tornado severo destruiu a casa onde vivia (risco contextual). Embora ninguém tenha sido ferido, a família teve que viver em abrigo por vários meses, o tio perdeu o emprego e houve vários fatores estressantes, tendo desenvolvido um quadro depressivo (risco psicológico/relacional). Para encontrar trabalho, eles tiveram que mudar do local que sempre viveram para outro distrito onde estavam socialmente isolados (risco sociocultural). Eles eram uma família de fácil relacionamento e se aproximaram de outras famílias que também eram novas no local e que os ajudaram a se estabelecer na nova comunidade (fator protetor contextual).

famílias com bebês ou crianças pequenas é que frequentemente o "paciente" não tem palavras para contar o seu lado da história. Nesse caso, o que é observado sobre a criança, seu comportamento, suas respostas e a interação entre membros familiares é crucial para ajudar o clínico a entender a experiência da criança.

O clínico e os pais podem então construir uma narrativa ou "estória" - um relato da experiência da família com a criança - para entender o que está acontecendo. Esse entendimento ou "versão da estória" é frequentemente modificado através da avaliação e intervenção, à medida que ocorrem desenvolvimento e mudança.

A História

Durante a avaliação - idealmente a criança, pais e outros cuidadores importantes estão presentes - o clínico explora com a família suas esperanças e medos, suas expectativas em relação a si mesmo e à criança, bem como suas experiências com serviços médicos e psicológicos. Informações biológicas, psicológicas e socioculturais são coletadas para identificar fatores de risco e de proteção na criança, nos pais, em seus relacionamentos e no contexto social e cultural. Pode ser útil permitir que a família comece contando sua história de forma espontânea, em vez de fazer muitas perguntas antes que elas possam usar suas próprias palavras para explicar o que as preocupa.



Cornelis de Vos. Pintura-retrato de Anthony Reyniers e sua família (1631) Museu de arte da Filadélfia.

Avaliação Baseada no Apego

Como observado acima, a avaliação formal do apego geralmente não é realizada em contextos clínicos, mas uma abordagem baseada no apego inclui:

- A história da concepção, gravidez e nascimento e quaisquer perdas ou dificuldades significativas para a família associada a esse período.
- Um histórico dos apegos da criança. É importante focar em um relato cronológico do número de pessoas significativas de apego disponíveis para a criança desde o nascimento, particularmente interrupções nos cuidados, abandono ou perdas, cuidadores alternativos, negligência nos cuidados e abuso. A disponibilidade do atual cuidador principal e o contato com outros cuidadores devem ser observados, assim como o comportamento da criança com cada um e a resposta a mudanças no cuidador. Nas crianças mais velhas, o relacionamento com colegas e irmãos deve ser descrito.
- Detalhes e observações do comportamento atual do bebê ou criança. De particular interesse em relação à qualidade do apego e interrupções ou distúrbios são:
 - Ajuda ou comportamento de busca de conforto, incluindo resposta a dor ou angústia (por exemplo, a quem eles vão se caírem e se machucam; mostram angústia; estão discriminando quem pode confortá-los? eles são tímidos com estranhos?)
 - Qualidade da interação e capacidade de usar o cuidador ou outro adulto para maior conforto, incluindo a capacidade de explorar e brincar em um novo ambiente, a resposta ao estabelecimento de limites e a natureza da interação com o clínico.

Isso precisa ser entendido dentro de uma estrutura de desenvolvimento. Uma criança de seis meses tem menos probabilidade de mostrar timidez ou medo de estranhos do que uma criança de 12 meses. Uma criança de três anos pode ser capaz de usar informações verbais do cuidador (por exemplo, “eu vou sair por um minuto, voltarei em breve”) para tolerar uma separação curta, enquanto uma criança de 15 meses é menos capaz de fazer isso.

O Quadro Biopsicossocial

O bebê nasce com uma herança genética, incluindo o que geralmente é chamado de temperamento, e no nascimento já foi afetado por seu ambiente no útero (por exemplo, a adequação da nutrição, exposição a drogas ou álcool, prematuridade ou outra doença médica) (consulte Capítulo B.1). Essas são contribuições biológicas para a apresentação.

Contexto - A família e o ambiente social (Reder *et al*, 2003)

- Funcionamento familiar: por exemplo, pobreza, desemprego, respostas ao estresse, isolamento social ou cultural
- Estabilidade nos relacionamentos e circunstâncias sociais
- Relações com outras pessoas e capacidade de usar intervenções e suporte da comunidade
- As redes estendidas que apoiam ou abandonam a família no momento de rápida mudança do desenvolvimento
- Fatores sociais e culturais que afetam a família
- Qualidade de interação das relações
- Violência familiar
- Questões e circunstâncias práticas: realidade prática da situação familiar, incluindo moradia, pobreza, emprego e oportunidades educacionais
- O que os pais trazem à parentalidade?
- Suas forças psicológicas, sociais e seus recursos
- Suas fantasias a respeito do que e de quem a criança será para eles
- A história que precede a concepção e o nascimento, incluindo suas experiências em suas próprias famílias e as experiências de ser pais.
- Suas expectativas sobre si mesmos como pais, influenciadas por suas próprias experiências de vida familiar
- Sua psicopatologia: o passado e histórico psiquiátrico familiar, dificuldades atuais, incluindo uso de substâncias ilícitas
- Idade dos pais e estágio no ciclo vital.

A qualidade da parentalidade pode atenuar ou exacerbar as dificuldades constitucionais de uma criança. Isso geralmente é descrito como *um ajuste* entre as expectativas e capacidades dos pais e as aptidões e necessidades dos bebês. Inclui fatores psicossociais e interpessoais, bem como aspectos biológicos da saúde dos pais e bebês que afetam sua capacidade de atender às necessidades do bebê.

O lugar da criança na família, incluindo sexo e ordem de nascimento, o significado dessa criança para esses pais nesse momento de suas vidas e seu lugar no contexto sociocultural também são importantes. Devem ser obtidas informações sobre fatores biológicos, psicológicos e sociais que ajudaram ou dificultaram a família agora e no passado.

Fatores Biológicos

Isso inclui vulnerabilidade genética, saúde passada e atual e qualquer história de doença familiar. Na criança pequena, inclui a exposição intrauterina a drogas ou outras toxinas e outros fatores que afetam o desenvolvimento e a saúde física.

Fatores psicológicos e relacionais

Fatores intrapsíquicos, como doenças psiquiátricas atuais, problemas de personalidade e estilo de apego e fatores interpessoais, como história e qualidade dos relacionamentos atuais.

Fatores Sociais, Culturais e Contextuais

Fatores no contexto social, grau de isolamento ou apoio cultural e social, segurança financeira e emprego dos pais. O status socioeconômico é um poderoso preditor do desenvolvimento infantil (Zeanah et al, 1997), a capacidade e a disposição da família de aceder e usar meios de suporte são cruciais. Fatores a serem considerados aqui, identificados por Reder et al (2003), estão descritos na caixa de texto acima.

Tabela A.4.2 Escalas de avaliação e questionários

Instrumento	Comentários
<p><i>Child Behavior Checklist (CBCL) de 1,5 a 5 anos de idade</i> (Achenbach & Rescorla, 2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dois questionários para avaliação das funções adaptativas e desadaptativas de crianças de 1 ano e meio a 5 anos de idade. Preenchidos pelos pais, cuidadores e professores. Um projeto internacional recente que usou o CBCL identificou consistências nas agregações de problemas emocionais e comportamentais em pré-escolares nas 24 sociedades que participaram do estudo. (Ivanova et al, 2010; Rescorla et al, 2011). Requer pagamento para uso
<p><i>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i> (Goodman, 1997)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Classifica 25 atributos, alguns positivos e outros negativos. O SDQ possui um suplemento de impacto que ajuda na avaliação do impacto dos comportamentos que a criança apresenta. Possui versões para pais e professores para avaliar crianças de dois a quatro anos em vários idiomas. Ferramenta gratuita
<p><i>The Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3)</i> (Squires & Bricker, 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvido para identificar bebês e crianças (0 a 5 anos) com potenciais problemas no desenvolvimento. Cinco áreas são avaliadas: comunicação, habilidade motora grosseira e fina, capacidade de resolver problemas, socialização. Completado por pais/cuidadores Requer pagamento para uso
<p><i>The Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional (ASQ:SE)</i> (Squires et al, 2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Uma ferramenta culturalmente versátil para os médicos identificarem e monitorarem crianças em risco de atrasos sociais, emocionais e comportamentais. O ASQ-SE classifica o desenvolvimento de uma criança nas áreas comportamentais de autocontrole, obediência, comunicação, adaptação, autonomia, afeto e interação com pessoas Requer pagamento para uso
<p><i>Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)</i> (Egger & Angold, 2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista estruturada para os pais para orientação do diagnóstico de transtornos psiquiátricos em pré-escolares (2 a 5 anos de idade). Usado como ferramenta de pesquisa, também pode ser usado clinicamente. Requer pagamento para uso; o treinamento formal é necessário. Para mais informações
<p><i>The Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF)</i> (Abidin, 1995)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar/Identificar estresse no relacionamento pai-filho, relação parental disfuncional, problemas de comportamento dos pais, dificuldades de adaptação familiar. Disponível em vários idiomas Requer pagamento para uso. Mais informações

Questões Transgeracionais na Parentalidade

Tornar-se pai ou mãe é um gatilho poderoso para sentimentos, pensamentos e memórias sobre a própria educação de cada um. Muitos aspectos da paternidade são determinados pela maneira como fomos criados, quem nos sustentou, como fomos consolados, como nossas necessidades foram atendidas. Esta informação é armazenada na memória processual, memória para ações, não na memória verbal. As primeiras experiências com nossos pais ocorreram muito antes de conseguirmos expressar emoções. Como Winnicott (1987) coloca: “... ela já foi bebê e tem nela as lembranças de ser bebê; ela também tem lembranças de ser cuidada, e essas lembranças a ajudam ou a atrapalham em sua própria experiência como mãe” (p 6).

