

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO
DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM**

TAHENA SILVA FERREIRA

SÍNDROME DE DOWN: INFLUÊNCIAS NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

**Bauru
2017**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO
DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM**

TAHENA SILVA FERREIRA

SÍNDROME DE DOWN: INFLUÊNCIAS NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Bauru, como requisito à obtenção de título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem sob orientação da Prof^a. Dr^a. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

**Bauru
2017**

Ferreira, Tahena Silva.

Síndrome de Down: As influências na interação mãe-bebê / Tahena Silva Ferreira, 2017
89 f.

Orientadora: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2017.

1. Síndrome de Down. 2. Interação mãe-bebê. 3. Responsividade materna. 4. Bidirecionalidade. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE TAHENA SILVA FERREIRA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 13 dias do mês de julho do ano de 2017, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro do prédio da pós-graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/ Campus de Bauru, Profa. Dra. VERONICA APARECIDA PEREIRA do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências Humanas / Universidade Federal da Grande Dourados, Profa. Dra. LIGIA EBNER MELCHIORI do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de TAHENA SILVA FERREIRA, intitulada **SÍNDROME DE DOWN: INFLUÊNCIAS NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: Aprovada. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES

Profa. Dra. VERONICA APARECIDA PEREIRA

Profa. Dra. LIGIA EBNER MELCHIORI

AGRADECIMENTOS

À Deus, por guiar meus passos com tanto cuidado, amor e proteção.

À minha família: pai, mãe, irmãs, sobrinhos e meus anjos de quatro patas. Vocês, cada um com suas peculiaridades, me ensinam a evoluir e tentar me tornar um ser humano melhor!

À minha vó Lourdes, que me espera no céu ao lado da Mili, sem o exemplo de amor e dedicação de vocês, não seria capaz alcançar objetivos, que até então, eram inimagináveis para mim, essa dissertação é um bom exemplo disso.

À minha orientadora, Prof^a Olga, que mesmo não me conhecendo acreditou no meu potencial, abraçou meu projeto e andou comigo, me apoiando e incentivando. Obrigada por ser esse ser humano de potencial e coração imensuráveis e pelo carinho e paciência diante de minhas limitações.

Às professoras Verônica A. Pereira e Lígia E. Melchiori pelo carinho e tamanha dedicação para com meu projeto. Vocês transformaram o meu saber e enriqueceram minha jornada! Obrigada por compartilharem comigo seus ensinamentos.

À FAPESP, pelo apoio e incentivo financeiro, que me permitiu buscar os dados e trabalhá-los com dedicação integral.

Ao Ambulatório da Síndrome de Down, a APAE e o Colégio Nilza Tartuce em Curitiba, que não mediram esforços para me receber e me auxiliar no processo de coleta de dados.

Às mães e seus bebês, que se dispuseram a participar desse projeto, contribuindo para meu desenvolvimento não apenas profissional, mas também pessoal, vocês são pessoas incríveis e inesquecíveis!

Aos amigos que ganhei nesse processo, Mariana Galli, Bárbara Campos, Taís Chiodelli, Taís Crema Remoli, Mariana de Freitas P. Pederro, Alessandra Falcão, Ana Paula de Oliveira, Heloísa Cambuí e tantos outros, meu muito obrigada!! Vocês foram essenciais nessa jornada, tornando meus dias leves e de sorriso fácil.

Esse trabalho é apoiado pela FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, mediante a concessão de bolsa de mestrado, com período de vigência de setembro de 2015 a agosto de 2017 (processo nº 2015/11205-8).



FERREIRA, T. S. **Síndrome de Down: Influências na interação mãe-bebê**. 2017. 89f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2017.

RESUMO

A literatura aponta que uma interação satisfatória entre mãe e filho pode ser considerada um preditor do bom desenvolvimento infantil, pois, pode atenuar os efeitos dos fatores de risco. A chegada de um bebê que apresente algum tipo de deficiência, pode se configurar em um momento de tensão para essa mãe, pois requer adaptações e apresenta desafios ainda mais intensos. Dentre as inúmeras condições que podem afetar a infância, a Síndrome de Down (SD) destaca-se por provocar alterações globais no desenvolvimento e ter uma alta incidência na população mundial e nacional. O presente trabalho objetivou descrever, comparar e correlacionar os comportamentos interativos e não-interativos infantis e maternos, considerando os grupos de mães e bebês com e sem SD, com base em grandes categorias e subcategorias comportamentais. Participaram do estudo, 50 díades mãe-bebê com idade entre quatro e seis meses, divididas em dois grupos: 25 mães e seus bebês com SD e 25 mães e seus bebês sem SD. Foi utilizado um Instrumento para Coleta de Informações Sociodemográficas (ICIS) elaborado para este estudo e para análise da interação mãe-bebê foi utilizado o Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado (CITMI-R), versão brasileira, adaptado de Alvarenga e Cerezzo (2013). O instrumento prevê categorias gerais, referentes aos comportamentos infantis (interativos: Aproximação Social Positiva, Negativa e Neutra e, não-interativos: Jogo, Regulação, Choro ou Protesto, Apatia e Movimentos de Protesto) e, referentes ao comportamento materno (interativos: Sensível Positivo, Negativo e Neutro e, não-interativos: Protetivo e não responsivo). Os resultados apontaram que embora o grupo de mães de bebês sem SD tenha apresentado maior variabilidade comportamental, os grupos não apresentaram diferenças qualitativas significativas nos comportamentos analisados. Em relação aos comportamentos infantis, ainda que tenham sido observadas diferenças, elas não foram estatisticamente significativas entre os grupos. Considerando os comportamentos maternos, as diferenças estatísticas demonstraram que as mães do G1 são mais Sensíveis Positivas (utilizaram mais sorrisos, vocalizações com conteúdo positivo e brincuedos), enquanto as mães do G2 são mais Sensíveis Neutras e Negativas (utilizaram mais vocalizações com conteúdo neutro, interromperam mais o fluxo de atividade de seus filhos com toques bruscos e olharam mais para outros locais da sala). Verificou-se ainda que o comportamento positivo emitido por um dos integrantes da díade criou condições favoráveis para que o outro integrante apresentasse comportamentos dessa mesma ordem. Concluiu-se que a similaridade dos comportamentos infantis apresentados pelos grupos possa ter ocorrido em função da adaptação materna frente as dificuldades dos bebês com SD, visto que, na presente amostra, todas as mães contavam com uma rede de apoio ofertada pelas instituições nas quais seus filhos eram assistidos. Diante disso, as limitações do presente estudo estiveram se referem a faixa etária específica dos bebês que compuseram a amostra (quatro a seis meses) e a atenção especializada dirigida às mães de bebês com SD. Por fim, é reconhecida a necessidade de novos estudos, especialmente longitudinais, com a ampliação da amostra e que considerem variáveis como: contato visual, sorriso, saúde mental materna e rede de apoio.

Palavras-chave: Interação mãe-bebê; Síndrome de Down; Responsividade materna; Bidirecionalidade.

FERREIRA, T. S. **Down Syndrome: Influences on mother-baby interaction.** 2017. 89f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2017.

ABSTRACT

The literature indicates that a satisfactory interaction between mother and child can be considered a predictor of child development and may attenuate the risk factors. The arrival of a baby that presents some type of disability, can be configured in a moment of tension for this mother, because it requires adaptations and presents even more intense challenges. Among the many conditions that can affect childhood, Down Syndrome (DS) stands out because it causes global changes in development and presents a high incidence in the world and national population. The present work aimed to describe, compare and correlate the interactive and non-interactive infant and maternal behaviors, considering the groups of mothers and babies with and without SD, based on behavioral categories and subcategories. Participated in the study, 50 mothers and their infants between four and six months of age, divided into two groups: 25 mothers and their babies with SD and 25 mothers and their babies without SD. An Instrument for Collecting Sociodemographic Information (ICIS), prepared for this study was used and for the analysis of the interaction, Early Mother-Child Interaction Coding System (CITMI-R), Brazilian version, adapted from Alvarenga and Cerezzo (2013). The instrument provides for general categories related to children's behaviors (interactive: Positive Social Approach, Negative and Neutral and noninteractive: Game, Regulation, Cry or Protest, Apathy and Protest Movements) and, referring to maternal behavior (interactive: Sensitive Positive, Negative and Neutral and non-interactive: Protective and non-responsive). The results showed that although the group of mothers of infants without SD had higher behavioral variability, the groups did not show marked qualitative differences in the behaviors analyzed. Regarding children's behaviors, although differences were observed, they were not statistically significant between the groups. Concerning maternal behaviors, statistical differences showed that G1 mothers are more Sensitive Positives (they used more smiles, positive containing vocalizations and toys), while G2 mothers are more Neutral and Negative Sensitive (they used more neutral vocalizations, they interrupted more the activity flow of their children with abrupt touches and looked more to other places in the room). It was also verified that positive behaviors emitted by one of the members of the dyad created favorable conditions for the other member to present behaviors of the same order. It was concluded that the similarity of the children's behaviors presented by the groups may have occurred due to the maternal adaptation to the difficulties of the infants with DS, since in the present sample all mothers had a support network offered by the institutions in which their children were assisted. Therefore, the limitations of the present study were related to the specific age range of the babies composing the sample (four to six months) and the specialized attention directed to the mothers of infants with DS. Finally, the need for further studies, especially longitudinal ones, with the widening of the sample and considering variables such as: eye contact, smile, maternal mental health and support network is recognized.

Key-words: Mother-baby interaction; Down's Syndrome; Maternal responsiveness; Bidirectionality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estatísticas descritivas (frequência absoluta e relativa) das variáveis sociodemográficas da amostra total de bebês e mães, separados por grupos.....	33
Tabela 2: Categorias e descrições baseadas no protocolo CITMI-R dos comportamentos infantis, adaptadas para este estudo.....	37
Tabela 3: Categorias e descrições dos comportamentos específicos infantis, baseados nas grandes categorias comportamentais propostas no protocolo CITMI-R.....	38
Tabela 4: Categorias e descrições do CITMI-R dos comportamentos maternos, adaptadas para este estudo	39
Tabela 5: Categorias e descrições dos comportamentos específicos maternos, baseados nas grandes categorias comportamentais propostas no CITMI-R	40
Tabela 6. Comparação das grandes categorias dos comportamentos interativos e não interativos infantis de G1 e G2.....	42
Tabela 7: Comparação das categorias específicas dos comportamentos interativos positivos, neutros, negativos e não-interativos infantis e G1 e G2.....	43
Tabela 8. Comparação das grandes categorias dos comportamentos interativos e não interativos maternos de G1 e G2	44
Tabela 9. Comparação das categorias específicas dos comportamentos interativos positivos, neutros e negativos maternos de G1 e G2	45
Tabela 10: Correlação das grandes categorias comportamentais interativas e não-interativas infantis e maternas de G1	46
Tabela 11: Correlação das grandes categorias comportamentais interativas e não-interativas infantis e maternas de G2	47

Tabela 12: Correlação das categorias comportamentais interativas específicas positivas infantis e categorias comportamentais específicas interativas positivas, neutras e não-interativas maternas de G1	49
Tabela 13: Correlação das categorias comportamentais interativas específicas positivas infantis e categorias comportamentais específicas interativas positivas, negativas e não-interativas maternas de G2	52
Tabela 14: Correlação das categorias comportamentais específicas interativas neutras infantis e categorias comportamentais específicas interativas positivas, neutras e não-interativas maternas de G1 ..	54
Tabela 15: Correlação das categorias comportamentais específicas interativas neutras infantis e categorias comportamentais específicas interativas positivas, neutras, negativos e não-interativas maternas de G2	56
Tabela 16: Correlação das categorias comportamentais específicas interativas negativas e não-interativas infantis e categorias comportamentais interativas específicas positivas, neutras e não-interativas maternas de G1	58
Tabela 17. Correlação das categorias comportamentais específicas interativas negativas e não-interativas infantis e categorias comportamentais interativas específicas positivas, neutras e não-interativas maternas de G2	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHILDES – *Child Language Data Exchange System*

CITMI-R - *Codificación de La Interacción Temprana Materno Infantil* - versão revisada

DAS – *Dyadic Adjustment Scale* – versão traduzida

EDPE – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

ESI – Escala de Stress Infantil

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

G1 – Grupo de mães de bebês com Síndrome de Down

G2 – Grupo de mães de bebês sem Síndrome de Down

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICIS - Instrumento para Coleta de Informações Sociodemográficas

ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp

QRS-F – Questionário de recursos e Stress na forma resumida - versão traduzida

SD - Síndrome de Down

SSP – *Strange Situation Procedure*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
INTRODUÇÃO.....	17
OBJETIVOS.....	37
Objetivo Geral.....	37
Objetivos Específicos	37
MÉTODO	37
Participantes.....	38
Local	40
Material.....	40
Procedimentos.....	47
RESULTADOS	48
DISCUSSÃO.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	86
APÊNDICE	87

APRESENTAÇÃO

O estudo do desenvolvimento humano no âmbito da Psicologia é amplo e complexo por envolver mudanças físicas, sociais, cognitivas e, conseqüentemente, comportamentais. Essas alterações evoluem gradativamente, pois ocorrem durante todo o ciclo vital. Desta forma, compreender que fatores biológicos e psicossociais influenciam essas mudanças, e como eles operam, torna-se um dos objetivos dessa ciência (BECKER et al., 2013).

Diante disso, a identificação de variáveis que se configuram em fatores de risco ou proteção ao desenvolvimento humano, mais especificamente aos comportamentos maternos em relação à criança e como ela responde diante dessas interações, pode contribuir para intervenções em desenvolvimento infantil. A família pode ser considerada o primeiro contexto social da criança, por isso, a boa saúde mental e as habilidades maternas e paternas serão fundamentais para promoção de uma interação satisfatória com o bebê, configurando-se em fator protetivo para seu desenvolvimento e facilitando a aprendizagem de novos comportamentos (RAPOPORT; DA SILVA, 2014).

Consideram-se fatores de risco aquelas variáveis ou condições que aumentam a probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis no desenvolvimento da criança. Tais condições podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo. Dentre os fatores de risco, estão: o biológico, que se refere a eventos de natureza física, pré, peri e pós-natal, sendo relacionados à desordens médicas, especialmente de origem genética (como a Síndrome de Down) e o risco ambiental, que envolve a interação com o ambiente, como por exemplo: falta de recursos sociais, baixa escolaridade dos pais, conflitos, morte, doenças crônicas, problemas de saúde mental do cuidador, hospitalização, divórcio dos pais e maus tratos físicos e psicológicos (PORTES et al., 2013).

Os fatores protetivos são entendidos como as variáveis ou as condições que minimizam os fatores de risco, modificando ou melhorando a resposta do indivíduo frente a ambientes hostis e aumentando sua probabilidade adaptativa. São fatores de proteção as características individuais da criança (estágio de desenvolvimento, temperamento, condições de saúde, exploração do meio e habilidade de resolução de problemas etc.), as características familiares (afetividade, proporcionar a criança tudo aquilo que seja essencial para o seu desenvolvimento sadio, práticas educativas positivas, entre outras) e as características ambientais, como o apoio da escola e um bom serviço de saúde, por exemplo. A principal característica dos fatores protetivos é a modificação do comportamento frente às situações de risco, ou seja, como

diferentes indivíduos, submetidos às mesmas condições adversas, alcançam resultados desenvolvimentais diferentes (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2013).

O nascimento de uma criança é permeado tanto de expectativas e comemorações quanto de dúvidas e ansiedade em relação à saúde e seu futuro. Além disso, exige uma reestruturação de papéis, especialmente dos pais, para o recebimento desse novo membro da família. Tornar-se progenitor impactará, também, nas relações de trabalho, com amigos, irmãos, pais e mães. Tais sentimentos se intensificam quando os pais são informados que tiveram uma criança com algum tipo de deficiência. As tradicionais preocupações que os genitores têm com relação ao sucesso, a aceitação social e a independência dos filhos podem ser intensificadas no momento da descoberta da deficiência, podendo gerar uma forte desestruturação na dinâmica e na estrutura familiar (HENN; PICCININI; GARCIAS, 2008; POLIDORI et al., 2011; GRISANTE; AIELLO, 2012).

A chegada de um bebê com desenvolvimento atípico é um acontecimento ímpar na vida dos genitores, acarretando mudanças, adaptações e desafios. A qualidade de vida nesse núcleo familiar será imprescindível para o desenvolvimento de todos, por ser a base das relações sociais atuais e futuras de seus membros (PEREIRA-SILVA; ALMEIDA, 2014). A literatura aponta que a família, especialmente os pais, podem experienciar, em alguma medida, sentimentos e reações frente ao diagnóstico do filho, a saber: choque, medo, culpa, revolta, negação, raiva, rejeição, tristeza, entre outros. Muitos deles também se sentem frustrados e despreparados em relação aos cuidados que a criança com deficiência requer, incluindo a deficiência intelectual (HENN; PICCININI; GARCIAS, 2008; GOITEIN; CIA, 2011; HENN; PICCININI, 2010; BASTOS; DESLANDES, 2008).

É nesse contexto, que o nascimento de um bebê com Síndrome de Down (SD) irá exigir um processo de adaptação mais intenso por parte dos pais, devido ao atraso no desenvolvimento global que essa criança apresenta. A Síndrome de Down é uma condição genética, causada em 95% dos casos por anomalia cromossômica derivada da presença de três cromossomos 21 (e não dois, como no desenvolvimento típico). Além da trissomia do 21, há a translocação, verificada em 4% dos casos, é considerada uma alteração cromossômica estrutural e o mosaïcismo, representa 1% dos diagnósticos e ocorre quando as células trissômicas aparecem ao lado das células normais (SOARES et al., 2016).