Os pais que sofreram abuso ou negligência na sua infância, entram em desvantagem na paternidade. Isso ocorre por causa dos modelos abusivos de relacionamento que eles têm que recorrer, o efeito de negligência ou abuso precoce em sua própria capacidade de auto regulação e reflexão, e isso geralmente está associado a um limitado apoio familiar e social atual. Apenas cerca de um terço das crianças que sofreram abuso são pais abusivos (Egeland *et al.*, 2002), mas esse é claramente um fator de risco para dificuldades na criação dos filhos. A avaliação de risco é discutida em mais detalhes abaixo.

Instrumentos de Autopreenchimento e Entrevistas Semiestruturadas

Além da história e observação clínica da criança, questionários, escalas de classificação e entrevistas estruturadas podem ser utilizadas para auxiliar no processo de avaliação. Os instrumentos padronizados dispõem de perguntas sobre o comportamento da criança que podem ser facilmente classificadas. Eles são projetados para serem respondidos pelos pais, cuidadores de crianças e professores, fornecendo informações sobre o funcionamento da criança em diferentes contextos. Exemplos de medidas que foram adaptadas, traduzidas ou usadas com várias comunidades culturais e linguísticas estão resumidos na Tabela A.4.2.

Avaliação a interação

- Uma mãe, em tratamento para psicose puerperal, disse estar orgulhosa por conseguir amamentar seu bebê e que estava indo bem. Quando o bebê gemeu, ela o pegou e posicionou bem para amamentar, mas não abriu a blusa ou deu o seio ao bebê, apenas segurou-o contra a blusa, onde o bebê tentava em vão pegar o seio. A mãe pareceu ignorar a sua luta do bebê até que ele chorou alto. E ela não abriu a blusa, até o médico sugerir.
- Um menino de dois anos caiu da cadeira durante a avaliação e bateu forte a cabeça. Sua mãe o descreveu como “independente”. Em vez de chorar ou procurar a mãe, ele foi até a janela e olhou para fora. Foi surpreendente para o entrevistador que o menino não demonstrou angústia ou procurou o conforto dos pais.
- Um menino de cinco anos é levado pela sua mãe a uma consulta com um psicólogo na atenção primária. Foi encaminhado pelo professor, pois não era capaz de realizar as atividades propostas em sala de aula. Estava sempre quieto e sozinho, recusando convites de jogar com os colegas. A mãe não entendia o seu comportamento. Na segunda consulta, o psicólogo convidou o menino para brincar, oferecendo-lhe alguns brinquedos. O menino só brincou quando a mãe entrou na sala e o instruiu verbalmente para brincar. Depois disso, o psicólogo perguntou mais sobre seus hábitos e notou que ele não estava autorizado a fazer qualquer coisa que a mãe não tivesse planejado.

Para mais oportunidade de consolidar seu aprendizado, por favor consulte os exercícios autogeridos no “Apêndice Q2”.

Pais de bebês e crianças menores frequentemente se preocupam com os atrasos de desenvolvimento e comportamentais relacionados ao Transtorno do Espectro Autista (TEA). É importante que os médicos tenham isso em mente para reconhecer sinais precoces de TEA: crianças com TEA que são diagnosticadas precocemente e que participam de programas de intervenção apropriados obtêm melhores resultados. (Johnson et al, 2007). A [Academia Americana de Pediatria](#) tem recursos para apoiar os pediatras na identificação e atendimento de crianças com TEA.

A observação fornece informações sobre:

- Sensação de segurança da criança em um ambiente não familiar
- Sensibilidade dos pais à criança
- Capacidade de resposta da criança aos cuidados dos pais
- Ajuda e conforto buscados pela criança
- Atenção compartilhada e diversão
- Vínculo pai-filho
- Segurança dos pais e criança
- A capacidade de os pais trabalharem junto no cuidado da criança e a qualidade do relacionamento deles
- O relacionamento e a interação com as crianças são afetados por:
 - Fatores contextuais imediatos
 - Aspectos e características individuais do cuidador e da criança
 - Eventos do passado, especialmente a experiência dos pais de serem pais
- A linguagem usada pelos pais, a maneira como eles conversam com seus filhos e os assuntos fornecem informações. Você pode observar, por exemplo:
 - Comentários e apelidos improvisados
 - Histórias (por exemplo, quando um dos pais, consciente ou inconscientemente, fala de outras pessoas ou situações, mas está descrevendo algo sobre a criança ou suas interações com ela)
 - Comunicação não verbal entre os pais e entre pais-filhos, particularmente expressão facial e toque
 - O que os pais dizem à criança, o que eles dizem sobre a criança e como estes se comparam
 - Idealmente, a comunicação entre pais e bebê ou criança pequena é:
 - *Contínente*: os pais são responsivos aos sinais da criança, em vez de intrusivos e insensíveis
 - *Colaborativo*: ambas as partes são participantes ativos na interação e constroem e reparam a comunicação juntos para restaurar níveis ideais e confortáveis de colaboração
 - *Emocionalmente sintonizados*: o pai é capaz de identificar o estado emocional da criança, sintonizar-se com ele, e organizar sua resposta.

AVALIAÇÃO E SUPORTE DE INTERAÇÕES ENTRE PAIS E BEBÊS E CRIANÇAS PEQUENAS

Mesmo em uma breve entrevista com uma família, muitas observações podem ser feitas, fornecendo informações sobre a qualidade da interação e dos relacionamentos. Este também é um componente central da avaliação de risco. As interações refletem a capacidade de cuidado dos pais, sua capacidade de responder de forma sensível e adequada às manifestações do filho, bem como a capacidade da criança de indicar o que precisa e de aceitar e responder aos cuidados dos pais.

As rotinas diárias de alimentação, sono e mudança são um cenário de importantes trocas sociais e também momentos de maior risco para a criança, se o sistema de cuidado estiver estressante ou inadequado. O que os pais de fato fazem é mais importante do que aquilo que dizem ou pensam que fazem. É isso que torna a observação tão importante. A sensibilidade dos pais às

comunicações de seus bebês ou crianças pequenas é central para o desenvolvimento do relacionamento entre eles e é preditiva da qualidade do relacionamento de apego que pode ser diferente com cada um dos pais. A observação das respostas dos pais aos sinais e comunicações emocionais de seus filhos e a capacidade dos pais de interpretá-las e responder adequadamente são essenciais para a avaliação.

As crianças geralmente desenvolvem vínculo com os pais e, muitas vezes, com avós e outros cuidadores



Pai e filho, Dhâka, Bangladesh. Foto de Steve Evans.

O comportamento dos pais e da criança enquanto eles estão com o clínico é tão importante quanto o conteúdo do que é dito. Recomenda-se que os médicos prestem tanta atenção ao que pais e bebês estão fazendo quanto ao que eles estão dizendo. Com a criança no cômodo, você verá com que facilidade ela se acomoda, como responde à voz e ao toque dos pais, como indica suas necessidades e como estas são respondidas. Com uma criança

pequena presente, você aprenderá bastante sobre como ele se sente livre para explorar o cômodo, quanta proximidade ela procura de seus pais e que comportamentos atraem atenção dos pais. Além disso, é interessante como o bebê ou a criança se relacionam com você. Eles são inicialmente tímidos, mas depois se tornam mais sociáveis? Eles abordam você imediatamente e se envolvem mais com você do que com os pais? Como você entende esses comportamentos no contexto de toda a avaliação?

Isso depende da capacidade do cuidador de ser empático e de estar em sintonia com a mente e a experiência da criança. Exige que os pais reflitam sobre suas próprias experiências e estado interno e reconheçam seu filho como um ser experimentador: estar com, em vez de fazer coisas com seu filho. Isso é conhecido como capacidade reflexiva ou de mentalização.

Capacidade Reflexiva ou de Mentalização

A capacidade mentalizadora ou reflexiva refere-se à atividade de entender o comportamento em relação aos estados mentais, ou "manter a mente em mente" (Allen *et al*, 2008, p3). Os estados mentais incluem pensamentos, sentimentos e intenções; mentalizar envolve "a capacidade de pensar em sentir e sentir em pensar" em si e nos outros (Slade, 2005). Fonagy e colegas (1991) propuseram que a capacidade dos pais de manter em mente a experiência da criança está ligada à transmissão intergeracional da segurança das relações de apegos (Slade *et al*, 2005).

Existem avaliações formais da capacidade reflexiva disponíveis, por exemplo, o *Parent Development Interview* (PDI) (Slade, 2005). Em relação à avaliação clínica, o foco está na capacidade dos pais de adotar a perspectiva da criança para perceber que ela tem uma experiência separada da sua. As crianças correm maior risco de maus-tratos se os pais constantemente perceberem ou interpretarem mal seus comportamentos (Howe, 2005).

Avaliação Semiestruturada de Brincadeiras

Um processo estruturado ou semiestruturado para avaliar a relação pais-filhos pode ser útil. Um exemplo é o *Modified Corwell Procedure* (Crowell & Feldman, 1988), desenvolvido para uso em crianças de 12 a 60 meses e leva entre 30 a 45 minutos para administrar. Pedem-se aos pais que realizem uma série de atividades com a criança, algumas das quais incluem uma situação de leve frustração ou dificuldade. Geralmente inclui: jogar "como se estivesse em casa" (jogo livre); seguir o exemplo da criança na peça; pedindo à criança para limpar; brincando com bolhas; uma série de quebra-cabeças ou tarefas de solução de problemas; e uma breve separação/reunião. No final, pergunta-se ao cuidador quão representativas foram essas interações do que acontece em casa. O objetivo dessa avaliação é observar o cuidador e a criança interagindo juntos em uma série de tarefas ligeiramente diferentes, como forma de identificar pontos fortes e fracos em seu relacionamento. O foco está na resolução de problemas, brincadeiras e diversão e numa avaliação

Sintomas preocupantes em crianças jovens

- Birras muito frequentes
- Nenhuma birra, muito quieto
- Inversão de papéis:
 - Controlador e punitivo
 - Cuidar compulsivo
- Uso da masturbação para se acalmar
- Autoagressão, como bater a cabeça
- Regressão persistente, perda da higiene pessoal, interação mais pegajosa
- Precocidade persistente e excesso de maturidade (pequeno adulto)

As apresentações de crianças menores e pré-escolares são mais discutidas em Luby (2006) e Banaschewski (2010).

informal do apego. esta avaliação oferece a oportunidade de observar a persistência da criança, sua busca do cuidador como apoio, sua capacidade e vontade de pedir ajuda, suas habilidades motoras finas e grosseiras e o grau de diversão, facilidade e prazer nas interações.

Os pais de Rajni usavam drogas e álcool regularmente após o nascimento e, possivelmente, também durante a gravidez. Ela foi negligenciada, abusada fisicamente e houve considerável violência entre os pais. Ela foi retirada dos pais aos 11 meses de idade após uma fratura inexplicada na perna. Naquela época, seus marcos do desenvolvimento estavam um pouco atrasados e ela era pequena para sua idade. Foi colocada com um parente mais velho que cuidava bem dela e seu crescimento e desenvolvimento melhoraram.

Quando tinha 2 anos e meio, seu cuidador desenvolveu câncer e Rajni foi devolvida aos pais. Outro período de negligência e exposição à violência se seguiu. Rajni foi novamente colocada com uma família adotiva quando tinha 3 anos e meio. Foram relatadas birras frequentes, machucava-se e batia a cabeça. Ela acumulava e roubava comida e era socialmente discriminada, apegando-se a estranhos, subindo em seus colos e segurando suas mãos e ela mudava de assunto quando era repreendida e se tinha barulho alto, ela brigava e gritava.

As dificuldades de Rajni poderiam ser entendidas como estratégias de sobrevivência que ela havia desenvolvido em resposta a negligência e ao abuso. Seu comportamento começou a se estabelecer após um período em um lar seguro e amoroso, mas ela permaneceu sensível a barulhos e teve dificuldades em dormir, alimentar e regular suas emoções.

Para mais oportunidade de consolidar seu aprendizado, por favor consulte os exercícios autodirigidos no Apêndice A 4.1.

A qualidade e a natureza do comportamento de cada participante, bem como de suas interações, são importantes, assim como a transição entre tarefas (por exemplo, as crianças têm dificuldade em mudar de uma atividade para outra? O tempo de atenção é limitado? Eles cooperam com o pedido de arrumar? O quão claramente os pais se comunicam com a criança?). Como as crianças usam o cuidador como apoio durante as transições entre as atividades e a separação e reunião é especialmente importante porque essas mudanças representam estressores leves para as crianças pequenas. Mais discussão sobre o uso de medidas observacionais na avaliação pode ser encontrada em Crowell 2003; Crowell e Feldman, 1988; Mares e Torres, 2014; Miron *et al.*, 2009.

Ferramentas para Construção de Relacionamento

O sistema de observação do comportamento neonatal (*Newborn Behavioral Observation* - NBO) (Nugent et al, 2007) é um exemplo de uma ferramenta de construção de relacionamento desenvolvida para uso por clínicos que cuidam de famílias com bebês recém-nascidos em vários ambientes. Foi desenvolvido no Instituto Brazelton nos EUA, baseado em 25 anos de pesquisa com a *Neonatal Behavioural Assessment Scale* (Brazelton 1973; Brazelton & Nugent, 1995).

A NBO é uma ferramenta de observação centrada na criança e centrada na família. É realizada com a colaboração ativa dos pais e tem como objetivo descrever as competências e a individualidade da criança. Consiste em 18 tarefas comportamentais e reflexas que exploram as capacidades fisiológicas, motoras e sociais do recém-nascido nos primeiros 3 meses de vida (Nugent,

2015). É realizada em conjunto pelo clínico e pelos pais e oferece uma oportunidade para os profissionais e os pais observarem e interpretarem de forma colaborativa os comportamentos do recém-nascido. As reflexões e comentários do clínico também são um aspecto essencial do processo. Em geral, a NBO tem como objetivo ajudar os pais a ler os sinais de comunicação de seus recém-nascidos e promover e criar um relacionamento positivo entre pais e bebês desde o início. Há evidências emergentes de que a NBO pode melhorar o relacionamento entre pais e filhos, apoiar o tratamento da depressão e ansiedade no puerpério e aumentar o envolvimento dos pais nos primeiros meses de paternidade (por exemplo, [McManus & Nugent, 2012](#)). Mais informações sobre a NBO podem ser encontradas [aqui](#).

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Uma avaliação do desenvolvimento pode ser incluída quando apropriado como parte da intervenção terapêutica. A avaliação variará dependendo do seu objetivo, das habilidades do clínico e das necessidades e preocupações da família. Envolver os pais no processo de avaliação fornece aos pais informações úteis sobre as habilidades e necessidades de seus filhos e também permite que o clínico veja o uso que os pais fazem dessas informações. Mais informações sobre o desenvolvimento infantil podem ser encontradas no Capítulo A.2. Alguns dos instrumentos usados para avaliações de desenvolvimento incluem:

- *Neonatal Behavioural Assessment Scale* – NBAS (Brazelton & Nugent, 1995). A NBAS foi projetada para capturar as respostas comportamentais precoces dos bebês ao seu ambiente, antes que seu comportamento seja moldado pelo cuidado dos pais. A suposição de Brazelton e Nugent é que um bebê é competente e organizado de forma complexa, e é um participante ativo na interação com os cuidadores. A avaliação procura ajudar a entender o lado da criança na interação.
- *Bayley Scales of Infant Development* – BSID (Bayley, 1993). Aplicável a crianças de 1 a 42 meses de idade, fornece informações sobre o desenvolvimento da linguagem da criança, habilidades para resolver problemas, desenvolvimento motor grosseiro e fino, capacidade de atenção, envolvimento social, afeto e emoção e a qualidade do movimento e controle motor da criança
- *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence* -WPPSI (Wechsler, 2002). Uma avaliação neuropsicológica que pode ser útil para crianças a partir dos 30 meses de idade. Avalia as habilidades de compreensão verbal, percepção, organização e velocidade de processamento das crianças, dando aos clínicos uma perspectiva de desenvolvimento da inteligência da criança.

Os 4 Ps

Esta é uma maneira de resumir os fatores que contribuem para a apresentação da família:

- *Predisponentes*: o que faz essa família ser vulnerável?
- *Precipitantes*: por que eles vieram agora?
- *Perpetuadores*: o que dificulta que as coisas melhorem?
- *Protetores*: quais pontos fortes podemos identificar e utilizar para nossa intervenção na criança, na família e no contexto social e cultural?

- *Vineland Adaptive Behavior Scales* (Sparrow *et al*, 1984). Este é uma entrevista com os pais que obtém informações sobre o funcionamento adaptativo das crianças em situações da vida real, cobrindo os domínios de habilidades diárias, comunicação, socialização, funcionamento motor e comportamento desadaptativo.