Essas alterações cromossômicas resultam num fenótipo específico, caracterizado por mãos pequenas e dedos curtos, pés com espaçamento entre o primeiro e o segundo dedo, prega palmar única, hipotonia muscular, nariz pequeno, face com perfil achatado, pregas epicânticas (uma prega formada no canto interior dos olhos), manchas de Brushfield (na íris), orelhas

pequenas e lóbulos praticamente inexistentes, excesso de pele na nuca, boca pequena e falta de tônus muscular, língua geográfica, dentes pequenos e com formas anormais, pele com aspecto manchado e tendência a ressecar com o passar dos anos, cabelo fino e ralo, atraso no crescimento. A cabeça também pode apresentar tamanhos menores do que os considerados normais. Todavia, é importante ressaltar que raramente todas as características apresentadas são evidentes na mesma criança (KOCH; SILVA, 2016). Essa população também apresenta manifestações clínicas que derivam de problemas associados ao atraso no desenvolvimento, como cardiopatias congênitas (40%), hipotonia (100%), problemas auditivos (50–70%), visuais (15–50%), distúrbios da tireoide (15%), problemas neurológicos (5–10%), gastrointestinais, imunológicos, respiratórios, fonoarticulatórios, distúrbio de sono, obesidade e envelhecimento precoce (STÉDILE; HARTMANN; SILVA, 2012). Além das características fenotípicas e clínicas, a criança com SD, de modo geral, apresenta um atraso no seu desenvolvimento global, isto é, tanto as funções neuropsicomotoras quanto as cognitivas são prejudicadas, caracterizando uma deficiência, principalmente intelectual, e limitando comportamentos adaptativos expressos por meio de habilidades práticas, conceituais e sociais (VITAL et al., 2015). Diante das alterações provenientes da chegada de um bebê com Síndrome de Down, especialmente as manifestações clínicas, as mães podem assumir uma posição de superproteção em relação aos seus filhos e, com isso, influenciar **negativamente** o desenvolvimento dos repertórios de independência e autonomia da criança (DA SILVA et al., 2017).

Porém, essa relação entre mãe e filho começa muito antes do diagnóstico. Há evidências de que o comportamento do bebê é afetado pelo comportamento materno desde sua gestação (KLAUS; KLAUS, 2001) e essa interação aumenta após seu nascimento. O bebê ao nascer depende de um cuidador que lhe ofereça os recursos necessários nutricionais, de higiene, emocionais e sociais para sua sobrevivência. A atenção oferecida por uma figura constante, geralmente a mãe, que responda de forma contingente as demandas da criança, favorecerá um desenvolvimento físico, cognitivo e emocional seguro e saudável (DO ESPIRITO SANTO; ARAÚJO, 2016).

Para que essa figura constante favoreça um desenvolvimento infantil saudável é fundamental que ela seja responsiva diante das demandas propostas pela criança. A responsividade materna pode ser entendida como o conjunto de comportamentos maternos contingentes, apropriados e que respondem diretamente as demandas da criança. Esse fenômeno deve ser compreendido como um processo de natureza bidirecional, evidenciando duas dimensões essenciais: a sensibilidade e a contingência materna frente aos sinais emitidos pela criança (FERREIRA; LIMA, 2012). Além disso, ela é essencial para o desenvolvimento

de competências de linguagem, cognitivas, emocionais e comportamentais da criança. A resposta contingente da mãe dá a criança a sensação de que seu comportamento gera modificações no ambiente, o que reforça a apresentação e a aprendizagem de novos comportamentos. A responsividade materna ainda propicia a criança uma vinculação segura, um suporte emocional, estimula a manutenção em tarefas, a aquisição da linguagem e a capacidade de auto regulação.

Nesse sentido, a compreensão das variáveis que influenciam a qualidade da interação entre mãe e filho torna-se relevante na medida em que pode se configurar num fator de risco ou proteção. A literatura tem apontado diversos estudos relacionados à SD, devido sua alta incidência na população nacional e mundial. Todavia, ainda se verificam lacunas nos estudos desenvolvidos, especialmente em idades mais precoces do desenvolvimento e que sistematizem os comportamentos maternos e infantis que influenciem essa troca diádica. Sendo assim, compreender os comportamentos específicos que contribuem para um fluxo comportamental fluido e satisfatório entre mãe e filho pode fornecer pistas para intervenções com essa população.

Este trabalho pretendeu descrever, comparar e correlacionar os comportamentos interativos e não-interativos infantis e maternos, considerando os grupos de mães e bebê com e sem SD, com base em grandes categorias e subcategorias comportamentais.

Introdução

A sociedade contemporânea tem vivenciado, especialmente no último século, grandes mudanças na economia, na política, na sociedade e, até mesmo, na demografia. Tais alterações têm sido impulsionadas por fenômenos como a urbanização, a globalização, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a redução do número de filhos nas famílias, o aumento da expectativa de vida, entre outros. Esta realidade tem impactado de forma significativa na organização e composição familiar o que conseqüentemente afeta a qualidade da interação e os cuidados que os pais têm com seus filhos (ROOKE, 2014).

A maternidade é considerada uma condição inerente à mulher, contudo, ela requer a aprendizagem de habilidades e competências em contextos sociais que, por vezes, podem ser desfavoráveis ou mesmo considerados de risco (PEREIRA et al., 2014). São condições favoráveis a aquisição de tais habilidades: a gravidez planejada, recursos sociais que possam garantir a assistência e permanência da mãe junto ao seu bebê durante seus primeiros meses de vida, acompanhamento pré-natal, redes de apoio familiar e assistência à saúde durante e após o nascimento da criança. Tais fatores contribuem para a compreensão e a organização de uma nova dinâmica familiar (PICCININI; OURIQUE; LOPES, 2012; LOPES; PROCHNOW; PICCININI, 2010; SOUZA et al., 2010; SOUZA et al., 2011; COUTO; PRAÇA, 2012; MARCACINEL; ORATILL; ABRÃO, 2012).

Ainda na gestação os pais fazem planos relacionados ao que consideram como “o filho ideal”, ponderam sobre as características fisionômicas, psicológicas e, até mesmo, as comportamentais de sua preferência. Nesse sentido, o nascimento de um bebê, embora seja um evento culturalmente associado a sentimentos positivos pode gerar, também, momentos de muito estresse (CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Essa tensão pode ser agravada com a chegada de uma criança que apresente algum tipo de deficiência, condição esta, que exerce um forte impacto no sistema familiar, por não se tratar de um evento normativo (PEREIRA-SILVA; OLIVEIRA; ROOKE, 2015). Ao saberem que seu filho não terá um desenvolvimento típico, as famílias experienciam além do estresse já mencionado, dificuldades de adaptação e diversas restrições, inclusive sociais (PEREIRA-SILVA; ALMEIDA, 2014).

A intensidade com que a deficiência se manifesta e as expectativas parentais podem influenciar diretamente no vínculo estabelecido entre a mãe e o seu bebê. Segundo Silveira e Bichara (2013), a família geralmente recebe informações parciais ou distorcidas, centradas principalmente no acometimento psicomotor da deficiência. As contingências iniciais, as quais

a mãe é exposta (de uma possível dependência total desse bebê) produzem respostas emocionais ambivalentes de amor/ódio e aceitação/rejeição, fazendo com que ela busque justificativas sobre ser mãe de um bebê com deficiência. As autoras ainda destacaram que somente após os primeiros meses de vida, quando o bebê já sinaliza suas habilidades sensoriais e cognitivas, é que a mãe começa a ser mais responsiva, mais carinhosa e a sentir-se mais feliz com a criança. Esse choque inicial é amenizado na medida em que a mãe percebe seu bebê mais ativo e capaz, o que contribui para que seja estabelecida uma relação contingente e afetiva entre a díade.

Um estudo realizado por Polidori et al. (2011) analisou as reações manifestadas por 21 familiares de crianças com deficiência no momento em que souberam do diagnóstico e, a importância da família para aceitação e favorecimento do desenvolvimento dessa criança. Os resultados apontaram que o nascimento de um filho “diferente do idealizado” causa surpresa, negação e/ou até mesmo, um processo de luto, culminando na aceitação ou rejeição do filho com deficiência. Todavia, passado o choque inicial, a família torna-se o elemento fundamental na aceitação e no desenvolvimento da criança, favorecendo o processo de enfrentamento das dificuldades, especialmente sociais, advindas com a deficiência.

De Sena Guerra et al. (2015) investigaram evidências do sofrimento emocional vivenciado por mães de bebês com filhos deficientes. Os resultados apresentaram sentimentos de ambiguidade nas narrativas maternas, tais como: abandono, tristeza, negação, culpa, auto piedade, desprezo por si mesma e frustrações. Em contrapartida, suas histórias revelaram um potencial de superação em que as mães foram capazes de se adaptar à experiência de cuidar de um filho com deficiência.

Não são poucas as mães que vivenciam tal experiência. A Organização Mundial de Saúde (OMS), com base em estimativas da população global, afirmou que no ano de 2010, em âmbito mundial, mais de um bilhão de pessoas conviviam com alguma deficiência. Entre estas, cerca de 200 milhões de pessoas apresentavam dificuldades funcionais significativas, representando 15% da população mundial. No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pelo censo demográfico, apontou que em 2010 aproximadamente 45,6 milhões de pessoas apresentavam pelo menos um tipo de dificuldade para se locomover, ver e/ou ouvir, ou tinham limitações severas. Em uma análise por sexo, revelou-se que a população feminina (26,5%; 25,8 milhões) era mais afetada por uma deficiência quando comparadas a população masculina, que apresentava um percentual de 21,2% ou 19,8 milhões de pessoas (DE SENA GUERRA et al., 2015).

Dentre as inúmeras condições que afetam a infância, a Síndrome de Down (SD) destaca-se por provocar alterações globais no processo de desenvolvimento humano. Representa ainda,

a alteração cromossômica mais comum em humanos, sendo a principal causa de deficiência intelectual na população mundial (KOCH; SILVA, 2016). Em acréscimo, Stédile, Hartmann e Silva (2012) apontam a alta incidência da SD na população mundial (cerca de 1 para cada 800 indivíduos nascidos vivos). Esse dado se aproxima com a realidade brasileira, onde segundo as diretrizes de atenção a pessoa com SD, é registrado o nascimento de uma criança portadora da síndrome a cada 600 a 800 nascimentos, independente de etnia, gênero ou classe social (BRASIL, 2012).

A Síndrome de Down é uma condição genética, compreendida como um tipo de cromossopatia que ocasiona um conjunto de manifestações físicas, clínicas e cognitivas específicas. A trissomia do 21 (presença de um cromossomo extra), ocorre em cerca de 95% dos casos de SD. Porém, esta síndrome também pode ser associada a outros dois grupos de anomalias genéticas: a translocação e o mosaicismo. A translocação se refere a presença de material cromossômico extra 21 em todas as células do corpo. No entanto, este material é ligado a outro par cromossômico que não o 21 (geralmente o 14), ocorrendo em cerca de quatro por cento dos casos de SD. Já no mosaicismo, ocorre uma variação do número de cromossomos 21 apenas em determinadas células, sendo as outras consideradas normais. Esse tipo de anomalia ocorre em cerca de um por cento dos casos de SD (FREIRE et al., 2014).

As pessoas acometidas por essa síndrome apresentam deficiência intelectual (de leve a moderado) e alguns problemas clínicos associados ao atraso no desenvolvimento, como cardiopatias congênitas (40%), hipotonia (100%), problemas auditivos (50–70%), de visão (15–50%), distúrbios da tireoide (15%), problemas neurológicos (5–10%), gastrointestinais, imunológicos, respiratórios, fonoarticulatórios, distúrbio de sono, obesidade e envelhecimento precoce (STÉDILE; HARTMANN; SILVA, 2012). Outros sinais também são considerados característicos na SD, a saber: baixa estatura, hiperflexibilidade nas articulações, mãos pequenas e largas com uma única prega palmar, face alargada e achatada, olhos distantes um do outro, nariz pequeno com base nasal achatada, baixa implantação das orelhas, língua projetada para fora da boca, palato ogival, genitais pouco desenvolvidos, excesso de pele na nuca e cabelo liso e ralo. Entretanto, nem todos os portadores da SD apresentam essas características, sendo a deficiência intelectual e a hipotonia as únicas características inerentes à essa população (KOCH; SILVA, 2016).

Pouco se sabe sobre as possíveis causas do nascimento de um bebê com SD, porém, a possibilidade do diagnóstico precoce, aponta para a relevância de estudos com essa população ainda nas fases iniciais do desenvolvimento. O diagnóstico da SD pode ocorrer ainda na fase intrauterina, por meio de ultrassonografia e exames mais precisos como amniocentese clássica,

que ocorre entre a 16ª e 20ª semana de gestação, ou cariótipo fetal por cultura de fibroblastos usando o tecido fetal (biópsia do vilocorial) entre a 10ª e a 12ª semanas (SOARES et al., 2016). Não ocorrendo o diagnóstico no período pré-natal, os médicos comumente são capazes de identificar a síndrome no nascimento da criança, haja vista que as expressões fenotípicas da SD, conforme já descritas, são bastante específicas e facilmente identificáveis. Os bebês com SD geralmente adiantam o nascimento entre sete a dez dias do previsto. O peso e o comprimento apresentado por esses bebês são levemente inferiores se comparados a bebês típicos e, seus reflexos também podem ser alterados em relação ao padrão apresentado por bebês sem a síndrome. O tônus muscular do bebê com SD é pobre e a coordenação motora é limitada, porém, há um relativo progresso nesses aspectos durante seu processo de desenvolvimento, bem como nas áreas cognitivas e sociais (FREIRE et al., 2014).

Sobre as dificuldades e percepções maternas, Freire et al. (2014) afirmaram que mães de recém natos com SD relataram que seus bebês eram bastante sonolentos, choravam pouco e dormiam muito. As dificuldades de sucção e deglutição desses bebês foram frequentes, assim como os episódios de regurgitação. Elas apontaram, ainda, que as vocalizações eram menos frequentes durante os primeiros meses, havendo um atraso na produção de sons, identificável desde a fase do balbúcio até a aquisição da linguagem de maneira geral.

Tantas alterações advindas com a deficiência podem influenciar os resultados desenvolvimentais do bebê e afetar o processo de interação com seus cuidadores. Nesse sentido, estudar o início dessa história é fundamental para compreender o desenvolvimento humano. Uma disciplina científica que pode auxiliar na compreensão dessa temática é a Psicologia do Desenvolvimento, que procura explorar, descrever e explicar os padrões de comportamento estáveis e mutáveis do indivíduo ao longo da vida, destacando as condições internas e externas que o afetam e promovem mudanças (BECKER et al., 2013).

O arcabouço teórico para o estudo da relação mãe-criança no campo da Psicologia do Desenvolvimento é que o Bowlby (1984) denominou como “Teoria do Apego”. Em linhas gerais, sua teoria teve como base a etologia e refere-se ao vínculo afetivo forte e duradouro estabelecido entre pessoas numa relação de intimidade. O apego é, assim, uma disposição para buscar a proximidade de contato com uma figura específica, que tem como base o estabelecimento do senso de segurança (BOWLBY, 2002). Ainsworth contribuiu para as pesquisas de Bowlby, com suas discussões sobre a qualidade do apego desenvolvido entre mãe e filho realizadas por meio das observações que fazia nas casas de crianças, inicialmente em Uganda e depois em Baltimore. No ano de 1978, Ainsworth desenvolveu a *situação estranha*, que consiste em uma série de episódios nos quais a mãe e a criança são reunidos e separados,

envolvendo em alguns deles, a presença de um outro adulto estranho à criança. Com esses estudos, a autora classificou os comportamentos dos bebês segundo o tipo de apego que eles desenvolviam com as mães: o Apego seguro, foi atribuído aos bebês que choram pouco, buscaram a interação com a mãe, suportaram bem a separação e preferiam a mãe à estranha; o Apego inseguro, referiu-se aos bebês que exploraram pouco o ambiente, ficaram desconfiados da estranha, separaram-se com dificuldades da mãe, não foram fáceis de serem acalmados e tenderam a buscar pouco o auxílio da mãe em momentos de dificuldade e o Apego evitante, foi atribuído aos bebês que evitaram o contato com a mãe, não iniciaram interações com ela e não demonstraram preferência nem pela mãe e nem pela estranha. Essa categorização tem como base a qualidade do responder materno diante das demandas do bebê, sendo seu comportamento interativo fundamental para a regulação emocional do bebê (RIBAS; SEIDL DE MOURA, 2004; MENEGATTI; PIANOVSKI; LÖHR, 2016).

O comportamento interativo materno é uma condição relacionada à saúde emocional e aos padrões culturais, entre outros aspectos, que influenciam o comportamento do bebê. O primeiro estudo sobre a relação mãe-bebê ocorreu no final da Segunda Guerra Mundial, realizado com bebês órfãos de mãe, por morte ou abandono. Foram constatados distúrbios infantis ocasionados pela ausência materna e, por consequência, da vinculação mãe-filho (SILVA; PORTO, 2016).

A interação mãe-bebê começa a ser construída ainda no período gestacional. A gravidez exige ou possibilita o desenvolvimento de um repertório comportamental específico da genitora, como a escolher o nome, a montar do enxoval, a preparar o espaço do bebê e, também, reclamar sobre as mudanças corporais frequentes, a presença de mal-estar físico, desconforto etc. Esses comportamentos que, algumas vezes, são considerados inadequados ou, até mesmo, contraditórios podem ser manifestos em diferentes ambientes e em múltiplas intensidades. Essa ambivalência, mesmo presente, não deve prejudicar o desenvolvimento do vínculo diádico. Tal vínculo é imprescindível para uma boa relação entre a mãe e seu bebê, minimizando os riscos de maus tratos, ou até mesmo, de abandono (PEREIRA et al., 2014).