FORMULAÇÃO

O objetivo da avaliação é entender por que razão essa família está apresentando esse problema no momento e quais são os obstáculos que a impediram de resolver suas dificuldades sem ajuda profissional. Esta informação constitui a base para o que é chamado de formulação. Formulação é uma constatação integrativa que fornece uma compreensão etiológica do problema e dos fatores que contribuem para a apresentação. Pode assumir diferentes formas, mas, idealmente, inclui a consideração de fatores biopsicossociais e culturais. Este resumo contribui para o desenvolvimento de um plano de intervenção abrangente. Outra maneira de pensar sobre a formulação é identificar ou organizar as informações obtidas na avaliação no que pode ser chamado de 4 Ps (ver Quadro).

Idealmente, durante o processo de avaliação, a família e o clínico chegam a um novo entendimento compartilhado - uma história/narrativa - sobre o significado e a natureza das dificuldades apresentadas e também o caminho a seguir. O desenvolvimento de uma intervenção e a previsão do prognóstico exigem que o clínico pense e identifique fatores e recursos de proteção que podem ser aproveitados. Conforme discutido acima, o processo de avaliação em famílias com bebês e crianças pequenas tem a complexidade adicional de identificar e atender às necessidades dos membros da família que ainda não são verbais. Mais informações sobre a formulação podem ser encontradas no Capítulo A.10, incluindo um exemplo de caso no Apêndice A.10.1.

DIAGNÓSTICO DE BEBÊS E CRIANÇAS PEQUENAS

Existem muitos desafios para o desenvolvimento e utilização de sistemas de diagnóstico e classificação de transtornos para bebês e crianças pequenas. Este é um período de desenvolvimento e mudança muito rápidos. Portanto, a distinção entre um atraso ou interrupção transitória e um distúrbio contínuo pode ser difícil e requer tempo e habilidade. Além disso, o foco da avaliação, conforme descrito acima, é sobre relacionamentos e interações, enquanto sistemas classificatórios, como DSM ou CID, concentram-se principalmente no indivíduo e não nos relacionamentos e no contexto. As crianças pequenas são muito receptivas e dependentes do apoio que recebem e, portanto, podem se comportar e funcionar de maneira bastante diferente em diferentes contextos, por exemplo, com adultos familiares em casa e na creche. Bebês e crianças pequenas têm pouca ou nenhuma linguagem para referir sua experiência subjetiva e, portanto, a avaliação se baseia na história fornecida

Uma variedade de recursos pode ser encontrada e baixada no site (clique na figura). O DC: 0-5 (Classificação Diagnóstica de Saúde Mental e Transtornos do Desenvolvimento da Primeira e Segunda Infância) não é gratuito, mas pode ser comprado.



pelos cuidadores e na habilidade do clínico em observar e integrar informações de uma variedade de fontes e contextos. Além disso, a avaliação da qualidade das relações é um elemento central da avaliação de riscos imediatos, contínuos ou cumulativos para o bebê ou criança pequena, e isso pode incluir a identificação de quaisquer dificuldades de saúde mental ou física e diagnóstico nos pais que possam afetar sua capacidade de cuidar adequadamente da criança. Por último, mas não menos importante, os diagnósticos psiquiátricos estão associados a um estigma considerável na maioria das sociedades; portanto, com que idade as crianças devem receber um diagnóstico?

Dito isso, estabelecer um diagnóstico que ajude a explicar, pelo menos em parte, as dificuldades de um bebê ou criança pequena pode ser útil para a família e contribuir para uma formulação mais completa. O diagnóstico pode indicar qual o tratamento apropriado e, idealmente, quais tratamentos são suportados por evidências. Pode facilitar a comunicação entre os vários profissionais que cuidam da criança. Uma classificação diagnóstica para problemas de saúde mental em bebês, crianças pequenas e pré-escolares foi recentemente atualizada. Inclui uma abordagem para definir dificuldades relacionais no início da infância (Zeanah & Lieberman, 2016).

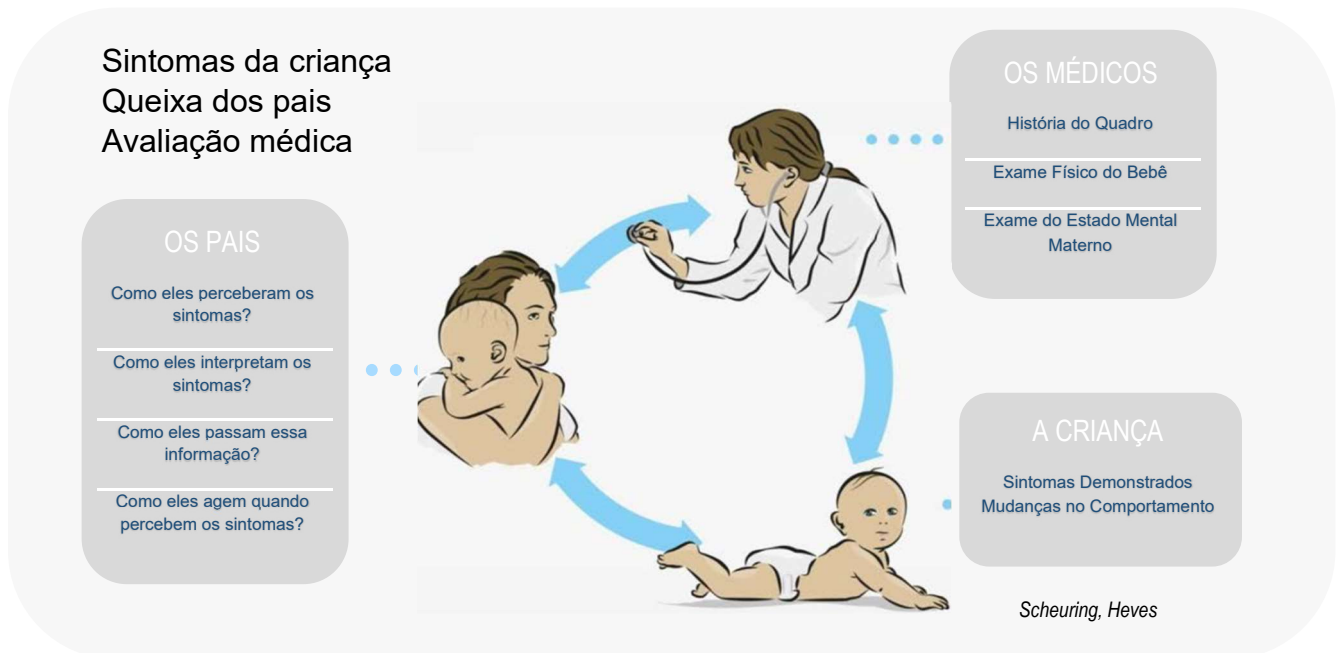
BEBÊS E PAIS EM CONTEXTOS MÉDICOS

Uma Abordagem de Saúde Mental Infantil

Em contextos médicos, ainda que os sintomas da criança sejam o foco da investigação do clínico, os pediatras devem estar igualmente atentos aos pais. Em outras palavras, no trabalho clínico dos pediatras, a criança é tratada, mas os pais também devem ser um foco de atenção e apoio. O encontro entre pais, bebê e pediatra é único. A criança apresenta sintomas com mudanças de comportamento e os pais os interpretam para o pediatra. A transmissão dessas informações pode ser difícil e confusa. Depende muito da interpretação dos pais sobre os sintomas da criança e do estado físico e mental da criança, entre outros fatores.

Na prática pediátrica, a abordagem diagnóstica e terapêutica geralmente se concentram nas condições orgânicas, mas, em muitos casos, especialmente nos distúrbios regulatórios (por exemplo, problemas de alimentação ou sono, choro extremo etc.), é necessária uma abordagem biopsicossocial para entender adequadamente as dificuldades presentes. Pode ser assustador para os pais quando o comportamento do bebê muda, motivando o pedido de consulta com o(a) pediatra. É útil que o(a) pediatra tenha competências básicas de saúde mental para reconhecer de que forma a interação entre pai e filho pode contribuir para sintomas anormais no bebê e, por sua vez, como isso pode alterar a maneira como um pai percebe e se comunica sobre seu bebê (Hinshaw et al. 2000). Os pediatras precisam ouvir atentamente sobre o problema específico que os pais e o bebê estão apresentando e fornecer informações relevantes aos pais de maneira sensível

e solidária (Comitê de Aspectos Psicossociais da Saúde da Criança e da Família et al, 2009; 2012).