Após o nascimento, a troca afetiva entre a mãe (ou cuidador) e a criança é, sem dúvida, uma das formas mais importantes para assegurar a sobrevivência física e emocional do bebê, pois, auxilia no desenvolvimento de seu repertório de segurança e conforto, estimula seu comportamento exploratório e desenvolve suas relações sociais (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010). Esse vínculo entre mãe e filho pode ainda, ser influenciado pela habilidade ou inabilidade materna em atender as necessidades físicas e emocionais do bebê. A habilidade materna em perceber, interpretar e responder às necessidades comunicativas do bebê é essencial

para construção de uma relação de mutualidade (SERVILHA; BUSSAB, 2015). A mãe deve estar apta a proporcionar amor, cuidado e proteção suficientes para que a criança desenvolva um repertório saudável de interação com o ambiente. Essa vinculação, contudo, não deve ser entendida como unilateral, já que a criança desempenha um importante papel de antecedentes e consequentes para a mãe, pois, seus comportamentos influenciam as respostas emocionais maternas sinalizando como ela deve se comportar (BOECKEL et al., 2011).

Alvarenga e Cerezo (2013) afirmam que essa relação não se restringe a infância, repercutindo, também, nas etapas posteriores do desenvolvimento, evidenciando a relevância em se investigar as variáveis envolvidas nesse fenômeno. Nas últimas quatro décadas, a literatura tem evidenciado a importância dos padrões de interação diádica para o desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida (FRALEY; ROISMAN; HALTIGAN, 2013; VANDELL et al., 2010).

Um dos elementos a ser considerado na investigação desses padrões de interação é o comportamento interativo materno que se refere a responsividade ou sensibilidade, intrusividade, diretividade e sincronia. A responsividade pode ser compreendida como atenção e percepção consistentes. É o modo como o adulto altera seu comportamento e o ambiente físico, emitindo respostas contingentes às demandas da criança. Esse comportamento materno é tido como um forte preditor de resultados no desenvolvimento infantil (CASSIANO; LINHARES, 2015; ALVARENGA; CEREZO, 2013). As autoras destacam, ainda, que a responsividade da mãe (ou do cuidador primário da criança), favorece interações sincrônicas e recompensadoras para a díade. Além disso, propicia à criança o conforto necessário em situações de risco e a segurança para exploração e a interação com o mundo. Em contrapartida, a passividade, a apatia, ou a baixa responsividade materna, bem como condutas intrusivas (que não levam em conta as necessidades, sinais e ritmo da criança) acarretariam em piores resultados desenvolvimentais.

Alvarenga, Malhado e Lins (2014), em seu estudo sobre responsividade materna, identificaram duas dimensões relevantes para compreensão do conceito: a qualitativa e a temporal. Na dimensão qualitativa o estudo é pautado nas características afetivas, como a proximidade, o afeto positivo e a intimidade entre a díade. Já a dimensão temporal se refere ao responder contingente materno, ou seja, o tempo de reação da mãe frente as demandas da criança. Quando a mãe se comporta com altos níveis de afeição, expressando emoções positivas, promove um repertório de comportamentos de regulação na criança, fazendo com que ela discrimine seus estados internos. Tais comportamentos podem ser observados quando o bebê, na ausência da mãe, ou de contato visual, interage consigo (chupa as mãos, leva os pés à boca)

ou com objetos (vocaliza com olhar dirigido a móveis e outros objetos presentes no ambiente, manipula partes da própria roupa etc.) (DAVIDOV; GRUSEC, 2006). Por outro lado, os comportamentos maternos contingentes, mas que ao mesmo tempo são intrusivos ou não estão relacionados a atividades de cuidados parentais, não podem ser considerados como responsivos, pois mesmo sendo contingentes as demandas do bebê, interrompem o fluxo de sua atividade (HENNING; STRIANO, 2011). Em acréscimo, Alvarenga, Malhado e Lins (2014) afirmam que a responsividade materna é difícil de ser avaliada por envolver tanto a adequação das respostas da mãe frente a comportamentos específicos da criança, quanto a fatores culturais e individuais.

A diretividade indica o uso de comportamentos verbais e não verbais para controlar ou dirigir o comportamento da criança (POTHARST et al., 2012). Os autores dividem o conceito em diretividade adaptativa, sinalizando a presença de suporte materno contingente a um pedido da criança ou quando ela apresenta sinais de dificuldade, sendo interrompido quando esse direcionamento não for mais necessário. A diretividade mal adaptativa ocorre quando as iniciativas e sinais da criança são ignorados.

A intrusividade materna se refere as respostas emitidas pela mãe sob controle de outras variáveis ambientais, diferentes das produzidas por seu filho, interferem diretamente nas necessidades, interesses e comportamentos do mesmo (ALVARENGA; PICCININI, 2009; FLORES et al., 2013). Uma mãe considerada intrusiva intervirá desnecessariamente (sem que seja emitido qualquer tipo de solicitação de seu filho), no comportamento da criança com o objetivo de dirigi-lo. A mãe pode, ainda, apresentar um contato físico ou afetivo considerado excessivo para com a criança, interferindo em como ela irá se comportar. A interrupção do fluxo comportamental do bebê feito pela mãe (intrusividade) pode ocorrer por meio de qualquer comportamento materno verbal ou não verbal que limite ou restrinja o comportamento da criança ou a exploração do ambiente (CASSIANO, 2013).

Na análise da interação, além de identificar os padrões comportamentais da mãe e do bebê, é importante verificar se os mesmos estão sincronizados. A sincronia, também essencial para a qualidade da interação mãe-bebê, é um padrão observável e mutuamente regulado, harmonioso e recíproco. Permite a observação da contingência de comportamentos ou estados afetivos entre a díade. Essa é uma característica considerada antecedente ao desenvolvimento da regulação, do uso de símbolos e da empatia em toda infância e adolescência (CASSIANO, 2013).

Filhos de mães sensíveis e responsivas, quando comparados a filhos de mães pouco responsivas, são mais saudáveis e apresentam um desenvolvimento superior. O padrão

comportamental apresentado pelos filhos de mães pouco responsivas é reflexo da instabilidade emocional da mãe e, possivelmente, ocasionará uma atitude negativa e pouco confiante da criança nas suas relações (PEARSON; EVANS; KOUNALI, 2013).

Cabe então, pensar na interação mãe-bebê como uma relação bidirecional, onde a reciprocidade, a responsividade materna, a singularidade e subjetividade de cada criança deve ser ponderada. Ao reconhecer as competências do bebê, a mãe passa a oferecer condições para que ele explore o ambiente ativamente. Desta forma, o ideal é que desde cedo a mãe (ou cuidador) desenvolva comportamentos responsivos, tentando se colocar no lugar do bebê, adaptando-se às necessidades dele, transformando-se em um ser responsável por seu desenvolvimento físico, cognitivo e emocional (NARDI et al., 2015). Contudo, até recentemente, a maioria dos estudos sobre desenvolvimento infantil, mais especificamente nas relações iniciais, enfatizava apenas os comportamentos maternos, considerando o bebê como agente passivo na interação. Atualmente os estudos primam pela reciprocidade e comunicação para caracterizar um episódio interativo (SEIDL DE MOURA et al., 2004).

O estudo da interação mãe-criança traz dados relevantes sobre o tema e contribui para o diagnóstico, prevenção e intervenção na área do desenvolvimento infantil. Brazelton, Kozlowski e Main (1974) e Condon e Sander (1974) foram pioneiros na investigação dessa interação diádica face a face. Esses pesquisadores identificaram, por meio de filmagens, dados sobre a responsividade materna e a sincronia da díade, respectivamente. Os resultados desses estudos iniciais já indicavam que quanto maior a sincronia e a contingência da díade, melhor a qualidade e o efeito sobre a relação, especialmente, no desenvolvimento infantil (WEINBERG; TRONICK, 1997).

A qualidade da relação entre a mãe/cuidador e o bebê é considerada um preditor do desenvolvimento infantil, pois, pode atenuar ou agravar fatores de risco (SEIDL-DE-MOURA et al., 2004). Essa interação pode ser influenciada tanto por características maternas quanto da criança.

As variáveis contextuais ou ambientais também se tornam relevantes para compreensão dos processos interacionais da díade e para o desenvolvimento humano. Além das características atribuídas a mãe, variáveis contextuais como condições socioeconômicas também podem influenciar na qualidade da interação (CASSIANO, 2013). Estudos como de Belsky et al. (2007) e Potharst et al. (2012) apontam que a qualidade da interação em famílias com baixas condições econômicas (incluindo a baixa escolaridade materna), é inferior quando comparadas as interações de famílias com melhores condições socioeconômicas. Outro fator que atua na qualidade interação mãe-bebê é a depressão materna. Feng et al. (2008) observaram

que crianças com mães depressivas, avaliadas durante a interação, apresentaram menos afeto positivo e regulação de estados internos, do que crianças com mães com saúde mental preservada. Em acréscimo, Pereira et al. (2012) desenvolveram um estudo de interação entre mães e crianças aos 16 meses de vida. Eles verificaram que mães com histórias de reforçamento social coercitivo, caracterizada por maus tratos na infância, apresentaram um nível de estresse mais elevado nos cuidados com seu filho, sendo menos sensíveis em suas interações com a criança.

Considerando as características infantis, destacam-se fatores de risco biológico como a prematuridade, a má formação (resultado de infecções congênicas) e, fatores psicológicos como o temperamento e comportamento (POEHLMANN et al., 2011; BLACHER; BAKER; KALADJIAN, 2013; SWANSON; SCHLEISS, 2013; KIM; KOCHANASKA, 2012; LIPSCOMB et al., 2012). Dentre as más formações estão as crianças acometidas pela Síndrome de Down, que por apresentar alta incidência na população mundial e nacional, tem sido objeto de interesse por estudiosos das diversas áreas da saúde. Um desses estudos foi desenvolvido por Belini e Fernandes (2008) que investigaram o desenvolvimento do olhar e do contato ocular em bebês com Síndrome de Down. Participou do estudo um bebê com Síndrome de Down do sexo feminino, sem distúrbios visuais diagnosticados até a conclusão da coleta e 17 bebês de desenvolvimento típico. As díades participaram de filmagens domiciliares, em interações livres, do primeiro ao quinto mês de vida dos bebês. A análise foi feita com base na frequência do olhar dirigido à 11 alvos, entre eles, “olhar para os olhos das mães”. Os resultados indicaram que bebês com desenvolvimento típico apresentaram evolução estatisticamente significativa, ao longo do período, nas frequências de “olhos fechados” e “olhar para objetos, pesquisadora, ambiente, próprio corpo, rosto da mãe e olhos da mãe”. Não houve diferença significativa em “olhar para outra pessoa”, olhar para o corpo da mãe” e “abrir e fechar os olhos”. O desenvolvimento do olhar e do contato ocular ocorreu de forma estatisticamente semelhante no bebê com Síndrome de Down, quando comparado as médias dos bebês de desenvolvimento típico. As autoras concluíram que a interação entre mãe-bebê parece impactar mais na comunicação não verbal do que as limitações genéticas.

Silveira e Bichara (2013) investigaram a interação mãe-criança com SD, com enfoque na sensibilidade materna considerando o sexo da criança. Foram observadas e registradas seis díades em situação de brincadeira estruturada. Os resultados revelaram que as mães foram mais diretivas com crianças do sexo masculino do que feminino e, que essa diretividade, assim como a intrusividade apresentam variações que podem indicar estilos de comportamentos parental diferenciados.

Grisante e Aiello (2012) investigaram as interações familiares de crianças com SD, em função de subsistemas diádicos, triádicos e poliádicos, considerando alguns fatores que possivelmente influenciam os padrões de interação, como: nível socioeconômico, níveis de estresse, rede de apoio e ajustamento marital. Participou deste estudo uma família, composta pelos seguintes membros: um menino com SD de sete anos, sua irmã mais velha (11 anos), seu pai (37 anos), sua mãe (37 anos) e sua avó materna (60 anos). Os resultados indicaram que, na visão do pai e da mãe da criança com SD, o apoio social vem da família, especialmente dos avós maternos, dos próprios filhos e do cônjuge. A análise do instrumento de estresse Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL) não apontou a presença de estresse nos pais da criança com SD. A pontuação obtida pela avó indicou estresse na fase de resistência e a Escala de Stress Infantil (ESI) apontou a ausência de estresse na irmã mais velha da criança com SD. No instrumento Questionário de recursos e Stress na forma resumida (QRS-F), todos os familiares apresentaram baixas porcentagens indicativas de estresse. O ajustamento marital mensurado pelo *Dyadic Adjustment Scale* – versão traduzida (DAS) apontou que nos quatro aspectos analisados: satisfação, coesão, consenso e expressão afetiva, tanto o pai quanto a mãe, apresentaram altos índices de ajustamento. As interações, com base nas categorias do instrumento Sistema Definitivo de Categorias Observacionais, apontaram que as atividades lúdicas foram predominantes para todos os subsistemas familiares, com exceção dos subsistemas em que a avó esteve presente (criança-avó; mãe-pai-irmã-avó-criança) para os quais predominou a atividade "Conversar".

Considerando a estrutura de participação, na díade mãe-criança, todas as interações aconteceram em grupo. Todavia, na díade irmã-criança as interações ocorreram predominantemente de forma "Individual". Todos os episódios de interações dos demais subsistemas familiares ocorreram em grupo e de forma conjunta. Em relação a qualidade da interação, em todos os subsistemas familiares, as interações ocorreram "Com Sincronia" e "Amistosidade" e, predominaram as interações com Supervisão. Na categoria liderança, não houve, de forma geral, predomínio em qualquer categoria (com ou sem liderança). A análise dos tipos de transição entre as atividades apontou que a "Transição direta" foi a que mais ocorreu, seguida da "Interrupção da sessão", da "Negociação" e da "Dissolução do Grupo".

Apesar da relevância, estudos relacionados à Síndrome de Down e a interação mãe-bebê nas fases precoces do desenvolvimento são escassos. Berry, Gunn e Andrews (1980) investigaram o comportamento de crianças com Síndrome de Down em situação estranha. Participaram do estudo 18 crianças com SD. Os resultados indicaram que os bebês discriminavam as saídas e entradas da mãe e do estranho no ambiente. Eles choraram e

mostraram incomodo de forma mais significativa na ausência da mãe, direcionando mais o olhar para porta. Eles também aumentaram a atenção e o contato físico na presença da mãe. A conclusão do estudo apontou que o comportamento de bebês com SD é qualitativamente semelhante ao de crianças de desenvolvimento típico e que eles indicaram níveis de consciência social nessas situações.

O desenvolvimento do contato visual entre mães e bebês com SD e entre mães e bebês sem a síndrome foi analisado por Berger e Cunningham (1981). Participaram do estudo cinco bebês com SD e sete bebês típicos. Foram analisados dois episódios, um gravado no primeiro e o outro no sexto mês de vida do bebê, ambos durante interações naturais face a face em duas situações: uma condição em que a mãe poderia interagir livremente com seu bebê, incluindo expressões faciais e verbalizações e, na segunda, a mãe deveria permanecer imóvel e em silêncio. A análise dos aspectos temporais e discriminativos do contato visual revelou diferenças qualitativas nos dois grupos. Os bebês com SD apresentaram atrasos no início e no estabelecimento do contato visual.

A responsividade materna nas interações com crianças com deficiência foi investigada por Brooks-Gunn e Lewis (1984). O estudo investigou a influência da idade cronológica, mental e a condição de incapacidade infantil sobre as interações diádicas. Participaram do estudo 111 crianças, 56 com Síndrome de Down, 21 com atraso de desenvolvimento e 34 com paralisia cerebral com idades entre três e 36 meses. Cada diáde foi observada em uma interação de jogo livre durante 15 minutos. Os resultados apontaram que a responsividade materna era proporcional ao comportamento de seus bebês, indicando aumento desse comportamento materno com o amadurecimento do filho. Todavia, esse aumento teve relação com o amadurecimento da idade mental e não cronológica da criança. Ainda foi verificado que os bebês com paralisia cerebral apresentaram menos comportamentos do que os bebês com SD e com atraso no desenvolvimento. As mães de crianças com atraso no desenvolvimento tiveram um comportamento proporcionalmente mais responsivo do que as mães dos outros dois grupos. No entanto, essa diferença também estava relacionada à maior idade mental dos bebês.

Em um estudo longitudinal, Berger e Cunningham (1986) compararam o sorriso de crianças com SD e sem a síndrome nos primeiros seis meses de vida em interações face a face com suas mães. A interação ocorreu em duas condições: "móvel" (as mães foram convidadas a falar com o bebê o mais naturalmente possível) e "imóvel" (as mães deveriam fazer silêncio e manter um rosto sem expressões). Os resultados apontaram que o comportamento de sorrir foi mais lento e menos frequente nos bebês com SD. Seus sorrisos também foram mais breves e menos discriminativos diante das duas condições propostas. Os bebês sem a síndrome

mostraram significativamente mais vocalizações de choro/angústia na condição "imóvel" do que na condição "móvel", enquanto o inverso foi observado para os bebês com SD. Em relação as mães, nos dois grupos foi observada uma estreita associação temporal entre o sorriso e o contato visual. Na condição de interação livre, as mães de bebês com SD apresentaram uma tendência mais elevada na utilização de estímulos cinéticos e táteis quando comparadas as mães de bebês sem a síndrome.

Legerstee e Bownan (1989) observaram o comportamento de oito bebês com SD quinzenalmente de oito a 24 semanas de vida e mensalmente até a 48ª semana. Em cada visita, os bebês ficavam na presença da mãe, de uma estranha do sexo feminino (diferentes mulheres foram apresentadas em cada visita) e de um chocalho em um procedimento que envolvia seis condições: 1) mãe ativa, 2) mãe passiva, 3) estranha ativa, 4) estranha passiva, 5) objeto ativo e 6) objeto passivo. Na condição ativa, a mãe ou a estranha sentavam-se em frente à criança com uma distância aproximada de 20 a 30 cm e eram convidadas a falar com os bebês como faziam normalmente. Na condição passiva, eram convidadas a não falar, porém, a manter um rosto amigável. Para o brinquedo, na condição ativa o experimentador ficou atrás de uma tela e sacudiu o chocalho cada vez que a criança direcionou o olhar ao objeto e, na condição passiva, o chocalho permaneceu imóvel. Cada condição teve uma duração de 60 segundos. Os resultados mostraram que, aos quatro meses de idade, os bebês começaram a apresentar diferenças no tempo em que olhavam, sorriam e vocalizavam para as pessoas e para o brinquedo. Todavia, eles não discriminaram a mãe e a estranha nem as condições ativa e passiva das faces até os seis meses de idade. Enquanto bebês com desenvolvimento típico demonstraram mais inquietação diante da condição passiva, os bebês com SD do presente estudo continuaram a vocalizar e sorrir mesmo diante de faces imóveis.