Os pais consultam um(a) pediatra porque o comportamento da criança é motivo de preocupação para eles e esperam tratamento, explicação e segurança. A verificação dos fatores que produzem os sintomas geralmente requer uma abordagem multidisciplinar. Além disso, é necessária uma consciência especial para definir os sintomas e se comunicar efetivamente com os pais. Isso é particularmente verdadeiro nos transtornos da regulação (Mares *et al*, 2011). O(A) pediatra pode encontrar problemas difíceis de administrar quando os sintomas observados na criança são inconsistentes com os descritos pelos pais. Os problemas de alimentação, por exemplo, têm uma classificação alta nesse grupo - nenhuma explicação médica clara pode ser encontrada em mais de 80% dos casos (Cole *et al*, 2011) - e, no entanto, a criança é sintomática e os pais, ansiosos e preocupados. As queixas dos pais devem ser levadas a sério, porque se eles acham que há um problema, há um problema (Kerzner *et al*, 2015). A ansiedade dos pais e a angústia infantil podem se retroalimentar. Chamamos isso de "sintoma mal avaliado" na criança e sugerimos conceituar o sintoma da criança no contexto das queixas e preocupações dos pais. O sintoma é real o suficiente, mas muitas vezes não é totalmente explicado por uma causa médica, portanto, pode não precisar de terapia real, apenas mudanças no estilo de vida da criança e garantia e apoio aos pais. Uma explicação funcional, e não orgânica, é estabelecida e a persistência dos sintomas é entendida como consequência de uma estratégia desadaptativa de resolução de problema dos pais ou do bebê, ou mesmo de alguma dificuldade em seu relacionamento (Mares *et al*, 2011).

Abordar os sintomas patológicos da criança e / ou as queixas dos pais a partir de um modelo biopsicossocial é eficaz no reconhecimento, avaliação e tratamento de contextos onde as respostas dos pais ao seu bebê sintomático

contribuem para um sofrimento persistente do mesmo. Os pediatras podem beneficiar da aquisição de competências básicas em saúde mental infantil (Briggs *et al*, 2007) e do trabalho em colaboração com uma equipe multidisciplinar quando ocorrem simultaneamente disfunções orgânicas e funcionais (Sharp *et al*, 2017).

Lola tinha 4 meses quando foi internada no hospital. Ela se recusou a beber leite materno com mamadeira e a foi tentada a fórmula. Seu peso estagnou, levando a uma deficiência de crescimento. O relacionamento entre a sua mãe e a sua avó era difícil e seu avô havia falecido. Os avós paternos eram alcoólatras e não davam suporte. Os avós maternos tinham uma boa relação, entendendo e apoiando um ao outro. O nascimento de Lola ocorreu sem intercorrências e a amamentação não era problemática, inicialmente.

Depois de dois meses, o apetite de Lola diminuiu. A mãe tentava forçar a amamentação, mesmo quando a bebê resistia. Finalmente, Lola aceitava 20 a 80 mL de leite em cada mamada, sendo alimentada 5 a 6 vezes no dia. Seu comportamento mudou e ela ficou letárgica e irresponsiva.

No hospital, Lola mostrava angústia crescente quando era alimentada. A assistência da enfermagem foi necessária durante as tentativas da mãe de forçar o bebê pegar o peito; cada amamentação demorava um longo tempo. A mãe ficava cada vez mais ansiosa e preocupada, tendo perdido a autoconfiança. Pensou que não era uma boa mãe e estava preocupada que sua criança pudesse morrer.

Durante o internamento, suspeitou-se que a bebê pudesse ter uma Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), responsável pelos sintomas apresentados. O tratamento da DRGE foi implementado, mas infelizmente Lola necessitava de mamadeira suplementar porque a sua ingestão de leite materno era inadequada. A terapia incluiu consultas paralelas entre pais e filha, juntamente apoio a amamentação e tratamento médico para DRGE.

Tópicos para discussão com os pais incluem:

- Seus medos sobre a doença de Lola
- Compreensão dos sentimentos sobre o bebê
- Reduzir a expectativa de a criança mamar
- Concentre-se em aproveitar o momento em vez da quantidade de leite na mamada
- Ajudar os pais a acreditar na saúde da filha e em seus cuidados com ela.

Lola recebeu alta do hospital em uso da sonda nasogástrica para se alimentar, recebendo acompanhamento próximo. O bebê puxou o tubo, que foi trocado e vomitou várias vezes. Toda vez que isso acontecia, uma consulta com os pais o bebê também acontecia. Esses eventos se tornaram gradualmente menos frequentes. Lola ganhou peso, a amamentação aumentou e o uso da sonda diminuiu. Lola também mudou: sorria com mais frequência, chorava, se movimentava e dormia menos. Após dois meses, a sonda poderia ser removida.

Esse exemplo ilustra a necessidade de identificar e tratar os fatores orgânicos ou biológicos (DRGE), o aspecto funcional (angústia e recusa da mama) e questões relacionais (ansiedade dos pais, alimentação forçada) para resolver os problemas de crescimento e amamentação de Lola.



Criança iraquiana em um orfanato, sentindo falta da mãe, desenhou-a e adormeceu sobre o desenho.

Tabela A.4.3. Indicadores de que um bebê/ criança está em possível risco físico, psicológico ou de desenvolvimento.

No Bebê/criança	Nos pais	No contexto
<ul style="list-style-type: none"> • Falha no crescimento • Falha no cumprimento de marcos de desenvolvimento esperados • Hipervigilante ou se assusta facilmente • Excessivamente silencioso e retraído • Agressão visível em crianças pequenas • Necessidades básicas não atendidas • Inversão de papéis ou de comportamento com os pais • Problemas em regular a emoção • Ferimentos inexplicáveis ou ferimentos médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de reconhecer ou priorizar as necessidades da criança • Doença psiquiátrica não tratada ou tratada inadequadamente ou abuso de substâncias • Falta de entendimento e envolvimento com os serviços de tratamento • Criança envolvida no sistema parental delirante, incluindo delírios positivos • Insensibilidade aos sinais e necessidades da criança (emocionalmente indisponíveis) • Pensamentos de automutilação ou medo de prejudicar a criança • Medo da criança, ignora quando a criança chora • Comportamento assustador ou iminentemente assustador/perigoso, manuseio inadequado do bebê • Atribuições hostis ou negativas (“ele está querendo me pegar”) • Desenvolvimento de expectativas não realísticas • Falta de habilidades paternas/maternas 	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum outro adulto protetor disponível • Isolamento social e cultural significativos • Mínimo suporte social • Violência doméstica/ familiar ou comunidade violenta • Vários riscos sociais (por exemplo, falta de moradia, nomadismo) • Estresse crônico

Desenvolvido por Kowalenko, Sarah Mares, Louise Newman, Anne Sved Williams, Rosalind Powrie, e Karin van Doesum.

O reconhecimento precoce desses transtornos, quando há preocupações específicas de que os fatores parentais contribuem para os sintomas da criança, pode ser melhorado usando testes de triagem, como a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Töreki *et al*, 2014), que classifica a ansiedade e a depressão dos pais, ou o *Coping Health Inventory for Parents*, que classifica os esforços dos pais para lidar com os problemas de saúde da família (McCubbin *et al*, 1983).

AVALIAÇÃO DO RISCO DE BEBÊS E CRIANÇAS MENORES

A avaliação do risco de dano é um aspecto implícito - e às vezes explícito - de toda avaliação de bebês, crianças pequenas e seus cuidadores. Em muitos países, os profissionais de saúde são obrigados por lei a denunciar crianças que correm risco de abuso ou negligência. Como todas as outras avaliações, a avaliação do risco requer a colheita de uma história detalhada, observação de relacionamentos e informações de várias fontes. O risco para o bebê ou para o relacionamento com o bebê ocorre sempre que os recursos do cuidador estão sobrecarregados. Ao considerar o risco neste período de desenvolvimento, estamos considerando o risco dentro de um relacionamento. Os bebês também podem estar em risco de desenvolvimento ou risco físico devido a doenças médicas ou prematuridade, mas a relação de apego (?) e o contexto social dessa relação são os principais determinantes do resultado psicológico da criança, independentemente de seu status físico e de desenvolvimento.

Existem vários graus e tipos de risco, desde doenças físicas ou deficiências no bebê, até aqueles associados ao abuso e negligência da criança. Além da prematuridade e das doenças médicas, os fatores que contribuem para o risco no desenvolvimento incluem o temperamento da criança, a exposição a adversidades precoces, incluindo problemas de apego, doença mental dos pais, exposição à violência, perfil socioeconômico, pobreza e parentalidade na adolescência (Zeanah *et al*, 1997) . Para crianças em países em desenvolvimento, os riscos de desenvolvimento geralmente incluem determinantes sociais, como pobreza, bem como infecções e doenças nutricionais (OMS).

Fatores que promovem resiliência na criança (Ferguson & Horwood, 2003)

- Um pai/mãe ou outro adulto envolvido que desempenhe bem seu papel
- Suporte social
- Intervenção profissional, quando indicada
- Consistência em outros relacionamentos e atividades
- Ter uma habilidade ou talento.