Um estudo sobre o olhar de bebês com Síndrome de Down durante as interações com suas mães foi desenvolvido por Crown et al. (1992). Os autores compararam o comportamento de olhar de 10 crianças com SD e 11 crianças sem a síndrome em episódios de interação com suas mães. Cinco bebês com SD e seis bebês típicos tinham quatro meses e os demais tinham nove meses de idade. Os resultados do estudo apontaram que as crianças com SD observaram mais suas mães do que as crianças sem a síndrome durante a interação. Os dados também indicaram que todas as crianças atendiam visualmente as mães com menos frequência aos nove meses do que aos quatro meses de idade. Os autores concluíram que o aumento da frequência do olhar em bebês com SD pode facilitar o vínculo diádico no primeiro ano de vida.

Cielinski et al. (1995) observaram 33 crianças com SD com idades de desenvolvimento que variaram de 17 a 44 meses e idades cronológicas entre 28 a 80 meses e 39 crianças com

desenvolvimento típico e idade cronológica equivalente a idade de desenvolvimento das crianças com SD. Para filmagens, as díades foram convidadas até uma sala onde foi disponibilizada uma caixa contendo brinquedos apropriados para o desenvolvimento infantil (um trem, uma boneca, um colar, uma manta, um avião Fisher-Price com figuras de piloto e passageiros, um chocalho etc.). Na primeira condição, a mãe foi instruída para estimular o interesse de seu filho pelos brinquedos e, na segunda condição, ela deveria se afastar, sentando-se em um sofá. Ela foi instruída a não iniciar ou comentar qualquer atividade relacionada ao jogo infantil após ter encorajado a criança a brincar. Todavia, se a criança se afastasse dos brinquedos, a mãe deveria redirecioná-lo para o jogo. O pesquisador, então deixava a sala por seis minutos. Ao retornar, trazia consigo uma outra caixa com mais brinquedos (telefone, espelho, carro, ursinho de pelúcia etc.). A mãe foi instruída a brincar com seu filho e estimulá-lo a explorar a variabilidade de brinquedos disponibilizados. Novamente, após dada a instrução, o pesquisador deixava a sala, porém, por 10 minutos. Os resultados indicaram poucas diferenças significativas entre os dois grupos (mães-bebês com SD e mães-bebês sem SD) no jogo independente. Contudo, as crianças com SD apresentaram níveis mais baixos de engajamento com os brinquedos e suas mães foram frequentemente mais intrusivas no jogo com seus filhos. Ainda, o engajamento contínuo com brinquedos esteve significativamente relacionado ao jogo independente, mas apenas no grupo de crianças com desenvolvimento típico. Na condição de jogo mãe-filho, o engajamento contínuo com brinquedos esteve significativamente correlacionado a qualidade do jogo para os dois grupos. As variáveis maternas durante a situação de jogo com o filho foram associadas significativamente a qualidade do brincar e o engajamento sustentado com os brinquedos para o grupo de crianças com SD, mas não para as crianças de desenvolvimento típico. Os resultados sugerem que crianças com e sem Síndrome de Down seguem trajetórias paralelas de desenvolvimento em relação à qualidade do jogo e ao engajamento com brinquedos. As mães de crianças com SD tendem a ser mais diretivas com seus filhos quando comparadas às mães de crianças sem a síndrome.

As habilidades pré-linguísticas de crianças com SD foram investigadas por Jenkins e Ramruttun (1998). Participaram do estudo 10 crianças com SD com idade entre 21 e 53 meses, 10 crianças sem a síndrome com idade entre 10 e 21 meses e cinco crianças com dificuldades de aprendizagem com idade entre 25 e 129 meses. Todas foram equivalentes no nível de compreensão de uma palavra no *Derbyshire Language Scheme*. Para coleta de dados, inicialmente, foi solicitado aos pais que preenchessem o “*The Pragmatics Profile of Early Communication Skills*” (uma ferramenta para avaliar habilidades de comunicação funcional em bebês). Em seguida, foi feita uma filmagem de dez minutos com cada díade em situação de jogo

livre pouco estruturado. No início de cada sessão, mãe e filho sentavam-se no chão de frente um para o outro. Alguns brinquedos eram disponibilizados diante deles (uma bola, um quebra-cabeças, duas bonecas, oito tijolos de madeira, três livros ilustrados, dois pequenos brinquedos de corda, um chocalho, um ursinho de pelúcia, uma escova, um pente, um chapéu, um conjunto de xícara e pires, um brinquedo de encaixe de formas e 1 cama de boneca), e outros eram estrategicamente colocados ao seu redor (cinco balões coloridos e um trator foram colocados fora do alcance da criança, porém, onde poderiam ser vistos por ela). Três cartazes coloridos estavam pendurados, um atrás, um ao lado direito e outro ao lado esquerdo da criança. O objetivo da filmagem era capturar as interações comunicativas espontâneas entre mães e filhos para posterior análise das habilidades pré-linguísticas da criança. Os resultados apontaram que não houve diferença significativa na medida em que as crianças com SD utilizaram os comportamentos comunicativos não-verbais para serem compreendidas quando comparadas as crianças sem síndrome. Todavia, elas apresentaram atrasos significativos no uso do contato visual e das palavras.

Leegerstee, Varghese e Van Beek (2002) analisaram os efeitos dos estilos interativos maternos sobre a produção de comunicação referencial em quatro grupos de crianças com idade cronológica entre seis e vinte meses de vida. Dois grupos de crianças com SD, um ($n=11$) com idade mental média de oito meses e outro ($n=11$) com idade mental média de 16 meses, foram acompanhados por dois grupos de bebês com desenvolvimento típico ($N=10$ cada) e idade mental equivalente. Os bebês foram acompanhados duas vezes por semana, por oito meses, em interações com as mães, colegas de mesma idade e mães dos pares. Os resultados apontaram que os bebês com desenvolvimento típico mais velhos produziram mais palavras enquanto os bebês com SD mais velhos apresentaram mais gestos em situação de jogo com suas mães. As mães mantiveram mais comportamentos de atenção quando comparadas aos pares, especialmente, para os bebês com idade mental mais elevada, mas redirecionaram mais o foco de sua atenção para os bebês com menor idade mental. As análises logarítmicas sequenciais revelaram contingências interessantes entre as estratégias interativas das mães e os comportamentos comunicativos referenciais de seus bebês, considerando que a manutenção da atenção aumentou e o redirecionamento da atenção diminuiu a probabilidade de produção de gestos e palavras nas crianças. Todavia, o redirecionamento da atenção sucedeu sua manutenção. Assim, as mães redirecionaram mais o foco de atenção da criança para promover a atenção simultânea e a comunicação referencial. Além disso, as palavras e gestos das crianças também promoveram a atenção simultânea com as mães. Isso destaca a natureza recíproca dessas interações comunicativas dinâmicas.

Silva e Salomão (2002) analisaram as interações entre mães-crianças com Síndrome de Down e mães-crianças de desenvolvimento típico, enfatizando os aspectos comunicativos. Participaram do estudo, seis díades cujos bebês tinham SD, com idade entre 18 e 24 meses e, seis díades com bebês de desenvolvimento típico com idade entre 12 e 14 meses. Os dados foram coletados nas residências das díades por meio de filmagens, com duração de 20 minutos, em situação de brinquedo livre. Para as análises foram utilizados apenas os dez primeiros minutos de cada filmagem, os quais foram codificados por meio do sistema computacional *Child Language Data Exchange System* (CHILDES). Os resultados mostraram que, para ajudarem os filhos a realizarem as atividades, as mães de crianças com SD usaram mais contato físico quando comparadas as mães de bebês com desenvolvimento típico. As crianças com SD, por sua vez, responderam menos às solicitações verbais de suas mães do que as crianças sem a síndrome.

Voivodic e Storer (2002), em uma revisão de literatura, analisaram os aspectos familiares de crianças com SD, enfatizando o desenvolvimento cognitivo da criança nesse contexto familiar. As autoras concluíram o estudo evidenciando a importância do contexto familiar e a necessidade de um trabalho de apoio e intervenção com esse público, pois, tais ações poderiam contribuir para o desenvolvimento cognitivo dessas crianças.

Em um estudo longitudinal, Serpa e Menéres (2003) analisaram as estratégias de adaptação utilizadas pelas mães com a chegada de um “bebê diferente”, a evolução de suas expectativas em relação ao desenvolvimento da criança, a interação mãe-filho, o apoio para a díade e a família e a forma como esses contextos se relacionam com o desenvolvimento da criança. Participaram do estudo, quatro mães e seus bebês com SD desde o nascimento da criança até os sete anos, momento em que ocorreu a última observação antes delas ingressarem na escola. Em cada observação, a mãe recebeu uma entrevista semi diretiva para responder e foi filmada com sua criança em uma situação de interação livre. Os resultados apontaram a relação entre o desenvolvimento da criança e os padrões e características familiares, especialmente, a interação mãe-filho e a forma como a mãe lida com os fatores de estresse associados ao nascimento de um bebê com deficiência. As quatro díades experienciaram modelos de apoio diferentes que, em certa medida, refletem a realidade de Portugal em casos que envolvem crianças com deficiência.

Iverson et al. (2006) compararam aspectos da fala e gestuais de cinco mães de bebês com SD (idade média de 47,6 meses e idade mental média de 22,4 meses) e cinco mães de bebês típicos. Para equivaler a capacidade expressiva de linguagem, as crianças típicas e com SD foram pareadas com base no gênero, correspondência entre a idade cronológica das crianças

típicas e a idade verbal das crianças com SD e a variabilidade do vocabulário das crianças. Cada díade foi filmada por aproximadamente 30 minutos em situação de jogo livre. As análises enfatizaram: 1) o número e os tipos (apenas fala, somente gesto, ambos) de enunciados maternos; 2) os tipos de gestos (dêictico, icônico, convencional, enfático) e, 3) para as expressões combinadas, a estrutura e o padrão temporal das falas e gestos. Os resultados apontaram que as mães de crianças com SD produziram significativamente menos falas em geral quando comparadas as mães de crianças típicas, porém, a distribuição dos tipos de fala não diferiu entre os grupos. As mães de crianças com SD usaram com mais frequência os gestos dêicticos e mostraram mais objetos, enquanto mães de crianças típicas apontaram mais para pessoas, objetos, locais ou eventos. Finalmente, as mães de crianças com SD produziram significativamente mais falas acompanhadas de um único gesto e uma única expressão verbal. Em contrapartida, as mães de crianças com desenvolvimento típico utilizaram um gesto e múltiplas expressões verbais e uma fala e vários gestos. Na categoria de fala, construídas de um gesto e uma única expressão verbal, as mães de crianças com SD tendem a produzir gestos que se mantinham ao longo da expressão verbal completa, enquanto os gestos das mães de crianças típicas a gesticular apenas durante uma parte da expressão verbal.

Moore et al. (2008) investigaram como as características constitucionais dos bebês com SD podem influenciar as relações com seus cuidadores por meio de filmagens de interações naturais e com face imóvel. Participaram do estudo 10 bebês com SD com seis meses de idade e 20 bebês com desenvolvimento típico com quatro meses de idade e idade mental semelhante. As díades foram filmadas por cerca de três minutos em uma interação natural face a face. Após uma sinalização, a mãe apenas olhava para o bebê, mantendo a face imóvel e sem verbalizações. Com uma nova sinalização, a mãe retomava a interação natural, porém, se a criança se mostrasse angustiada antes da retomada da interação natural, era permitido retomá-la antes do tempo. O período de interação de face imóvel foi de 90 segundos e a retomada da interação era de aproximadamente dois minutos. Os resultados apontaram que houve pouca distinção entre os bebês dos dois grupos na fase inicial de interação face a face natural, porém, as mães de bebês com SD tendiam a demonstrar mais contato positivo e, ao contrário das mães de bebês típicos, a alta diretividade materna estava associada a baixos níveis do olhar infantil e falta de agitação. Durante o episódio de face imóvel, os bebês de ambos os grupos reduziram a frequência de olhar para a mãe e sorrir, embora os bebês com SD apresentassem níveis mais baixos de agitação nessa etapa, esse comportamento foi verificado na retomada da interação face a face natural. Portanto, os bebês com SD se comportaram de forma semelhante aos bebês

típicos com idade mental comparável ao responderem ao procedimento de face imóvel, todavia, mostraram diferenças na intensidade da reação emocional.

Os comportamentos de jogo entre mães e bebês com Síndrome de Down e mães e bebês sem a síndrome foram analisados por Ventuti et al. (2009). Participaram do estudo 21 crianças com Síndrome de Down com idade cronológica média de 34,81 meses e 33 crianças de desenvolvimento típico com idade cronológica média de 20,01 meses, a idade mental média dos grupos era equivalente. Foram filmadas duas situações de jogo consecutivas, com duração de 10 minutos cada. Durante a primeira interação, a criança jogou com um conjunto de brinquedos sozinho, enquanto a mãe preenchia um questionário. Durante a segunda interação de jogo, a mãe foi convidada a brincar com o filho como estava acostumada a fazer e desconsiderar a presença do observador o máximo possível. As diferenças entre o jogo das mães, nos dois grupos, refletiram em seus filhos e os dois grupos apresentaram sintonia e sincronia semelhantes. Os autores concluíram que as mães contribuem para o desenvolvimento do jogo de crianças com síndrome de Down por meio de sua própria adaptação frente as limitações e potencialidades de seus filhos.

A relação temporal entre a direção do olhar e a produção vocal em bebês com Síndrome de Down e bebês com desenvolvimento típico foram investigadas por Laroche e Schneider (2010). Foram observadas 44 díades (22 díades mãe-criança com Síndrome de Down e 22 díades mãe-criança com desenvolvimento típico). O curso de desenvolvimento do padrão de tempo não foi diferente nos dois grupos aos quatro e aos 19 meses de vida, no entanto, foi observada uma diferença entre os grupos aos 20 meses, que poderia ter sido acarretada pelos diferentes níveis de aquisição de linguagem. Com a aquisição desse comportamento, os padrões de tempo tornaram a ser equivalentes nas duas populações. Os resultados indicaram que: 1) os comportamentos das crianças podem ser parcialmente explicados pelos comportamentos de suas mães. A díade mãe-filho seria um modelo para desenvolvimento de futuras habilidades sociolinguísticas da criança e, 2) para as duas populações, as mudanças no padrão de tempo podem ser explicadas pelo surgimento da linguagem.

De Falco et al. (2011) compararam as características funcionais da fala materna e paterna direcionada a crianças com Síndrome de Down e crianças em desenvolvimento típico na mesma faixa etária. No total, 88 pais (44 mães e 44 pais) e suas 44 crianças (22 com SD e 22 típicas) participaram do estudo. Os dados foram coletados em duas interações livres com duração de dez minutos cada. Os pais foram instruídos a brincarem com seus filhos como estavam acostumados a fazer e desconsiderar a presença do pesquisador. Tanto os pais quanto os filhos poderiam utilizar qualquer um dos brinquedos disponibilizados. A ordem de filmagem

das interações mãe-pai-filho foi alternada. As transcrições da linguagem utilizada pelos pais foram feitas de forma literal. Os resultados apontaram que os pais de crianças com SD utilizaram mais declarações expressivas (geralmente não proposicionais, idiomáticas ou sem sentido) do que os pais de criança com desenvolvimento típico. Embora os pais usassem a mesma quantidade de informação (declarações expressivas), os pais de crianças com SD as faziam mais diretamente, enquanto os pais de crianças sem SD faziam mais perguntas. Considerando o gênero parental, nos dois grupos, as mães usaram mais falas do que os pais, especialmente mais descrições.

Sterling e Warren (2016) compararam a responsividade e a gestão do comportamento de mães de crianças com Síndrome de Down e mães de crianças com a Síndrome do X-frágil. As variáveis parentais, como a capacidade de resposta às tentativas de comunicação infantil (responsividade) e as técnicas utilizadas para apoiar e ensinar comportamentos adequados (gestão do comportamento) foram analisadas por meio da filmagem de interações mães-filhos. Participaram do estudo mães e crianças com idade cronológica entre dois e cinco anos e nível de linguagem expressiva. Os resultados indicaram que as mães diferiram no uso de gestos e redirecionamento da atenção da criança. Em geral, as mães de ambos os grupos pareciam se adaptar adequadamente às necessidades de desenvolvimento de seus filhos.

O jogo colaborativo entre mãe e filho também foi investigado por Bentenuto, De Falco e Venuti (2016), que compararam essa categoria comportamental em crianças com o espectro autista, com Síndrome de Down e desenvolvimento típico. Participaram do estudo 75 díades, sendo: 25 mães e seus filhos com autismo, 25 mães e seus filhos com Síndrome de Down e 25 mães e seus filhos com desenvolvimento típico. Cada díade foi analisada em uma filmagem de 10 minutos. Estudos anteriores conferiram credibilidade à validade desse parâmetro temporal (BORNSTEIN et al., 1996; BORNSTEIN; TAMIS-LEMONDA, 1997; DE FALCO et al., 2008, 2010; BENTENUTO, 2012). Durante a sessão a mãe era instruída a brincar com seu filho como sempre costumava a fazer, sendo disponibilizados um conjunto de brinquedos apropriados à idade da criança (boneca, cobertor, conjunto de chá, telefone de brinquedo, trem, dois livros infantis, bola de espuma e conjunto de peças para empilhar). As interações foram analisadas com base em um sistema de codificação para jogo exploratório e simbólico. Os resultados indicaram que crianças autistas utilizam mais o jogo exploratório em comparação as crianças dos outros grupos. Não houve diferenças significativas entre os três grupos para o jogo simbólico infantil ou para o jogo da mãe.

Entre os diversos protocolos que analisam o comportamento de interação está o *Codificación de La Interacción Temprana Materno Infantil* – CITMI e sua versão revisada, o

CITMI-R (TRENADO; CEREZO, 2007). A principal característica desse sistema é transformar a interação entre um adulto e um bebê entre zero e dois anos em dados observacionais analisáveis. A observação e codificação sequencial em tempo real permite que a análise da sensibilidade materna seja mais detalhada, levando em conta a complexidade desse fenômeno. A microanálise da interação é feita a partir do registro sequencial das variáveis: frequência, duração e valências dos comportamentos observados. O observador registra continuamente, de forma sequencial e sem interrupção, o comportamento da criança e do cuidador, à medida que se sucedem. Desse modo, se obtém uma espécie de transcrição do fluxo interacional que pode ser submetido a análises estatísticas. O sistema possui categorias que contemplam condutas interativas e não interativas da díade, com três valências afetivas (positiva, neutra e negativa), que se aplicam às categorias interativas dos comportamentos infantis e maternos (ALVARENGA; CEREZO, 2013).

Um estudo de Alvarenga e Cerezo (2013) examinou a fidedignidade entre observadores da versão brasileira do Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado (CITMI-R). Participaram do estudo oito díades mãe-criança durante o oitavo e o décimo oitavo mês de vida da criança. A análise se baseou em 16 episódios de interação livre, nos quais, os seis minutos iniciais de cada episódio foi codificado por duas duplas de observadores independentes. Os valores de *Kappa* aos oito e aos 18 meses foram de 0,80 e 0,86 respectivamente. Os resultados para as categorias comportamentais revelaram valores modestos, porém, aceitáveis em sua maioria. A discussão do estudo enfatiza o potencial do instrumento para pesquisas e intervenções com sugestões para o treinamento e aspectos metodológicos que possam aprimorar a fidedignidade de estudos futuros.

Campos (2016) também utilizou o CITMI-R para investigar os comportamentos interativos maternos e infantis considerando o índice de depressão pós-parto materno. Participaram 30 díades, divididas em dois grupos: Grupo 1 (clínico) e Grupo 2 (não clínico). As díades foram filmadas em uma interação livre com duração de 10 minutos. Os resultados apontaram que o G1 teve uma média de pontuação na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) de 14 pontos, enquanto no G2 a média foi de cinco pontos, tendo esse dado se correlacionado com a escolaridade e com a condição socioeconômica materna, isto é, quanto mais alta a pontuação na EDPE menor o nível de escolaridade e a classe social materna, dado este que confirma os achados na literatura sobre depressão pós-parto. Em relação a interação, houve uma diferença significativa entre algumas categorias comportamentais maternas e infantis, comprovando que a depressão pós-parto pode impactar no padrão interativo materno e, por consequência, no desenvolvimento infantil.

Cerezo et al. (2016) desenvolveram um estudo longitudinal para investigar a flexibilidade da interação precoce entre mãe e filho aos seis e se os índices de flexibilidade previam um apego seguro dos bebês aos 15 meses tendo como base a *Strange Situation Procedure* (SSP) desenvolvida por Mary Ainsworth (1978). Participaram do estudo, 30 díades mãe-bebê, divididas em três grupos de acordo com o tipo de apego: (A) inseguro, (B) seguro e (C) resistente ou evitante. Foram realizadas filmagens com duração entre quatro e seis minutos, nas quais a mãe era convidada a brincar com o seu filho como estava acostumada a fazer, e se ela quisesse, poderia utilizar brinquedos, porém, essa interação com a criança era revezada entre a mãe e a estranha. Os instrumentos e condições analisadas no estudo foram: *Classification Factor: Quality of child attachment and the Strange Situation Procedure* (SSP), *SSP Coders' training*, *Mother-Infant Interaction and Early Mother-Child Interaction Coding System* (Códigos para la Interacción Temprana Materno-Infantil: CITMI-R) e *Coding procedure and the observational categories*. Os resultados indicaram diferenças significativas entre os grupos considerando o tipo de vínculo com base nos comportamentos verbais e não verbais maternos e infantis. Os dados sugerem que a interação precoce das díades cujos filhos demonstraram apego seguro (B), tiveram um número mais elevado na alternância de estados quando comparadas as díades com filhos de apego inseguro (A) e, estes, por sua vez, também fizeram menos mudanças de estado do que as díades cujos filhos apresentaram um apego resistente ou evitante (C). Mais especificamente, os resultados mostraram que a flexibilidade diádica, como mensurada na amostra do estudo, obteve efeitos significativos no tipo de apego apresentado pela criança, tanto nos aspectos verbais e não verbais, quanto no aspecto verbal recíproco. Contudo, a previsibilidade dos resultados pareceu funcionar melhor no conjunto dos comportamentos para o Grupo A e no aspecto verbal para as díades B e C. Por fim, as crianças que foram identificadas aos 15 meses com apego resistente ou evitante, ficaram em grande parte em silêncio quando interagiram com suas mães aos seis meses.

Levando em conta que uma interação de qualidade entre mãe e filho configura-se em um fator de proteção, o nascimento de um bebê que necessita de cuidados especiais pode afetar essa relação. Devido à grande incidência da SD na população mundial e brasileira, diversas pesquisas têm sido desenvolvidas, o que tem trazido respeitáveis contribuições sobre essa temática. Entretanto, verificam-se, ainda, lacunas na compreensão de como a vinculação mãe-bebê pode impactar em mudanças e transformações que caracterizam o desenvolvimento dessas crianças, especialmente nos estágios mais precoces de seu desenvolvimento (FREIRE, 2014). Nesse contexto, uma observação de como se dão as interações entre mães e bebês com SD pode

não só auxiliar na produção de conhecimento sobre o tema, como fornecer pistas para intervenções com essa população.

Objetivos

Geral

Este trabalho tem como objetivo descrever, comparar e correlacionar os comportamentos interativos e não-interativos infantis e maternos, considerando os grupos de mães e bebês entre quatro e seis meses, com e sem SD, com base em grandes categorias e subcategorias comportamentais.

Específicos

- a) Descrever e comparar comportamentos interativos e não-interativos infantis e maternos, de dois grupos de mães e bebês entre quatro e seis meses, um com bebês com Síndrome de Down e outro sem a síndrome, com base em grandes categorias e suas subcategorias comportamentais;
- b) Analisar a correlação entre comportamentos interativos e não-interativos infantis e maternos, considerando os grupos de mães e bebês entre quatro e seis meses, com e sem SD, com base em grandes categorias comportamentais e suas subcategorias comportamentais.

Método

O presente projeto é parte do projeto “Variáveis do bebê e maternas: correlação com interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil” aprovado pelo Comitê de Ética (Processo nº 11187/46/01/2012), da Faculdade de Ciências, UNESP, Bauru (nº 4205/46/01/11) (Anexo 1).

1. Aspectos éticos da pesquisa

Por ocasião do aceite em participar da presente pesquisa, foram tomadas todas as providências éticas cabíveis, de acordo com a resolução 466/12 do CONEP. Os participantes foram informados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre o objetivo do projeto, as atividades pertinentes a ele, a ausência de qualquer ônus para a participação no mesmo, o sigilo das informações por eles fornecidas quando da apresentação dos dados em eventos e publicações da área, e que poderiam desistir de participar em qualquer fase do projeto. A partir do aceite e o esclarecimento de todas as dúvidas, os participantes ou responsáveis pelo bebê assinaram o TCLE (Apêndice 1).

2. Participantes

Participaram desse estudo 50 díades, sendo 25 mães de bebês com SD e 25 mães de bebês sem SD, entre quatro a seis meses de vida, de ambos os sexos. Os bebês com SD que compõem a amostra foram diagnosticados logo nos primeiros dias de vida e não têm outros tipos de comorbidades que não estejam associadas especificamente à síndrome. Para o presente estudo, as mães foram separadas em dois grupos: Grupo 1, mães de bebês com SD e Grupo 2, mães de bebês sem SD.

Na Tabela 1 estão apresentados os dados sociodemográficos dos dois grupos, relacionados aos bebês. Quanto as variáveis infantis, no G1 prevaleceu o sexo feminino (64%), enquanto no G2 essa distribuição foi aproximada (feminino=48%; masculino=52%). Os bebês do G1 eram mais velhos sendo que, deles, 76% tinham idade entre cinco a seis meses e 64% dos bebês do G2 tinham quatro meses. As famílias do G1 eram mais numerosas (44% tem três ou mais filhos) e, no G2, essa frequência é de 12%. No G1, predominantemente os bebês nasceram de cesariana (76%), sendo que, no G2 esse índice foi mais distribuído em relação ao tipo de parto (natural=52%; cesárea=48%).

Em relação as variáveis maternas, tanto no G1 quanto no G2 a faixa etária que apresentou maior frequência foi entre 33 e 40 anos (G1=40%; G2=72%), contudo, a faixa etária de 40 a 48 anos foi mais expressiva no G1 (32%) do que no G2 (16%). Embora tenha ocorrido essa variação, os resultados não apresentaram uma diferença estatisticamente significativa. Em

ambos os grupos as mães encontram-se em uma relação estável (G1: 96%; G2: 92%). Os dois grupos apresentaram a mesma frequência (44%) de mães com ensino superior completo. Quanto a realização de atividade remunerada, em ambos os grupos, a maior frequência foi de mães que trabalham fora, todavia, no G2 foi maior (76%). Embora essa tenha ocorrido essa variação, ela não foi estatisticamente significativa.

Tabela 1. Estatísticas descritivas (frequência absoluta e relativa) das variáveis sociodemográficas da amostra total de bebês e mães, separados por grupos.

Características sociodemográficas	G1 (COM SD) n=25 (100%)	G2 (SEM SD) n=25 (100%)
<i>Variáveis infantis</i>		
<i>Sexo</i>		
Masculino	9 (36)	13 (52)
Feminino	16 (64)	12 (48)
<i>Idade (anos)</i>		
4 meses	6 (24)	16 (64)
5 meses	13 (52)	7 (28)
6 meses	6 (24)	2 (8)
<i>Ordem de nascimento</i>		
1º	5 (20)	11 (44)
2º	9 (36)	11 (44)
3º	7 (28)	1 (4)
4º	2 (8)	2 (8)
5º	2 (8)	-
<i>Tipo de parto</i>		
Natural	6 (24)	13 (52)
Cesariana	19 (76)	12 (48)
<i>Variáveis maternas</i>		
<i>Idade (anos)</i>		
19 – 27	3 (12)	-
27 – 33	4 (16)	3 (12)
33 – 40	10 (40)	18 (72)
40 – 48	8 (32)	4 (16)
<i>Estado Civil</i>		
Solteira	-	2 (8)
União estável	24 (96)	23 (92)
Divorciada/Separada	1 (4)	-
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Fundamental Incompleto	2 (8)	-
Ensino Fundamental Completo	-	4 (16)
Ensino Médio Incompleto	5 (20)	-
Ensino Médio Completo	7 (28)	9 (36)
Ensino Superior Incompleto	-	1 (4)
Ensino Superior Completo	11 (44)	11 (44)
<i>Trabalha fora</i>		
Sim	14 (56)	19 (76)
Não	11 (44)	6 (24)

3. Local

A aplicação dos instrumentos ocorreu em salas de atendimento individual de instituições que atendem pessoas com SD, em Londrina/PR e no Ambulatório da Síndrome de Down do Hospital das Clínicas, em Curitiba/PR, para as mães e bebês com SD. Estas instituições atuam com intervenção precoce, isto é, dão assistência à criança por meio de atendimentos junto à diversos profissionais da área da saúde, à saber: fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e, mais especificamente junto à família, atuam os profissionais de serviço social. Nas instituições onde a coleta de dados foi realizada, em Londrina e Curitiba, foram disponibilizadas salas de atendimento individual de profissionais das respectivas instituições que estavam liberadas, garantindo privacidade e condições favoráveis para a pesquisa. As mães de bebês com desenvolvimento típico foram contatadas no projeto de extensão “Acompanhamento do Desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, que acontece no Centro de Psicologia Aplicada, da UNESP, campus de Bauru. O referido centro tem uma sala específica para filmagens com todas as condições necessárias para esse fim.

As diversas salas utilizadas durante a coleta eram equipadas com uma mesa e cadeiras, um armário, um espelho, uma maca fixa com dimensões aproximadas de 180x60x80cm (C x L x A) ou um tablado com dimensões aproximadas de 185x135x20cm (C x L x A), sendo este, um aparato próprio para atendimento terapêutico de pacientes neurológicos por comportar terapeuta e paciente no mesmo espaço, permitindo uma maior aproximação e manipulação do mesmo.

4. Material

4.1 Para o registro da interação mãe-bebê

Foi utilizada uma filmadora digital e brinquedos infantis (2 bichinhos de borracha, 1 móbile e 1 chocalho).

4.2 Para a coleta de informações sociodemográficas

O Instrumento para Coleta de Informações Sociodemográficas (ICIS), elaborado para este estudo (Apêndice 2), é composto por questões sobre dados pessoais como: idade, escolaridade, número de filhos, estado civil e condições da gestação. E, para as mães de bebês com SD há também questões relacionadas a como foi dado o diagnóstico, quando, quais as expectativas com relação ao desenvolvimento da criança e como está sendo a experiência de ser mãe de um bebê com desenvolvimento atípico.

4.3 Para a avaliação da interação mãe-bebê

Para análise da interação foi utilizado o Sistema de Codificação da Interação Mãe-Criança Revisado (CITMI-R) (ALVARENGA; CEREZZO, 2013). O CITMI-R é formado por quatro categorias gerais, das quais três são referentes ao comportamento da mãe (Comportamento Sensível, Intrusivo ou Protetivo) e uma ao comportamento da criança (Aproximação social) durante a interação. O sistema possui categorias que contemplam condutas interativas e não interativas da díade, e, três valências afetivas (positiva, neutra e negativa), que se aplicam apenas às categorias interativas.

Para categorização da interação mãe-bebê no presente estudo, o protocolo CITMI-R (ALVARENGA; CEREZZO, 2013) foi adaptado. O comportamento “Choro/Protesto”, originalmente classificado como comportamento não-interativo, quando direcionado à mãe (contato visual ou olhar) foi classificado como “Apresentação Social negativa”, por configurar um episódio de interação diádica. Também foram incluídas duas categorias não interativas: Regulação e Movimento de Protesto, por serem categorias comportamentais apresentadas pelos bebês analisados, porém, que não se configuravam em uma interação. A Tabela 2 mostra a versão utilizada para a análise dos comportamentos do bebê.

Tabela 2: Categorias e descrições baseadas no protocolo CITMI-R dos comportamentos infantis, adaptadas para este estudo

<i>Classificação</i>	<i>Categoria</i>	<i>Código</i>	<i>Descrição</i>
Interativos	Aproximação social positiva	A+	- Manter contato visual - Sorrir - Gesticular ou vocalizar indicando alegria
	Aproximação social neutra	A0	- Manter contato visual - Gesticular ou vocalizar sem indicação de conteúdo afetivo
	Aproximação social negativa	A-	- Manter contato visual - Manter postura corporal rígida, - Chorar ou protestar dirigido ao adulto
Não-interativos	Condutas de jogo	J	- Explorar objetos ou o próprio corpo sem interação com o adulto - Atentar-se e manter o olhar dirigido a outros locais da sala
	Regulação	R	- Emitir comportamentos de auto conforto (colocar as mãos ou pés na boca, chupeta ou outros objetos, como a roupa, fechar os olhos, desviar o olhar da mãe, balançar-se para trás, para frente ou para os lados, tocar em objetos próximos, apertar as mãos uma contra a outra, comportamentos de bloqueio, como trazer as mãos a frente da cabeça)
	Choro ou Protesto	L	- Bebê, sem interação com o adulto, chora ou protesta
	Passividade/Apatia	Pa	- Não interagir com o adulto ou objetos. - Apresentar expressão de desatenção no rosto.
	Movimento Protesto	MP	- Bebê, sem interação com o adulto, chora ou protesta, movimentando-se e arqueando o corpo

Para descrever os comportamentos específicos que caracterizam as grandes categorias comportamentais infantis propostas no CITMI-R (Aproximação Social e Não-responsivo), foi elaborado um protocolo que tem como base alguns pré-requisitos para que um comportamento seja considerado interativo: contato visual, olhar dirigido para mãe e vocalizações. A ausência desses pré-requisitos faz com que o comportamento infantil seja qualificado como não-interativo. A Tabela 3 mostra os 37 comportamentos específicos infantis propostos para o presente estudo.

Tabela 3: Categorias e descrições dos comportamentos específicos infantis, baseados nas grandes categorias comportamentais propostas no protocolo CITMI-R

<i>Classificação</i>	<i>Categoria</i>	<i>Código</i>	<i>Descrição</i>
Interativos	Aproximação Social Positiva A+	A+1	Manter contato visual com o adulto com sorriso
		A+2	Manter contato visual com o adulto com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação
		A+3	Manter contato visual com o adulto com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação
		A+4b	Manter contato visual com o adulto com sorriso utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo (movimentando-as)
		A+4o	
		A+4m	
		A+5b	Manter contato visual com o adulto com vocalizações* que indiquem alegria e/ou satisfação, utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo (movimentando-as)
		A+5o	
		A+5m	
		A+6b	Manter contato visual com o adulto com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação, utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo movimentando-as
		A+6o	
		A+6m	
	Aproximação Social Neutra A0	A01	Manter contato visual com o adulto
		A02	Manter contato visual com o adulto com vocalizações neutras
		A03b	Manter contato visual com o adulto utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo movimentando-as
		A03o	
		A03m	
		A04b	Manter contato visual com o adulto com vocalizações neutras utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo movimentando-as
		A04o	
		A04m	
		A05	Olhar o adulto
		A06b	Olhar o adulto com vocalizações neutras utilizando brinquedos, objetos e partes do corpo movimentando-as
		A06o	
		A06m	
Não-interativos	Não responsivo	A-1	Manter contato visual com o adulto com choro
		A-2	Manter contato visual com o adulto com movimentação brusca de braços e pernas
		A-3	Manter contato visual com o adulto com choro e com movimentação brusca de braços e pernas
		A-4	Manter contato visual com o adulto e vocalizações de protesto
		A-5	Olhar para o adulto com choro
		A-6	Olhar para o adulto com movimentação brusca de braços e pernas
		A-7	Olhar para o adulto com choro e com movimentação brusca de braços e pernas
		A-8	Olhar para o adulto com vocalizações de protesto
		J	Explorar objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe. Atentar-se e mantém o olhar dirigido a outros locais da sala
		R	Emitir comportamentos de auto conforto (colocar as mãos ou pés na boca, chupeta ou outros objetos, como a roupa, fechar os olhos, desviar o olhar da mãe, balançar-se para trás, para frente ou para os lados, tocar em objetos próximos, apertar as mãos uma contra a outra, comportamentos de bloqueio, como trazer as mãos a frente da cabeça)
		L	Bebê, sem interação com o adulto, chora ou protesta
		Pa	Olhar vago, não direcionado à estímulos do ambiente
		MP	Bebê, sem interação com o adulto, chora ou protesta, movimentando-se e arqueando o corpo.