Tipos de risco

- Risco imediato para a segurança física ou emocional da criança
- Risco para o desenvolvimento ideal da criança. Já se reconhece a importância da experiência inicial para resultados posteriores. Fatores genéticos, intrauterinos e físicos, como doenças, podem estar presentes
- Risco indireto, como separação repetida de um dos pais que necessite de hospitalização por doença psiquiátrica ou médica. Problemas de saúde mental dos pais são um fator de risco significativo.
- O risco cumulativo ocorre quando uma criança e sua família são expostas a vários fatores de risco. Por exemplo, um bebê prematuro nascido de uma jovem mãe solteira viciada em narcóticos com pouco apoio familiar está claramente em maior risco do que um bebê prematuro com fatores de risco médicos e biológicos semelhantes, nascido de um casal com apoio financeiro e prático adequados.
- Os maiores riscos de desenvolvimento dentro do relacionamento dos pais são aqueles que operam a longo prazo, por exemplo:
 - Negligência crônica
 - Instabilidades crônicas: pessoais e sociais da família
 - Exposição a distúrbios da personalidade ou disfunções dos pais e problemas contínuos de saúde mental
 - Hostilidade contínua com a criança
 - Maus tratos.

Ne reunião com uma família, o foco está na avaliação de risco para a criança dentro do relacionamento com os cuidadores. Quando um ou ambos os pais têm doença psiquiátrica, histórico de abuso de substâncias ou uma situação doméstica de insegurança, também é necessário avaliar o risco (de auto ou heteroagressão) dos cuidadores da criança. Quando o cuidador está em risco, a criança também está em risco indireto, devido à centralidade do relacionamento de cuidadores com o bem-estar da criança. Além disso, a exposição à violência familiar tem impactos semelhantes aos maus-tratos infantis. Portanto, a violência doméstica, mesmo na ausência de violência contra a criança, representa um risco significativo. O impacto cumulativo no desenvolvimento de múltiplos fatores de risco também deve ser considerado (Appleyard *et al*, 2005).

Prever riscos em questões de proteção à criança é muito difícil e isso contribuiu para a ansiedade sentida até mesmo por médicos experientes quando avaliam esse risco em pacientes.

Tipos de Risco

Em geral, o risco pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um evento, incluindo a consideração das perdas e ganhos associados a ele. No contexto do desenvolvimento infantil e da proteção infantil, a avaliação de riscos não está isenta de julgamentos culturais e morais. Existe um alto grau de incerteza ao prever o risco em questões de proteção à criança e, inevitavelmente, isso contribui para a ansiedade sentida ao avaliar o risco, mesmo por clínicos muito experientes que trabalham nessa área.

As crianças que foram abusadas ou negligenciadas podem apresentar sequelas físicas, emocionais e comportamentais, o que dificultará o seu cuidado. Por exemplo, crianças traumatizadas podem continuar a mostrar comportamento de evitamento ou perturbador por algum tempo após serem colocadas em ambientes de acolhimento seguros. Abuso e negligência podem ter efeitos a longo prazo no entendimento da criança sobre sentimentos e relacionamentos. Uma criança com lesão cerebral após traumatismo craniano pode apresentar sintomas físicos e emocionais a longo prazo, o que significa que cuidar deles é particularmente difícil e desafiante. Isso levanta desafios aos pais (incluindo pais de criação e adotivos) que estes podem não ter previsto, exigindo mais paciência ou perseverança do que com uma criança menos traumatizada.

Os bebês em situações de alto risco têm maior probabilidade de desenvolver relacionamentos de apego inseguros ou desorganizados com seus cuidadores. Há evidências de que o apego desorganizado durante a primeira infância está ligado a dificuldades emocionais e comportamentais na infância, adolescência e vida adulta. Portanto, embora uma criança possa não estar em risco físico imediato, um ambiente de cuidado irregular, negligente ou instável é uma ameaça ao seu desenvolvimento social e emocional. Na negligência infantil, a falta de resposta crônica às necessidades físicas ou emocionais da criança pode ter profundas consequências no desenvolvimento, mas pode ser mais difícil de detectar do que o abuso físico. Infelizmente, muitos bebês em risco sofrem tanto negligência quanto abuso.

CONCLUSÕES

A avaliação de famílias com bebês e crianças pequenas ocorre em vários contextos e por múltiplas razões. No entanto, uma avaliação abrangente deve sempre incluir um foco relacional e de desenvolvimento, levando em consideração os pontos fortes e as vulnerabilidades que pais e filhos trazem às circunstâncias atuais e atenção a fatores biopsicossociais que ajudam ou dificultam a família neste momento de rápidas mudanças no desenvolvimento.

Uma aliança terapêutica entre a família e os clínicos facilita as intervenções propostas. As preocupações com a segurança imediata ou a longo prazo da criança ou cuidadores precisam ser abordadas de maneira aberta e direta com os cuidadores e a agência de referência. A intervenção apropriada deve seguir, e processos implementados para monitorar a segurança e o bem-estar contínuos de todos os membros da família.

Todas as avaliações de crianças pequenas envolvem uma atenção ao risco. A noção de risco no início da infância é complexa e multifatorial. Inclui a determinação de riscos imediatos à segurança de crianças e pais, o impacto de fatores de risco únicos e cumulativos e a noção de risco de desenvolvimento e psicopatológico após adversidades precoces. A vulnerabilidade e dependência de crianças pequenas em relação aos seus cuidadores significa que o risco é sempre considerado no contexto do cuidado e as ameaças à segurança de um ou de ambos os pais têm um impacto inevitável no bem-estar da criança.

O risco aumenta sempre que as necessidades da criança superam a capacidade dos cuidadores e de seus apoios para atender a essas necessidades. Conforme descrito, isso pode ocorrer devido a fatores na criança, no sistema de cuidado (pais) ou no contexto social, e muitos filhos e famílias em risco têm vulnerabilidades nas três áreas.

Situações de alto risco são angustiantes para todos os envolvidos, principalmente quando os médicos recomendam a remoção de um bebê ou criança pequena de sua casa. Uma avaliação abrangente que inclui uma história cuidadosa, consideração da coerência da história fornecida, observação das interações entre criança e cuidador (es) e história corroborativa são essenciais para uma avaliação adequada do risco. Isso garante que as decisões sejam baseadas em informações sólidas obtidas de várias fontes e sejam tomadas no melhor interesse da criança e da família.

Vá para os apêndices para realizar tarefas de aprendizado autodirigido e autoavaliação.

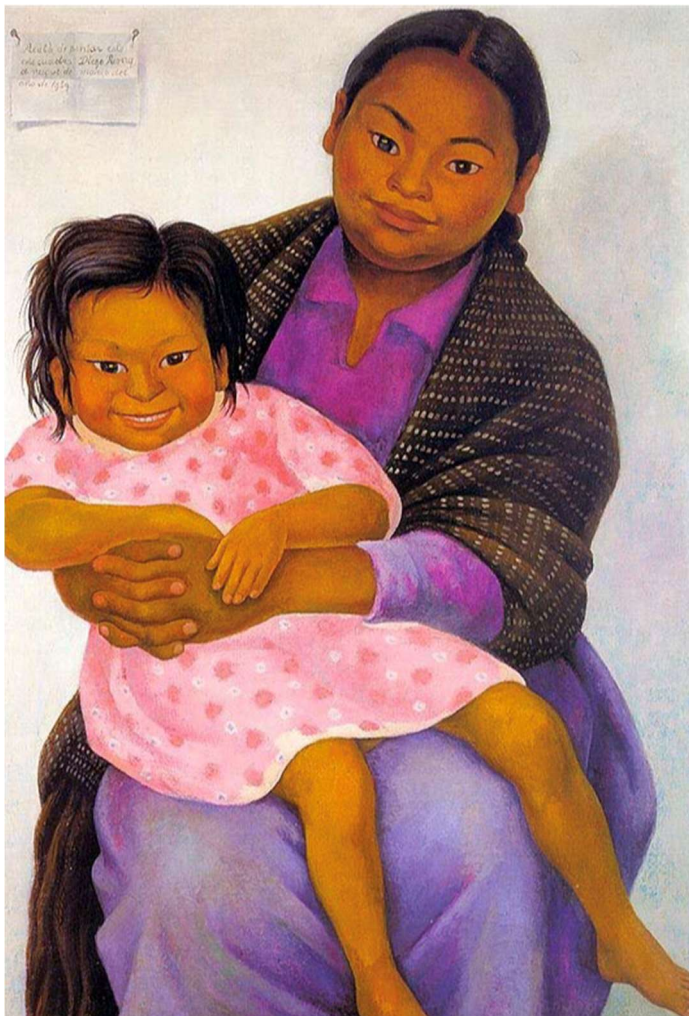
Recursos adicionais

- Existe um [curso online gratuito](#) sobre a importância dos primeiros relacionamentos para o desenvolvimento infantil, disponível na Universidade Warwick no Reino Unido
- Fernyhough C (2008). *The Baby in the Mirror: A Child's World from Birth to Three*. Londres: Granta Books
- Lieberman AF (1993). *The Emotional Life of the Toddler*. Nova York: Free Press.
- Mares S, Newman L and Warren B (2011). *Clinical Skills in Infant Mental Health: The First Three Years* (segunda edição). Melbourne: ACER Press.
- [Associação Mundial de Saúde Mental Infantil](#)
- Zeanah CH (ed) (2009). *Handbook of Infant Mental Health* (3rd ed). Seção III - Avaliação, Capítulos 14 a 16 (páginas 231 a 280). Nova York: Guilford Press.