Para análise do comportamento interativo materno, por opção neste estudo, foram suprimidas as categorias intrusividade e protetiva, pois foram consideradas atividades que interrompem o fluxo comportamental do bebê. Assim, os comportamentos interativos maternos que incluem contato visual ou olhar direcionado à criança foram incluídos na categoria “Sensível Negativo”. Ainda, nos comportamentos ditos não-interativos, a categoria “não responsivo” foi subdividida em: 1) Oferecer brinquedos ou objetos ao bebê; 2) Contato visual com a câmera, outros objetos ou pessoas; 3) Comportamentos de cuidado que não envolvam contato visual ou olhar direcionado a outros objetos, pessoas ou partes da sala. A Tabela 4 mostra a versão utilizada para análise dos comportamentos maternos.

Tabela 4: Categorias e descrições do CITMI-R dos comportamentos maternos, adaptadas para este estudo

<i>Classificação</i>	<i>Categoria</i>	<i>Código</i>	<i>Descrição</i>
Interativos	Comportamento sensível positivo	S+	- Manter contato visual ou olhar dirigido ao bebê - Sorrir - Verbalizar de forma positiva (falar “manhês”, cantar para o bebê, acalmar, elogiar, fazer solicitações, sendo responsiva às iniciativas do bebê) - Gesticular (brincar, tocar, afagar, beijar e fazer brincadeiras com a boca)
	Comportamento sensível neutro	S0	- Manter contato visual ou olhar dirigido ao bebê - Verbalizar sem conteúdo afetivo - Gesticular (brincar, tocar, afagar)
	Comportamento sensível negativo	S-	- Manter contato visual ou olhar dirigido ao bebê - Vocalizar rudes ou com conteúdo negativo - Gesticular (tocar repetidas vezes para chamar a atenção da criança com toques bruscos) - Interromper o fluxo de uma atividade do bebê sem necessidade aparente (muda-lo de posição, retirar brinquedos ou sua mão da boca) - Ser pouco sensível aos sinais do bebê (movimenta-lo excessivamente ou fazer brincadeiras inadequadas que invadem o espaço da criança)
Não-interativos	Comportamento de cuidado	P	- Realizar comportamentos de cuidado (posicionar o bebê, limpar a boca/nariz do bebê, arrumar roupa, tirar a mão/pé do bebê da boca)
	Comportamento não responsivo	F1	- Disponibilizar para o bebê, brinquedos, objetos
		F2	- Manter contato visual com a câmera, objetos, outros materiais ou pessoas na sala

A Tabela 5 apresenta os 68 comportamentos específicos utilizados no presente estudo para análise dos comportamentos maternos. Ressalta-se que em todas as análises feitas, foi respeitada a atribuição das valências aos comportamentos conforme proposto no CITMI-R.

Tabela 5: Categorias e descrições dos comportamentos específicos maternos, baseados nas grandes categorias comportamentais propostas no CITMI-R

<i>Classificação</i>	<i>Categoria</i>	<i>Código</i>	<i>Descrição</i>
Interativos	Sensível Positivo S+	S+1	Manter contato visual com bebê com sorriso
		S+2	Manter contato visual com bebê com sorriso e vocalizações “manhês*”
		S+3b S+3o S+3ts	Manter contato visual com bebê com sorriso, utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
		S+4b S+4o S+4ts	Manter contato visual com o bebê com vocalizações “manhês”, utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
		S+5b S+5o S+5ts	Manter contato visual com bebê com sorriso e vocalizações “manhês”, utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
		S+6	Manter contato visual com bebê com sorriso e de cuidados**
		S+7	Manter contato visual com bebê com vocalizações “manhês” e de cuidados
		S+8	Manter contato visual com bebê com sorriso e vocalizações e de cuidados
		S+9	Olhar para o bebê com sorriso
		S+10	Olhar para o bebê com vocalizações “manhês”
		S+11	Olhar para o bebê com sorriso e vocalizações “manhês”
		S+12b S+12o S+12ts	Olhar para o bebê com sorriso utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
		S+13b S+13o S+13ts	Olhar para o bebê com vocalizações “manhês” utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
		S+14b S+14o S+14ts	Olhar para o bebê com sorriso e vocalizações “manhês” utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
		S+15	Olhar para o bebê com sorriso e comportamentos de cuidados
		S+16	Olhar para o bebê com vocalizações “manhês” e comportamentos de cuidados
		S+17	Olhar para o bebê com sorriso e vocalizações “manhês” e comportamentos de cuidados
	Sensível Neutro S0	S01	Manter contato visual com bebê
		S02b S02o S02ts	Manter contato visual com bebê utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
		S03	Manter contato visual com bebê e comportamentos de cuidados
		S04	Manter contato visual com bebê com vocalizações
		S05b S05o S05ts	Manter contato visual com bebê com vocalizações utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves

		S06	Manter contato visual com bebê, com vocalizações e comportamentos de cuidados
		S07	Olhar para o bebê
		S08b S08o S08ts	Olhar para o bebê utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
		S09	Olhar para o bebê e comportamentos de cuidados
		S010	Olhar para o bebê com vocalizações
		S011b S011o S011ts	Olhar para o bebê com vocalizações utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
		S012	Olhar para o bebê com vocalizações e comportamentos de cuidados
	Sensível Negativo S-	S-1	Manter contato visual com verbalizações rudes
		S-2b S-2o S-2ts	Manter contato visual com verbalizações rudes utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
		S-3	Manter contato visual com toques bruscos, interrompendo a atividade do bebê
		S-4	Manter contato visual com verbalizações rudes e comportamentos de cuidados
		S-5	Manter contato visual com toques bruscos e comportamentos de cuidados
		S-6	Olhar para o bebê com verbalizações rudes ou negativas
		S-7b S-7o S-7ts	Olhar para o bebê com verbalizações rudes ou negativas utilizando brinquedos, objetos ou com toques suaves
		S-8	Olhar para o bebê com toques bruscos, interrompendo a atividade do bebê
		S-9	Olhar para o bebê com verbalizações rudes ou negativas e comportamentos de cuidados
		S-10	Olhar para o bebê com toques bruscos e comportamentos de cuidados
Não-interativos	Não responsivo	F1b F1o F1ts	Disponibilizar para o bebê, brinquedos, objetos
		P	Realizar comportamentos de cuidado (posicionar o bebê, limpar a boca/nariz do bebê, arrumar roupa, tirar a mão/pé do bebê da boca)
		F2	Manter contato visual com a câmera, objetos, outros materiais ou pessoas na sala

* *manhês*: cantar para o bebê, acalmar, elogiar, fazer solicitações, sendo responsiva às iniciativas do bebê

** *comportamentos de cuidado*: posicionar o bebê, limpar a boca/nariz do bebê, arrumar roupa, tirar a mão/pé do bebê da boca

5. Procedimentos

5.1 Para a coleta de dados

Os bebês com SD foram identificados em instituições que tem programas de intervenção precoce. Para a composição desta amostra, foi necessário ampliar o número de instituições que atendessem esta população, buscando-as em outras cidades da região. Optou-se por buscar os bebês com desenvolvimento típico no projeto de extensão coordenado pela orientadora deste projeto, uma vez que, nas escolas de educação infantil era pequeno o número de bebês até seis meses de idade.

Em todos os casos, após a apresentação do projeto e esclarecimento de dúvidas, as mães assinaram o TCLE e, em uma sala de atendimento individual, responderam ao ICIS. Em horário previamente agendado, foi realizada a filmagem da interação mãe-bebê com as díades identificadas com e sem SD, compondo os Grupos 1 e 2. Para a filmagem da interação, foram disponibilizados brinquedos e sua utilização ficava a critério da mãe. A criança poderia estar no colo da mãe ou em outro lugar (bebê conforto, maca ou tablado, por exemplo), de acordo a preferência materna. A filmagem foi realizada por um período de 10 minutos. Após esse registro, as mães com um baixo nível de responsividade, isto é, que apresentam uma frequência mais elevada dos comportamentos negativos e/ou não responsivos (quando comparadas aos comportamentos sensível positivo) foram encaminhadas para serviços de Psicologia das Unidades de Saúde a que pertenciam, atendendo às condições éticas para realização da pesquisa.

5.2 Para a análise dos dados

A análise das filmagens foi realizada seguindo os pressupostos do CITMI-R, isto é, além da pesquisadora outro observador também analisou as filmagens. O treinamento dos observadores seguiu o que foi recomendado por Alvarenga e Cerezo (2013). Inicialmente foi realizada a leitura prévia do manual do instrumento e, posteriormente, foram utilizadas seis filmagens-piloto analisadas repetidas vezes, juntamente com os observadores, possibilitando a resolução das dúvidas (24% dos vídeos). Do total de dez minutos de filmagem da interação, descartaram-se os dois primeiros, seguindo as recomendações do protocolo, por serem considerados um tempo de habituação. Desta forma, os oito minutos seguintes registrados, por opção neste estudo, foram segmentados em episódios de cinco segundos para a categorização

dos comportamentos interativos e não-interativos das díades, nos dois grupos, totalizando 96 episódios em cada uma das filmagens. Foi convencionado que, no primeiro intervalo, o observador começaria codificando o comportamento infantil. A partir daí, foi seguido o fluxo comportamental da mãe e da criança ao longo dos 96 episódios analisados. Essa marcação permitiu o cálculo da fidedignidade entre os observadores, que foi de 87%. Ao final, todos os 50 vídeos foram codificados, respeitando as diretrizes propostas no instrumento.

Os dados de interação coletados foram categorizados, tabulados e submetidos a análises descritivas de suas frequências. As análises estatísticas foram desenvolvidas por meio do software IBM SPSS Statistics 19 (Norusis, 2011). Para verificação da normalidade foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. Como não houve confirmação da hipótese de distribuição normal ($p < 0,05$), optou-se pela utilização de testes não-paramétricos. Desta forma, para verificar a diferença na interação entre grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para análise de correlação entre os comportamentos infantis e maternos de cada grupo foi utilizado o teste de Spearman. Todos os testes foram performados com base em um nível de significância de 5%.

Resultados

Para a análise dos dados, a amostra foi dividida em dois grupos. O G1 ($n=25$) é composto por mães e bebês diagnosticados com SD e o G2 ($n=25$) por mães e bebês sem o diagnóstico de SD. A seguir serão apresentados os dados da comparação entre os comportamentos interativos e não interativos infantis de G1 e G2.

A Tabela 6 apresenta os dados de comparação das grandes categoriais comportamentais infantis de G1 e G2. Embora tenham sido observadas diferenças entre os grupos, elas não foram estatisticamente significativas ($p > 0,05$ em todas as categorias analisadas). Observa-se que os bebês do G1 apresentaram mais comportamentos de Aproximação Social Positiva ($MD=1,0$) e Aproximação Social Neutra ($MD=17,0$), enquanto os bebês do G2 apresentaram mais comportamentos de Aproximação Social Negativa ($Máx=9$). Em relação aos comportamentos não-interativos, os bebês do G1 apresentaram maior frequência nas categorias comportamentais de Choro ($MD=1,0$), Passividade ($Máx=2,0$) e Movimentos de Protesto ($Máx=5,0$) e os bebês do G2, ficaram mais em Jogo ($MD=69,0$) e Regulação ($Máx=51$).

Tabela 6. Comparação das grandes categorias dos comportamentos interativos e não interativos infantis de G1 e G2.

		G1 (com SD)					G2 (sem SD)					p
		MD	Mín	P25	P75	Máx	MD	Mín	P25	P75	Máx	
Interativos	Aproximação Social Positiva (A+)	1,0	0,0	0,0	10,0	38,0	1,0	0,0	0,0	3,0	24,0	0,489
	Aproximação Social Neutra (A0)	17,0	0,0	12,0	25,0	54,0	14,0	0,0	4,0	27,0	67,0	0,327
	Aproximação Social Negativa (A-)	0,0	0,0	0,0	3,0	7,0	0,0	0,0	0,0	3,0	9,0	0,966
Não-interativos (NI)	Jogo (J)	64,0	14,0	56,0	78,0	88,0	69,0	19,0	51,0	89,0	96,0	0,277
	Regulação (R)	0,0	0,0	0,0	0,0	26,0	0,0	0,0	0,0	0,0	51,0	0,615
	Choro (L)	1,0	0,0	0,0	6,0	26,0	0,0	0,0	0,0	5,0	34,0	0,660
	Passividade (Pa)	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,317
	Movimento de Protesto (MP)	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,077

Teste de Mann-Whitney * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

A Tabela 7 mostra a comparação dos comportamentos específicos interativos e não-interativos infantis de G1 e G2. Devido ao número elevado de categorias específicas para os comportamentos infantis (37) e maternos (68), conforme apresentados nas Tabelas 3 e 4, optou-se por apresentar apenas as categorias cujas diferenças entre os grupos forma estatisticamente significativas. Observa-se que o comportamento interativo infantil de Aproximação Social Positiva 2 (A+2), *Contato visual com mãe com vocalizações que indicam satisfação e/ou alegria*, apresentou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,035$), indicando que os bebês do G1 emitiram mais este comportamento que o G2.

Dentre os comportamentos não-interativos infantis, pode-se verificar uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,039$), apontando que os bebês do G1 (Máx=5,0) exibiram mais Movimentos de Protesto (MP) do que os bebês do G2 (Máx=0,0).

Tabela 7: Comparação das categorias específicas dos comportamentos interativos positivos, neutros, negativos e não-interativos infantis e G1 e G2.

		G1 (com SD)					G2 (sem SD)					P
		MD	Mín	P25	P75	Máx	MD	Mín	P25	P75	Máx	
Interativos positivos	A+2	0,0	0,0	0,0	1,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,035*
Não-interativos	MP	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,039*

Teste de Mann-Whitney * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

A comparação das grandes categorias comportamentais maternas de G1 e G2 são apresentadas na Tabela 8. Observa-se que as mães do G1 (MD=55,0) tiveram de forma estatisticamente significativa ($p=0,007$) mais comportamentos interativos na categoria Sensível Positivo (S+) durante a interação do que as mães do G2 (MD=27,0). Em contrapartida, as mães de bebês sem SD apresentaram frequências mais elevadas nas categorias comportamentais Sensível Neutro (G1: MD=36; G2: MD=57,0; $p=0,034$) e Sensível Negativo (G1: Máx=1,0; G2: Máx= 24,0; $p=0,004$). Considerando os comportamentos não-interativos maternos, observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) apenas na categoria “Olhar dirigido para outros locais da sala”, sendo a maior frequência atribuída as mães do G2 (MD=1,0).

Tabela 8. Comparação das grandes categorias dos comportamentos interativos e não interativos maternos de G1 e G2.

		G1 (com SD)					G2 (sem SD)					p
		MD	Mín	P25	P75	Máx	MD	Mín	P25	P75	Máx	
Interativos	Sensível Positivo (S+)	55,0	14,0	24,0	92,0	96,0	27,0	0,0	8,0	55,0	90,0	0,007*
	Sensível Neutro (S0)	36,0	0,0	3,0	70,0	80,0	57,0	3,0	35,0	72,0	96,0	0,034**
	Sensível Negativo (S-)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	2,0	24,0	0,004*
Não-interativos (NI)	Oferecer brinquedo (F1B)	1,0	0,0	1,0	3,0	10,0	1,0	0,0	0,0	3,0	10,0	0,921
	Oferecer objeto (F1O)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,556
	Protetivo (P)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,0	0,146
	Olhar para outros locais (F2)	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	1,0	0,0	0,0	2,0	19,0	0,001*

Teste de Mann-Whitney * $p<0,05$ ** $p<0,01$

A mesma comparação foi feita considerando as categorias comportamentais interativas e não-interativas maternas de G1 e G2. A Tabela 9 mostra os resultados dos comportamentos maternos cuja diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa. Dentre os comportamentos interativos positivos maternos, observa-se que as mães do G1 apresentaram com mais frequência os comportamentos: *Contato visual com o bebê com sorriso, utilizando brinquedos* (S+3B) ($p=0,035$); *Contato visual com sorriso e vocalizações “manhês” utilizando brinquedos* (S+5B) ($p=0,024$); *Olhar para bebê com vocalizações “manhês” utilizando brinquedos* (S+13B) ($p=0,028$) e *Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” utilizando*

brinquedos (S+14B) ($p=0,000$). Em relação aos comportamentos interativos neutros maternos, observou-se que as mães do G2 foram mais frequentes em algumas categorias quando comparadas as mães do G1, gerando diferenças estatisticamente significativas para os comportamentos: entre os grupos nas categorias: *Contato visual com o bebê com vocalizações utilizando toques suaves* (S05TS) ($p=0,007$); *Olhar o bebê* (S07) ($p=0,013$); *Olhar bebês com vocalizações* (S010) ($p=0,034$) e *Olhar bebê com vocalizações e comportamentos de cuidados* (S012) ($p=0,025$). Considerando os comportamentos interativos negativos maternos, verificou-se que as mães do G2 apresentaram significativamente mais dois dos comportamentos observados do que as mães do G1: *Contato visual com toques bruscos, interrompendo a atividade do bebê* (S-3) ($p=0,020$) e *Olhar bebê com toques bruscos, interrompendo sua atividade* (S-8) ($p=0,005$). Quanto aos comportamentos maternos não-interativos, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos para o comportamento *Contato visual com a câmera, objetos, outros materiais ou pessoas na sala* (F2) ($p=0,001$), sendo que as mães do G2 emitiram mais esse comportamento do que as mães do G1.