• Você tem dúvidas?

• Comentários?

Clique aqui para acessar a página do livro no Facebook e compartilhar suas opiniões sobre o capítulo com outros leitores, fazer perguntas aos autores ou ao editor e fazer comentários.



Pintura-retrato de Madesta e Inesita (1939). Diego Rivera

REFERÊNCIAS

- Achenbach TM, Rescorla LA (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Abidin RR (1995). *Parenting Stress Index, Third Edition: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E *et al* (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD *et al* (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256: 174-186.
- Appleyard K, Egeland B, van Dulmen MHM *et al* (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:235–245.
- Banaschewski T (2010). Preschool behaviour problems—over-pathologised or under-identified. A developmental psychopathology perspective is needed. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51:1-2.
- Bayley N (1993). *Bayley Scales of Infant Development (2nd ed)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Benoit D, Zeanah CH, Parker KC *et al* (1997). “Working Model of the Child Interview”: Infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Mental Health Journal* 18:107-121.
- Boris NW, Zeanah CH & the Work Group on Quality Issues (2005). Practice parameter for the assessment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:1206-1219.
- Bowlby J (1969). *Attachment, vol. 1 of Attachment and Loss* (2nd edition, 1982) London: Hogarth Press.
- Brazelton TB (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale. Clinics in Developmental Medicine, No. 50*. Philadelphia: JB Lippincott.
- Brazelton TB, Nugent JK (1995). *Neonatal Behavioral Assessment Scale (3rd ed)*. London: Mac Keith Press.
- Briggs RH, Racine AD, Chinitz S (2007). Preventive pediatric mental health care: A co-location model. *Infant Mental Health Journal* 28:481-495.
- Cassidy & Shaver (2008). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. Guilford Press.
- Chaffin M, Hanson R, Saunders B *et al* (2006). Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11:76–89.
- Cole SZ, Lanham JS (2011). Failure to thrive. An update *American Family Physician* 83:829-834.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. American Academy of Pediatrics (2012). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: Translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics* 129:e224-e231.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. American Academy of Pediatrics (2009). Policy statement—The future of pediatrics: mental health competencies for pediatric primary care *Pediatrics* 124:410-421.
- Crittenden PM (2006). A Dynamic-maturational model of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 27:105-115.
- Crittenden PM, Claussen AH, Kozłowska K (2007). Choosing a valid assessment of attachment for clinical use: A comparative study. *Australian New Zealand Journal of Family Therapy*, 28:78-87.
- Crowell JA (2003). Assessment of attachment security in a clinical setting: Observations of parents and children. *Developmental and Behavioural Pediatrics* 24:199-204.
- Crowell JA, Feldman SS (1988). Mothers’ internal models of relationships and children’s behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development* 59:1273-1285.
- Donald T, Jureidini J (2004). Parenting capacity. *Child Abuse Review*, 13:5–17.
- Egeland B, Bosquet M, Chung AL (2002). Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment: Implications for breaking the cycle of abuse. In K Brown, H Hanks, P Stratton & C Hamilton (eds), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse: A Handbook*. New York: Wiley and Sons, pp217–232.
- Egger H L, Angold A (2004). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: R DelCarmen-Wiggins & A Carter (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press, pp223-243.
- Farnfield S (2008). A theoretical model for the comprehensive assessment of parenting. *British Journal of Social Work*, 38:1076-1099.

- Ferguson DW, Horwood LJ (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. In SS Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge: Cambridge University Press, pp130–155.
- Fonagy P, Steele M, Moran G *et al* (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13:200-216.
- George C, Kaplan N & Main M (1985) *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586.
- Hinshaw S, Paula F, Zeanah D *et al* (2009). Training in Infant Mental Health. In Zeanah CH (ed) *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd ed. New York: Guilford Press, pp 533-548.
- Hoghugh M (1997). Parenting at the margins: Some consequences of inequality. In KN Dwivedi (Ed), *Enhancing Parenting Skills: A Guide Book for Professionals Working with Parents*. Chichester: Wiley, pp 21–41.
- Howe D (2005). *Child Abuse and Neglect: Attachment, Development and Intervention*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA *et al* (2010). Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: Testing the seven-syndrome model of the child behavior checklist for ages 1.5-5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:1215-1224.
- Johnson CP, Myers SM, American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120:1183-215.
- Jones D (2001). The assessment of parental capacity. In J Horwath (Ed.), *The Child's World: Assessing Children in Need*. London: Jessica Kingsley, pp 255–272.
- Keller H. (2013). Attachment and culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 44:175-194.
- Keller H (2016). Attachment. A pancultural need but a cultural construct. *Current Opinion in Psychology* 8:59-63.
- Kerzner B, Milano K, MacLean WC *et al* (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics* 135:344-353.
- Landa S, Duschinsky R (2013). Crittenden's dynamic-maturational model of attachment and adaptation. *Review of General Psychology* 17:326-338.
- Luby J (ed) (2006). *Handbook of Preschool Mental Health; Development Disorders and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Lyons-Ruth K, Yellin C, Helnick S *et al* (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/ helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother- infant communication and infant disorganization. De
- Mares S, Newman L, Warren B (2011). Emotional and behavioural problems in toddlers. In Mares S (Ed.) *Clinical Skills in Infant Mental Health* (2nd ed). Australia: ACER Press, pp 161-181.
- Mares S, Newman L, Warren B (2011). Trauma in infancy and early childhood. In Mares S (ed) *Clinical Skills in Infant Mental Health*, 2nd ed. Australia: ACER Press, pp 182-192.
- Mares S, Newman L, Warren B (2011). Parents with personality disorder. In Mares S (Ed) *Clinical Skills in Infant Mental Health*, 2nd ed. Australia: ACER Press, pp 244-262.
- Mares S, Torres M (2014). Young foster children and their carers: An approach to assessing relationships. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 19:367-383.
- McCubbin HI, McCubbin MA, Patterson JM *et al* (1983). CHIP Coping Health Inventory for Parents: An assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child. *Journal of Marriage and Family* 45:359-370.
- McManus B, Nugent JK (2012). A neurobehavioral intervention incorporated into a state early intervention program is associated with higher perceived quality of care among parents of high-risk newborns: A comparative effectiveness analysis. *Journal of Behavioural Health Services and Research* 1-8.
- Nugent JK, Keefer CH, Minear S *et al* (2007). Understanding Newborn Behavior and Early Relationships. The Newborn Behavioral Observations (NBO) System Handbook. Baltimore: Brookes Publishing.
- Miron D, Lewis ML, Zeanah CH (2009). Clinical use of observational procedures in early childhood relationship assessment. In Zeanah CH (ed) *Handbook of Infant Mental Health*, 3rd ed. New York: Guilford Press, pp252-265
- Newman L, Mares S (2007). Recent advances in the theories of and interventions with attachment disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20:343-348.
- Nugent JK (2015). The Newborn Behavioral Observations system (NBO) as a form of intervention and support for new parents. *Zero to Three*, September 2015.
- Quinn N, Mageo JM (eds) (2013). *Attachment Reconsidered. Cultural Perspectives on a Western Theory*. Palgrave MacMillan.
- Reder P, Duncan S, Lucey C (2003). What principles guide parenting assessments? In P Reder, S Duncan & C Lucey (eds) *Studies in the Assessment of Parenting*. New York: Brunner-Routledge, pp3–26.

- Rescorla LA, Achenbach TN, Ivanova MY *et al* (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40:456-467.
- Shah PE, Strathearn L (2014). Similarities and differences between the ABC+D model and the DMM classification systems for attachment. *The Routledge Handbook of Attachment: Theory*, 73-88.
- Sharp WG, Volkert VM, Scahill L *et al* (2017). A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders: How standard is the standard of care? *The Journal of Pediatrics* 181:116-124.
- Slade A (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7:269-281.
- Slade A, Greinenberger J, Bernbach E *et al* (2005). Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7:283-298.
- Sparrow SS, Balla D, Cicchetti D (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Squires J, Bricker D, Twombly E (2003). *Ages and Stages Questionnaire: Social-Emotional (ASQ-SE)*. Paul H Brookes Publishing Co.
- Squires J, Bricker D (1999). *Ages and Stages Questionnaire (ASQ- 3)*. Paul H Brookes Publishing Co.
- Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA *et al* (2005). *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York: The Guildford Press.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:1504-1512.
- Töreki A, Andó B, Dudas RB *et al* (2014). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in a clinical sample in Hungary. *Midwifery* 30:911-918.
- Vreeswijk CM, Maas AJ & van Bakel H J (2012). Parental representations: A systematic review of the working model of the child interview. *Infant Mental Health Journal* 33:314-328
- Wechsler D (2002). *WPPSI-III Administration and Scoring Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- World Health Organization. *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children. A review*. World Health Organization 2004
- Winnicott D W (1987). The ordinary devoted mother. In C Winnicott, R Shepherd, M Davis (eds) *Babies and their Mothers*. Reading, MA: Addison-Wesley, pp3-14.
- Zeanah CH (ed) (2009). *Handbook of Infant Mental Health*. Guilford Press.
- Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:165-178.
- Zeanah CH, Berlin LJ, Boris NW (2011). Practitioner review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:819-833.
- Zeanah CH, Lieberman A (2016). Defining relational pathology in early childhood: The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC: 0-5 Approach. *Infant Mental Health Journal* 37:509-520.
- Zeanah CH, Zeanah PD (2001). Towards a definition of infant mental health. *Zero to Three* 22:13-20.
- Zero to Three (2016). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: DC: 0-5*. Washington, DC: Zero to Three



“Women and Children Gathering
Bush Tucker” (2009) Katrina
Williams.