Tabela 9. Comparação das categorias específicas dos comportamentos interativos positivos, neutros e negativos maternos de G1 e G2.

		G1 (com SD)					G2 (sem SD)					p
		MD	Mín	P25	P75	Máx	MD	Mín	P25	P75	Máx	
<i>Interativos positivos</i>	S+3B	0,0	0,0	0,0	1,0	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,035*
	S+5B	1,0	0,0	0,0	6,0	20,0	0,0	0,0	0,0	2,0	16,0	0,024*
	S+13B	1,0	0,0	0,0	3,0	21,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0	0,028*
	S+14B	7,0	1,0	3,0	25,0	47,0	0,0	0,0	0,0	3,0	18,0	0,000**
<i>Interativos neutros</i>	S05TS	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0	0,0	0,0	0,0	2,0	32,0	0,007**
	S07	0,0	0,0	0,0	1,0	7,0	1,0	0,0	0,0	8,0	16,0	0,013*
	S010	0,0	0,0	0,0	4,0	7,0	3,0	0,0	0,0	7,0	26,0	0,034*
	S012	0,0	0,0	0,0	5,0	42,0	5,0	0,0	1,0	11,0	53,0	0,025*
<i>Interativos negativos</i>	S-3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,020*
	S-8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	23,0	0,005**
<i>Não-interativos</i>	F2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	1,0	0,0	0,0	2,0	19,0	0,001**

Teste de Mann-Whitney * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Foram investigadas, também, as relações entre os comportamentos infantis e maternos apresentados por G1 e G2. A Tabela 10 mostra os dados dessa associação para mães e bebês do G1. Observa-se que o comportamento interativo infantil de Aproximação Social Positiva do bebê (A+), correlacionou-se positivamente com o comportamento Sensível Positivo materno ($p=0,016$) e negativamente com o comportamento materno Sensível Neutro ($p=0,025$). Em

relação aos comportamentos não-interativos do bebê, a categoria Jogo apresentou uma correlação positiva com o comportamento materno não-interativo “Disponibilizar brinquedos ao bebê” ($p=0,020$). Outro comportamento não-interativo do bebê, o Choro (não dirigido à mãe) correlacionou-se negativamente com a categoria interativa materna Sensível Positivo ($p=0,014$) e positivamente com o comportamento interativo materno Sensível Neutro ($p=0,005$).

Tabela 10: Correlação das grandes categorias comportamentais interativas e não-interativas infantis e maternas de G1.

		<i>Sensível Positivo</i>	<i>Sensível Neutro</i>	<i>Sensível Negativo</i>	<i>Disponib. brinquedo</i>	<i>Disponib. objeto</i>	<i>Protetivo</i>	<i>Olhar outros locais</i>
		<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
<i>Interativos</i>	<i>Aprox. Social Positiva (A+)</i>	,476*	-,448*	-,220	-,101	,322	,147	-,019
	<i>Aprox. Social Neutra (A0)</i>	,339	-,311	-,269	-,280	,085	-,057	-,035
	<i>Aprox. Social Negativa (A-)</i>	,171	-,133	-,183	-,298	-,183	-,183	,231
	<i>Jogo (J)</i>	-,293	,238	,283	,462*	-,156	,128	,173
<i>Não-interativos</i>	<i>Regulação (R)</i>	-,348	,348	-,060	,031	-,060	-,060	-,146
	<i>Choro (L)</i>	-,485*	,547**	,220	-,044	-,220	-,220	-,247
	<i>Passividade (Pa)</i>	,142	-,142	-,042	,102	-,042	-,042	-,101
	<i>Movimento de Protesto (MP)</i>	,317	-,353	-,075	-,244	-,075	-,075	,199

Teste de Spearman * $p<0,05$ ** $p<0,01$

As correlações das grandes categorias comportamentais infantis e maternas referentes ao grupo de mães e bebês sem SD são apresentadas na Tabela 11. Observa-se uma correlação positiva entre o comportamento interativo infantil de Aproximação Social Positiva e o comportamento interativo materno Sensível Positivo ($p=0,002$) e uma correlação negativa com os comportamentos maternos Sensível Neutro ($p=0,001$) e *Contato visual ou olhar dirigido para câmera, objetos, outros materiais ou pessoas* ($p=0,048$). Outra correlação negativa verificada foi entre o comportamento interativo infantil de Aproximação Social Negativa e o comportamento não-interativo materno de *Disponibilizar brinquedos ao bebê* ($p=0,043$). Não foram observadas diferenças estatisticamente estatísticas entre as categorias comportamentais não-interativas infantis e os comportamentos interativos e não-interativos maternos.

Tabela 11: Correlação das grandes categorias comportamentais interativas e não-interativas infantis e maternas de G2.

		<i>Sensível Positivo</i>	<i>Sensível Neutro</i>	<i>Sensível Negativo</i>	<i>Disponib. brinquedo</i>	<i>Disponib. objeto</i>	<i>Protetivo</i>	<i>Olhar outros locais</i>
		<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
<i>Interativos</i>	<i>Aprox. Social Positiva (A+)</i>	,591**	-,636**	,267	-,062	-,180	-,064	-,399*
	<i>Aprox. Social Neutra (A0)</i>	,289	-,189	-,102	-,276	,143	-,098	-,226
	<i>Aprox. Social Negativa (A-)</i>	,129	,026	-,241	-,409*	-,248	-,365	-,226
<i>Não-interativos</i>	<i>Jogo (J)</i>	-,297	,180	,182	,382	,051	,200	,170
	<i>Regulação (R)</i>	,038	,066	-,268	-,155	,308	,134	,211
	<i>Choro (L)</i>	-,106	,100	-,096	-,041	-,110	-,086	,099

Teste de Spearman * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Foram verificadas possíveis correlações entre os comportamentos específicos infantis e maternos. Estão apresentados nas Tabelas somente aqueles comportamentos que apresentaram relação significativa entre si. A Tabela 12 apresenta as correlações entre os comportamentos de interação positiva dos bebês associados aos comportamentos positivos, neutros e não interativos das mães do G1. Observou-se uma correlação positiva dos comportamentos infantis: *Contato com a mãe com sorriso (A+1)* ($p=0,026$), *Contato visual com a mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação (A+2)* ($p=0,011$), *Contato visual com a mãe com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação (A+3)* ($p=0,001$), *Contato visual com a mãe com sorriso movimentando partes do corpo (A+4M)* ($p=0,007$) e *Contato visual com a mãe, com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação, movimentando partes do corpo (A+6M)* ($p=0,022$) com a comportamento interativo positivo materno *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês utilizando toques suaves (S+5TS)*. Os comportamentos interativos dos bebês *Contato com a mãe com sorriso (A+1)* ($p=0,001$) e *Contato visual com a mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação (A+2)* ($p=0,003$) correlacionaram positivamente com o comportamento interativo materno *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês (S+2)*. Os comportamentos interativos positivos do bebê *Contato visual com a mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação (A+2)* ($p=0,028$) e *Contato visual com a mãe com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação (A+3)* ($p=0,007$) correlacionaram negativamente com o comportamento interativo positivo maternos *Olhar bebê com sorriso utilizando brinquedos*

(S+12B). O comportamento do bebê *Contato visual com a mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+2) correlacionou positivamente com o comportamento interativo positivo materno *Contato visual com o bebê com sorriso, vocalizações manhês e comportamentos de cuidado* (S+8) ($p=0,012$). Os comportamentos *Contato visual com a mãe com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+3) ($p=0,004$) e *Contato visual com a mãe com sorriso movimentando partes do corpo* (A+4M) ($p=0,032$) correlacionaram positivamente com o comportamento materno *Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” com toques suaves* (S+14TS). O comportamento do bebê *Contato visual com a mãe com sorrisos utilizando brinquedos* (A+4B) correlacionou positivamente com os comportamentos maternos *Contato visual com bebê com sorriso* (S+1) ($p=0,000$) e *Contato visual com bebê com sorriso, utilizando toques suaves* (S+3TS) ($p=0,000$). O comportamento de interação positivo do bebê *Contato visual com a mãe com sorriso movimentando partes do corpo* (A+4M) correlacionou positivamente com os comportamentos interativos maternos *Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês”* (S+11) ($p=0,008$) e *Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” e comportamentos de cuidados* (S+17) ($p=0,036$).

Considerando as correlações entre os comportamentos interativos positivos infantis e os comportamentos interativos neutros da mãe observou-se que o comportamento dos bebês *Contato com a mãe com sorriso* (A+1) ($p=0,050$) e *Contato visual com a mãe com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+3) ($p=0,038$) correlacionou negativamente com os comportamentos neutros maternos *Olhar bebê com vocalizações e comportamentos de cuidados* (S012). O comportamento positivo interativo dos bebês *Contato visual com a mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+2) correlacionou negativamente com o comportamento materno *Olhar bebê* (S07) ($p=0,036$). O comportamento interativo positivo dos bebês *Contato visual com a mãe com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+3) correlacionou negativamente com o comportamento maternos neutro *Olhar bebê com vocalizações* (S010) ($p=0,038$). O comportamento interativo positivo do bebê *Contato visual com a mãe com sorrisos utilizando brinquedos* (A+4B) correlacionou-se positivamente com o comportamento interativo materno neutro *Contato visual com o bebê com toques suaves* (S02TS) ($p=0,022$). O comportamento interativo positivo dos bebês *Contato visual com a mãe com sorriso movimentando partes do corpo* (A+4M) correlacionou negativamente com o comportamento interativo materno neutro *Olhar bebê com vocalizações utilizando brinquedos* (S011B) ($p=0,019$).

Os comportamentos interativos positivos dos bebês *Contato visual com a mãe com sorrisos utilizando brinquedos* (A+4B) e *Contato visual com a mãe com sorriso movimentando*

partes do corpo (A+4M) correlacionou positivamente com o comportamento não-interativo materno *Oferecer objetos* (F1O) ($p=0,000$). O comportamento interativo positivo dos bebês *Contato visual com a mãe com sorriso, vocalizações e movimentando partes do corpo* (A+6M) correlacionou negativamente com o comportamento não interativo materno *Oferecer brinquedos* (F1B) ($p=0,049$). Não houve correlação entre os comportamentos específicos interativos positivos infantis e os comportamentos específicos interativos negativos maternos.

Tabela 12: Correlação das categorias comportamentais interativas específicas positivas infantis e categorias comportamentais específicas interativas positivas, neutras e não-interativas maternas de G1.

Comportamentos maternos		Comportamentos infantis interativos positivos					
		A+1	A+2	A+3	A+4B	A+4M	A+6M
Interativos positivos		<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
	S+1	,143	,038	,050	,735**	,181	-,128
	S+2	,629**	,565**	,319	,026	,095	,378
	S+3TS	,120	,199	-,101	,722**	-,089	-,060
	S+5TS	,446*	,501*	,632**	,142	,524**	,457*
	S+8	,344	,494*	,124	,059	-,083	,111
	S+11	,173	-,017	,241	,056	,518**	,374
	S+12B	-,317	-,438*	-,529**	-,234	-,353	-,234
	S+14TS	,141	,099	,551**	,258	,429*	,255
Interativos neutros	S+17	,249	,182	,342	,260	,421*	,364
	S02TS	,253	,287	,280	,455*	-,128	-,087
	S07	-,111	-,422*	-,220	,014	,164	-,215
	S010	-,198	-,395	-,417*	-,248	-,365	-,248
	S011B	-,122	-,023	-,390	-,317	-,467*	-,317
Não-interativos	S012	-,396*	-,274	-,417*	-,248	-,365	-,248
	F1B	,091	-,290	-,379	,026	-,185	-,398*
	F1O	-,196	-,149	,345	,662**	,532**	-,060

Teste de Spearman * $p<0,05$ ** $p<0,01$

A Tabela 13 apresenta os dados das correlações dos comportamentos específicos interativos positivos infantis e dos comportamentos específicos interativos positivos, neutros, negativos e não-interativos maternos de G2. Observa-se uma correlação positiva dos comportamentos infantis de *Contato com a mãe com sorriso* (A+1) ($p=0,000$), de *Contato visual com a mãe com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+3) ($p=0,036$), de *Contato visual com mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação, movimentando partes do corpo* (A+5M) ($p=0,024$) e de *Contato visual com a mãe, com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação, movimentando partes do corpo* (A+6M)

($p=0,024$) com a categoria interativa positiva materna *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês* (S+2). Os comportamentos interativos dos bebês *Contato com a mãe com sorriso* (A+1) ($p=0,003$), *Contato visual com a mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+2) ($p=0,048$), *Contato visual com a mãe com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+3) ($p=0,006$), *Contato visual com mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação, movimentando partes do corpo* (A+5M) ($p=0,040$) e *Contato visual com a mãe, com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação, movimentando partes do corpo* (A+6M) ($p=0,041$) correlacionaram positivamente com o comportamento interativo materno *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês utilizando toques suaves* (S+5TS). Os comportamentos interativos positivos do bebê *Contato visual com a mãe com sorriso, movimentando partes do corpo* (A+4M) ($p=0,026$), *Contato visual com mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação, movimentando partes do corpo* (A+5M) ($p=0,004$) e *Contato visual com a mãe, com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação, movimentando partes do corpo* (A+6M) ($p=0,004$) correlacionaram positivamente com o comportamento interativo positivo materno *Olhar bebê com vocalizações “manhês” utilizando brinquedos* (S+13B). Os comportamentos interativos positivos infantis de *Contato com a mãe com sorriso* (A+1) ($p=0,001$), de *Contato visual com a mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+2) ($p=0,036$) e *Contato visual com a mãe com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+3) ($p=0,010$) correlacionaram-se positivamente ao comportamento interativo positivo materno *Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” com toques suaves* (S+14TS). Os comportamentos interativos positivos infantis *Contato visual com mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação, movimentando partes do corpo* (A+5M) ($p=0,045$) e *Contato visual com a mãe, com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação, movimentando partes do corpo* (A+6M) ($p=0,042$), correlacionaram positivamente ao comportamento interativo positivo materno *Olhar bebê com sorriso e vocalizações manhês utilizando brinquedos* (S+14B). Os comportamentos interativos positivos infantis de *Contato com a mãe com sorriso* (A+1) ($p=0,010$) e *Contato visual com a mãe com sorriso e vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+3) ($p=0,022$) correlacionaram-se positivamente ao comportamento interativo positivo materno *Olhar bebê com vocalizações “manhês” e comportamentos de cuidados* (S+16). O comportamento interativo positivo infantil *Contato com a mãe com sorriso* (A+1) se correlacionou positivamente com as categorias interativas positivas maternas *Contato visual com bebê com sorriso e vocalizações “manhês”, utilizando brinquedos* (S+5B) ($p=0,029$) e *Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” e comportamentos de cuidados* (S+17).

($p=0,004$). O comportamento interativo positivo infantil *Contato visual com a mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+2) correlacionou positivamente com o comportamento interativo positivo materno de *Contato visual com o bebê com vocalizações “manhês” com toques suaves* (S+4TS) ($p=0,003$). O comportamento interativo positivo infantil de *Contato visual com a mãe com sorriso, movimentando partes do corpo* (A+4M) correlacionou-se positivamente aos comportamentos interativos positivos maternos de *Contato visual com bebê com sorriso, utilizando brinquedos* (S+4B) ($p=0,038$), de *Contato visual com bebê com vocalizações “manhês” e de cuidados* (S+7) ($p=0,013$) e de *Olhar bebê com vocalizações “manhês” e toques suaves* (S+13TS) ($p=0,007$).

Considerando as correlações entre os comportamentos interativos positivos infantis e os comportamentos interativos negativos da mãe, observa-se que o comportamento dos bebês *Contato com a mãe com sorriso* (A+1) ($p=0,023$) e *Contato visual com a mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+2) ($p=0,033$) se correlacionaram positivamente com o comportamento interativo negativo materno *Contato visual com toques bruscos, interrompendo a atividade do bebê* (S-3). O comportamento interativo positivo infantil *Contato visual com a mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+2) correlacionou positivamente com as categorias interativas negativas maternas de *Contato visual com verbalizações rudes e comportamentos de cuidados* (S-4) ($p=0,004$), de *Contato visual com toques bruscos e comportamentos de cuidados* (S-5) ($p=0,004$) e de *Olhar bebê com toques bruscos, interrompendo a atividade do bebê* (S-8) ($p=0,048$).

Os comportamentos interativos positivos infantis de *Contato com a mãe com sorriso* (A+1) ($p=0,032$) e *Contato visual com a mãe com vocalizações que indiquem alegria e/ou satisfação* (A+2) ($p=0,024$) correlacionaram-se negativamente ao comportamento não-interativo materno *Contato visual com a câmera e objetos e outros materiais disponíveis na sala* (F2). Não houve correlação entre os comportamentos interativos positivos infantis e as categorias comportamentais interativas neutras maternas.

Tabela 13: Correlação das categorias comportamentais interativas específicas positivas infantis e categorias comportamentais específicas interativas positivas, negativas e não-interativas maternas de G2.