A pintura mostra como as mulheres aborígenes australianas são apoiadas durante a gravidez por seus parentes e serviços de saúde da comunidade, com foco em uma dieta saudável

Apêndice A.4.1

EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO AUTODIRIGIDOS

- Liste os marcos / conquistas importantes no desenvolvimento emocional de crianças até 4 anos de idade.
- Considere cada uma dessas vinhetas sobre a avaliação das interações pais-bebê:

Uma mãe, em tratamento para psicose pós-parto, disse estar orgulhosa por conseguir amamentar seu bebê e que estava indo bem. Quando o bebê gemeu, ela o pegou e posicionou bem para amamentar, mas não abriu a blusa ou deu o seio ao bebê, apenas segurou-o contra a blusa, onde o bebê tentava, em vão, pegar o seio. A mãe pareceu ignorar a sua luta do bebê até que ele chorou alto. E ela não abriu a blusa, até o médico sugerir.

Faça anotações sobre o impacto potencial da doença mental da mãe em sua interação e relacionamento com o bebê:

- Como pode ser para a criança?
- Como você lidaria com isso durante a avaliação?

Um menino de dois anos caiu da cadeira durante a avaliação e bateu forte a cabeça. Sua mãe o descreveu como “independente”. Em vez de chorar ou procurar a mãe, ele foi até a janela e olhou para fora. Foi surpreendente para o entrevistador que o menino não demonstrou angústia ou procurou o conforto dos pais.

Por favor, faça anotações sobre o que o jovem menino aprendeu sobre como lidar com sua angústia/frustração

- Como a teoria do vínculo pode ajudá-lo a entender isso?
- Sua “independência” levanta alguma preocupação com seu desenvolvimento?

Um menino de cinco anos é levado pela sua mãe a uma consulta com um psicólogo na atenção primária. Ele foi encaminhado pelo professor, pois não era capaz de realizar as atividades propostas em sala de aula. Ele era sempre quieto e sozinho, recusando convites de brincar com os colegas. A mãe não entendia o comportamento dele. Na segunda consulta, o psicólogo convidou o menino para brincar, oferecendo-lhe alguns brinquedos. O menino só brincou quando a mãe entrou na sala e o instruiu verbalmente para brincar. Depois disso, o psicólogo perguntou mais sobre seus hábitos e notou que ele não estava autorizado a fazer qualquer coisa que a mãe não tivesse planejado.

Esse garoto de 5 anos de idade parece ter comportamento restrito e excessivamente complacente, inclusive com colegas:

- Quais são os prós e os contras disso para uma criança?
- Isso precisa ser tratado terapeuticamente? Como você conduziria?

- Observe uma criança com menos de 3 anos em um ambiente de lazer (por exemplo, em um parque, creche ou grupo de recreação - com a permissão dos pais ou responsável) e escreva um resumo de uma página de suas observações:
 - *O que você percebe sobre como a criança se relaciona com o (s) cuidador (es)?*
 - *Como a criança informa ao cuidador que ele é necessário?*
 - *Se a criança está machucada, o cuidador fica angustiado/preocupado?*
 - *A criança deixará que outros a consolem?*
 - *Como o cuidador responde às comunicações da criança?*
- Considere as interações que você observou no contexto do que você sabe sobre tipos de vínculo e sobre a idade de desenvolvimento da criança. Que informações essa interação fornece sobre a relação de vínculo entre a criança e o cuidador?
- Entreviste uma família com uma criança pequena ou pré-escolar descrita como tendo "problemas comportamentais".
 - *Resuma suas descobertas em uma breve nota. Preste atenção especial aos primeiros vínculos, relacionamentos e história de desenvolvimento dessa criança e família. Considere como essas experiências podem ter moldado e influenciado o comportamento da criança.*
 - *Após a avaliação, como você descreveria para a família e os professores da creche sobre as possíveis razões para os problemas comportamentais? Que sugestões você daria para apoiar pais e professores? Escreva isso brevemente.*
- Identifique e anote os fatores de risco e proteção para essa criança. Quais são as possíveis consequências a longo prazo de suas experiências (para obter ajuda, consulte a história de Tammy na página 9).

Os pais de Rajni usavam drogas e álcool regularmente após o nascimento e, possivelmente, também durante a gravidez. Ela foi negligenciada, abusada fisicamente e houve considerável violência entre os pais. Ela foi retirada dos pais aos 11 meses de idade, após uma fratura inexplicada na perna. Naquela época, seus marcos do desenvolvimento estavam um pouco atrasados e ela era pequena para sua idade. Ela foi colocada com um parente mais velho que cuidava bem dela e seu crescimento e desenvolvimento melhoraram.

Quando ela tinha 2 anos e meio, seu cuidador desenvolveu câncer e Rajni foi devolvida aos pais. Outro período de negligência e exposição à violência se seguiu.

Rajni foi novamente colocada com uma família adotiva quando ela tinha 3 anos e meio. Eles relataram birras frequentes, machucava-se e batia a cabeça. Ela acumulava e roubava comida e era socialmente discriminada, apegando-se a estranhos, subindo em seus colos e segurando suas mãos e ela mudava de assunto quando era repreendida e se tinha barulho alto, ela brigava e gritava.
- Observe um *Strange Situation Procedure* - se não for possível observá-lo ao vivo, assista a este pequeno clipe.
 - *Tente se colocar na posição da criança e imagine como seriam essas experiências*
 - *Considere o que você observa sob perspectiva da teoria dos vínculos. Faça anotações sobre o que você observou.*

Apêndice A.4.2

Questionário de Autoavaliação

MCQ A.4.1 Quais dos seguintes padrões de vínculo são considerados organizados na classificação ABC + D?

- A. Evasivo / inseguro
- B. Seguro
- C. Ambivalente / inseguro
- D. Desorientado
- E. Todas as alternativas acima

MCQ A.4.2 Quem originalmente desenvolveu os conceitos-chave da Teoria do Apego?

- A. Mary Main
- B. John Bowlby
- C. Donald Winnicott
- D. Mary Ainsworth
- E. Sigmund Freud

MCQ A.4.3 Qual é o protocolo clínico e diagnóstico universalmente aceito para avaliar o vínculo em crianças pequenas nas situações clínicas?

- A. Não existe
- B. O *Strange Situation Procedure*
- C. A *Macarthur Story Stem Battery*
- D. O *Modified Crowell Procedure*
- E. A entrevista clínica

MCQ A.4.4 O(s) principal(is) marco(s) do desenvolvimento nos primeiros quatro anos de inclui(em):

- A. Linguagem
- B. Desenvolvimento de vínculos
- C. Mobilidade
- D. Jogo simbólico
- E. Todas as alternativas acima

MCQ A.4.5 Idealmente, uma avaliação focada no vínculo pais-bebês, não incluiria:

- A. Observação do comportamento da criança, particularmente no contexto de suas relações criança-cuidador
- B. Exclusão do bebê do processo de avaliação
- C. Uma história dos vínculos da criança
- D. Consideração do contexto desenvolvimento da criança
- E. Avaliação do risco

MCQ A.4.6 A experiência de uma pessoa enquanto filho/filha influencia no seu comportamento ao se tornar pai/mãe.

- A. Verdade
- B. Falso

MCQ A.4.7 É essencial observar as interações entre crianças e cuidadores, incluindo a observação de rotinas diárias, como alimentação, mudança e acomodação, para entender a qualidade do relacionamento.

- A. Verdadeiro
- B. Falso. Os pais podem relatar tudo
- C. Somente durante a amamentação
- D. Somente nos momentos de dificuldade/angústia
- E. Observar a interação e brincar durante a avaliação pode ser útil

MCQ A.4.8 Qual das seguintes experiências apresenta o maior risco no desenvolvimento para uma criança?

- A. Discussões episódicos entre pais
- B. Ficar com um avô/avó durante a noite
- C. Negligência crônica
- D. Os pais esquecerem de pegar a criança na creche
- E. Ter um irmão fisicamente doente

RESPOSTAS

MCQ A.4.1 A, B, C (Observe que os bebês podem parecer desorientados durante o Procedimento de Situação Estranha, mas isso não é considerado um tipo de vínculo. Consulte a página 4 e o capítulo A.2)

MCQ A.4.2 B

MCQ A.4.3 A

MCQ A.4.4 E

MCQ A.4.5 B

MCQ A.4.6 A

MCQ A.4.7 A, E

MCQ A.4.8 C