<i>Comportamentos maternos</i>		<i>Comportamentos infantis</i>					
		A+1	A+2	A+3	A+4M	A+5M	A+6M
		<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
<i>Interativos positivos</i>	S+2	,648**	,215	,422*	,297	,450*	,451*
	S+4B	,096	,365	,002	,417*	,219	,203
	S+4TS	,217	,562**	,111	-,089	-,128	-,128
	S+5B	,437*	,278	,324	,198	,345	,347
	S+5TS	,575**	,399*	,532**	,301	,413*	,412*
	S+7	,263	,214	-,216	,488*	,288	,271
	S+13B	,112	,379	,260	,446*	,556**	,552**
	S+13TS	,220	,272	,173	,527**	,326	,308
	S+14B	,255	,040	,060	,198	,405*	,409*
	S+14TS	,625**	,422*	,503*	-,029	,126	,133
	S+16	,503*	,091	,457*	,378	,191	,177
	S+17	,558**	,066	,295	,283	,307	,302
<i>Interativos negativos</i>	S-3	,453*	,428*	,207	-,101	-,147	-,146
	S-4	,015	,553**	-,101	-,042	-,060	-,060
	S-5	,015	,553**	-,101	-,042	-,060	-,060
	S-8	,158	,399*	,147	-,125	-,181	-,181
<i>Não-interativos</i>	F2	-,431*	-,449*	-,251	,117	-,095	-,105

Teste de Spearman * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

A Tabela 14 apresenta as correlações entre os comportamentos interativos neutros infantis e os comportamentos interativos maternos positivos, neutros e não-interativos de G1. Observa-se uma correlação positiva entre os comportamentos interativos neutros infantis de *Contato visual com mãe utilizando brinquedos* (A03B) e de *Contato visual com mãe com vocalizações neutras utilizando brinquedos* (A04B) com os comportamentos interativos positivos maternos *Contato visual com bebê com sorriso* (S+1) ($p=0,000$ e $p=0,013$) e *Contato visual com bebê com sorriso, e toques suaves* (S+3TS) ($p=0,000$ e $r=1,000$). O comportamento interativo neutro infantil *Contato visual com mãe utilizando brinquedos e movimentando partes do corpo* (A03M) se correlacionou positivamente ($p=0,020$) e o comportamento infantil *Olhar a mãe* (A05) correlacionou-se negativamente ($p=0,018$) com a categoria comportamental interativa positiva materna *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês utilizando toques suaves* (S+5TS). Os comportamentos interativos neutros infantis de *Contato visual com mãe com vocalizações neutras* (A02) ($p=0,012$) e de *Contato visual com mãe com vocalizações neutras utilizando brinquedos* (A04B) ($p=0,032$) correlacionaram-se positivamente ao comportamento interativo positivo materno *Olhar bebê com sorriso* (S+9). O

comportamento interativo neutro infantil *Contato visual com mãe* (A01) apresentou uma correlação positiva aos comportamentos interativos positivos maternos de *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês* (S+2) ($p=0,018$) e de *Contato visual com o bebê com sorriso, vocalizações e comportamentos de cuidados* (S+8) ($p=0,008$). O comportamento interativo neutro infantil de *Contato visual com mãe com vocalizações neutras* (A02) correlacionou positivamente aos comportamentos interativos positivos maternos *Olhar bebê com vocalizações “manhês” utilizando objetos* (S+13O) ($p=0,039$) e *Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” utilizando objetos* (S+14O) ($p=0,039$). O comportamento interativo neutro infantil *Contato visual com mãe utilizando brinquedos e movimentando partes do corpo* (A03M) correlacionou-se positivamente ao comportamento interativo positivo materno de *Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” e comportamentos de cuidados* (S+17) ($p=0,041$). O comportamento interativo neutro infantil *Contato visual com mãe com vocalizações neutras utilizando brinquedos* (A04B) correlacionou positivamente a categoria comportamental materna *Olhar bebê com sorriso com toques suaves* (S+12TS) ($p=0,014$). O comportamento interativo neutro infantil teve uma correlação negativa com os comportamentos interativos positivos maternos de *Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês”* (S+11) ($p=0,018$) e de *Olhar bebê com vocalizações “manhês” utilizando brinquedos* (S+13B) ($p=0,017$).

Considerando as correlações entre os comportamentos interativos neutros infantis e maternos, observa-se que os comportamentos infantis de *Contato visual com mãe utilizando brinquedos* (A03B) ($p=0,022$) e de *Contato visual com mãe com vocalizações neutras utilizando brinquedos* (A04B) ($p=0,000$) correlacionaram-se positivamente ao comportamento interativo neutro materno *Contato visual com o bebê com toques suaves* (S02TS). A categoria comportamental interativa infantil neutra *Contato visual com mãe com vocalizações neutras* (A02) apresentou uma correlação positiva com os comportamentos interativos neutros maternos *Contato visual com bebê com vocalizações utilizando brinquedos* (S05B) ($p=0,010$) e *Olhar bebê com vocalizações e toques suaves* (S011TS) ($p=0,029$). O comportamento interativo neutro infantil de *Contato visual com mãe utilizando brinquedos e movimentando partes do corpo* (A03M) correlacionou-se negativamente com as categorias comportamentais interativas neutras maternas de *Olhar bebê e comportamentos de cuidados* (S09) ($p=0,037$) e de *Olhar bebê com vocalizações* (S010) ($p=0,038$).

Os comportamentos interativos neutros dos bebês *Contato visual com mãe utilizando brinquedos* (A03B) ($r=1,000$) e *Contato visual com mãe utilizando brinquedos e movimentando partes do corpo* (A03M) ($p=0,014$) tiveram uma correlação positiva ao comportamento não-

interativo materno *Disponibilizar para o bebê objetos* (F1O). O comportamento interativo neutro infantil de *Contato visual com mãe com vocalizações neutras* (A02) correlacionou positivamente ao comportamento não-interativo materno *Contato visual com a câmera e objetos e outros materiais disponíveis na sala* (F2) ($p=0,017$).

Tabela 14: Correlação das categorias comportamentais específicas interativas neutras infantis e categorias comportamentais específicas interativas positivas, neutras e não-interativas maternas de G1.

Comportamentos maternos		Comportamentos infantis interativos neutros					
		A01	A02	A03B	A03M	A04B	A05
		<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
Interativos positivos	S+1	-,119	,186	,735**	,381	,488*	0,000
	S+2	,469*	,188	,026	,228	,273	-,203
	S+3B	-,032	,339	,195	,041	,397*	,427*
	S+3TS	-,213	-,113	,722**	,344	1,000**	-,113
	S+5TS	,223	,025	,142	,463*	,043	-,467*
	S+8	,516**	-,179	,059	,264	,205	,023
	S+9	-,207	,496*	,236	,148	,430*	-,163
	S+11	,126	-,027	,056	,182	-,247	-,469*
	S+12TS	,073	-,090	,295	,005	,487*	,190
	S+13B	-,155	-,058	,012	-,030	,208	-,471*
	S+13O	-,113	,416*	-,060	,344	-,042	-,113
	S+14O	-,113	,416*	-,060	,344	-,042	-,113
	S+17	,032	-,249	,260	,412*	,180	-,280
Interativos neutros	S02TS	-,030	-,164	,455*	,163	,662**	-,164
	S05B	,159	,507**	-,181	-,113	-,126	,261
	S09	-,132	-,328	-,249	-,419*	-,172	,042
	S010	-,093	,138	-,248	-,417*	-,172	-,017
	S011TS	,014	,436*	-,231	-,210	-,160	,078
Não-interativos	F1O	-,170	-,113	,662**	,486*	-,042	-,113
	F2	-,010	,471*	-,146	,005	-,101	-,276

Teste de Spearman * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Foram verificadas correlações entre os comportamentos interativos neutros dos bebês e os comportamentos interativos maternos positivos, neutros, negativos e não-interativos de G2. A Tabela 15 apresenta esses dados. Observa-se que os comportamentos interativos neutros infantis de *Contato visual com mãe* (A01) ($p=0,017$), de *Contato visual com mãe com vocalizações neutras* (A02) ($p=0,023$) e de *Contato visual com mãe utilizando brinquedos e movimentando partes do corpo* (A03M) ($p=0,040$) correlacionaram positivamente ao comportamento interativo positivo materno *Contato visual com bebê com sorriso e*

vocalizações “manhês”, utilizando brinquedos (S+5B). Os comportamentos interativos neutros dos bebês *Contato visual com mãe* (A01) ($p=0,005$) e *Contato visual com mãe utilizando brinquedos e movimentando partes do corpo* (A03M) ($p=0,026$) correlacionaram-se positivamente ao comportamento interativo materno positivo de *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês* (S+2). As categorias comportamentais interativas infantis de *Contato visual com mãe* (A01) e *Contato visual com mãe com vocalizações neutras* (A02) correlacionaram-se positivamente ao comportamento interativo materno positivo *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês utilizando toques suaves* (S+5TS) (A01 $p=0,013$; A02 $p=0,047$) e negativamente ao comportamento interativo das mães de *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês utilizando toques suaves* (S+5TS) ($p=0,039$; $p=0,018$). O comportamento interativo neutro dos bebês *Contato visual com mãe* (A01), teve uma correlação negativa com o comportamento interativo positivo materno de *Olhar bebê com sorriso utilizando brinquedos* (S+12B) ($p=0,018$) e positiva com *Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” com toques suaves* (S+14TS) ($p=0,013$) e *Olhar bebê com vocalizações “manhês” e comportamentos de cuidados* (S+16) ($p=0,027$). O comportamento interativo neutro infantil *Contato visual com mãe com vocalizações neutras* (A02) correlacionou-se positivamente ao comportamento interativo positivo materno *Contato visual com bebê com sorriso, e toques suaves* (S+3TS) ($p=0,039$). A categoria comportamental interativa neutra infantil *Contato visual com mãe utilizando brinquedos* (A03B) correlacionou com o comportamento interativo positivo materno de *Contato visual com bebê com sorriso e de cuidados* (S+6) ($p=0,000$). O comportamento interativo neutro dos bebês *Contato visual com mãe utilizando brinquedos e movimentando partes do corpo* (A03M) correlacionou positivamente aos comportamentos maternos interativos positivos *Contato visual com bebê com sorriso, utilizando brinquedos* (S+3B) ($p=0,033$), *Olhar bebê com vocalizações “manhês” utilizando brinquedos* (S+13B) ($p=0,011$) e *Olhar bebê com vocalizações “manhês” e toques suaves* (S+13TS) ($p=0,014$). O comportamento interativo neutro infantil *Contato visual com mãe com vocalizações neutras e movimentando partes do corpo* (A04M) correlacionou positivamente a categoria comportamental interativa positiva materna de *Contato visual com o bebê com vocalizações “manhês” com toques suaves* (S+4TS) ($p=0,006$).

Considerando as correlações entre os comportamentos interativos neutros infantis e maternos, observou-se que os comportamentos dos bebês *Contato visual com mãe* (A01) e *Contato visual com mãe com vocalizações neutras* (A02) correlacionaram-se positivamente aos comportamentos maternos de *Contato visual com bebê com vocalizações utilizando brinquedos* (S05B) (A01 e A02 $p=0,20$) e *Olhar bebê* (S07) (A01 $p=0,031$; A02 $p=0,018$). A categoria

comportamental interativa neutra infantil *Contato visual com mãe utilizando brinquedos* (A03B) correlacionou positivamente com as categorias interativas neutras maternas *Contato visual com bebê* (S01) ($p=0,025$), *Contato visual com o bebê com toques suaves* (S02TS) ($p=0,004$) e *Contato visual com bebê e comportamentos de cuidados* (S03) ($p=0,013$), com a categoria interativa negativa materna de *Olhar bebê com verbalizações rudes ou negativas e comportamentos de cuidados* (S-9) ($p=0,000$) e com a categoria não-interativa materna *Realizar comportamentos de cuidado* (P) ($p=0,006$).

Tabela 15: Correlação das categorias comportamentais específicas interativas neutras infantis e categorias comportamentais específicas interativas positivas, neutras, negativas e não-interativas maternas de G2.

Comportamentos maternos		Comportamentos infantis interativos neutros				
		A01	A02	A03B	A03M	A04M
		<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
Interativos positivos	S+2	,542**	,307	-,208	,445*	,146
	S+3B	,120	-,205	-,075	,427*	,227
	S+3TS	,227	,416*	-,042	-,101	-,075
	S+4TS	,372	,237	-,089	,354	,538**
	S+5B	,473*	,452*	-,148	,414*	,214
	S+5TS	,491*	,401*	,120	,385	,101
	S+6	,102	-,164	,692**	-,146	-,109
	S+9	-,416*	-,468*	,078	-,079	-,130
	S+12B	-,471*	-,135	,078	-,002	-,048
	S+13B	,070	,161	-,101	,498*	,146
	S+13TS	-,010	,066	-,075	,486*	,304
	S+14TS	,490*	,316	-,248	,100	,029
	S+16	,442*	,176	-,113	,240	,115
Interativos neutros	S01	-,107	,243	,446*	-,056	,086
	S02TS	,181	-,205	,551**	-,183	-,136
	S03	-,042	,031	,489*	,020	,173
	S05B	,464*	,462*	-,161	,342	,184
	S07	-,432*	-,469*	,291	-,159	-,202
Interativos negativos	S-9	-,160	-,164	,662**	-,146	-,109
Não-interativos	P	-,244	-,241	,532**	-,215	-,160

Teste de Spearman * $p<0,05$ ** $p<0,01$

A Tabela 16 apresenta as correlações entre os comportamentos interativos negativos e não-interativos infantis e os comportamentos interativos positivos, neutros e não-interativos maternos de G1. Observa-se uma correlação positiva entre o comportamento interativo infantil *Contato visual com mãe com choro* (A-1) e os comportamentos interativos positivos maternos

Olhar bebê com vocalizações “manhês” utilizando brinquedos (S+13B) (p=0,015), Olhar bebê com vocalizações “manhês” utilizando objetos (S+13O) (p=0,023) e Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” utilizando objetos (S+14O) (p=0,023). O comportamento não-interativo infantil de *Jogo – Exploração de objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe ou atenta-se, mantendo o olhar dirigido a outros locais da sala (J)* correlacionou positivamente ao comportamento interativo materno *Contato visual com o bebê com sorriso, vocalizações e comportamentos de cuidados (S+8) (p=0,026).* O comportamento não-interativo dos bebês de *Choro - Bebê, sem interação com a mãe, chora ou protesta (L),* correlacionou negativamente aos comportamentos interativos positivos maternos de *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês (S+2) (p=0,023), Contato visual com bebê com sorriso e vocalizações “manhês”, utilizando brinquedos (S+5B) (p=0,035), Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês utilizando toques suaves (S+5TS) (p=0,023) e Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” (S+11) (p=0,010).* Essa mesma categoria infantil se correlacionou positivamente ao comportamento interativo positivo materno de *Olhar bebê com vocalizações “manhês” e comportamentos de cuidados (S+16) (p=0,048).* O comportamento não-interativo infantil de *Passividade – Olhar vago, não direcionado à estímulos do ambiente (Pa)* correlacionou positivamente aos comportamentos interativos positivos maternos *Contato visual com bebê com sorriso (S+1) (p=0,013), Contato visual com bebê com sorriso, utilizando brinquedos (S+3B) (p=0,049), Contato visual com bebê com sorriso, e toques suaves (S+3TS) (r=1,000), Olhar bebê com sorriso (S+9) (p=0,032) e Olhar bebê com sorriso com toques suaves (S+12TS) (p=0,014).* O comportamento não-interativo infantil de *Movimentos de Protesto – Bebê, sem interação com a mãe, chora ou protesta, movimentando-se e arqueando o corpo (MP)* correlacionou positivamente aos comportamentos interativos positivos maternos de *Contato visual com bebê com vocalizações “manhês” e de cuidados (S+7) (p=0,021), Olhar bebê com vocalizações “manhês” (S+10) (p=0,028), Olhar bebê com vocalizações “manhês” utilizando objetos (S+13O) (p=0,006), Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” utilizando objetos (S+14O) (p=0,006) e Olhar bebê com sorriso e vocalizações “manhês” e comportamentos de cuidados (S+17) (p=0,025).*

Considerando os comportamentos interativos não-interativos infantis e os comportamentos interativos neutros e não-interativos maternos, observa-se uma correlação positiva entre o comportamento infantil de *Jogo – Exploração de objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe ou atenta-se, mantendo o olhar dirigido a outros locais da sala (J)* e os comportamentos maternos *Olhar bebê utilizando brinquedos (S08B) (p=0,029), Olhar bebê com vocalizações (S010) (p=0,041) e Disponibilizar para o bebê brinquedos (F1B) (p=0,020).*

O comportamento não-interativo infantil de *Regulação – Comportamentos de auto conforto* (R) correlacionou positivamente ao comportamento interativo materno *Olhar bebê com vocalizações e comportamentos de cuidados* (S012) ($p=0,008$). A categoria comportamental não-interativa infantil *Choro – Bebê, sem interação com a mãe, chora ou protesta* (L) correlacionou positivamente ao comportamento interativo neutro materno *Olhar bebê com vocalizações e comportamentos de cuidados* (S012) ($p=0,003$). O comportamento não-interativo infantil de *Passividade – Olhar vago, não direcionado à estímulos do ambiente* (Pa) correlacionou positivamente ao comportamento interativo neutro materno *Contato visual com o bebê com toques suaves* (S02TS) ($p=0,000$). E, o comportamento não-interativo infantil de *Movimentos de Protesto – Bebê, sem interação com a mãe, chora ou protesta, movimentando-se e arqueando o corpo* (MP) apresentou uma correlação positiva com a categoria interativa neutra materna de *Contato visual com bebê e comportamentos de cuidados* (S03) ($p=0,009$).

Tabela 16: Correlação das categorias comportamentais específicas interativas negativas e não-interativas infantis e categorias comportamentais interativas específicas positivas, neutras e não-interativas maternas de G1.

Comportamentos maternos		Comportamentos infantis interativos negativos e não-interativos						
		A-1	A-4	J	R	L	Pa	MP
		<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
Interativos positivos	S+1	-,242	-,267	-,139	-,128	-,354	,488*	-,189
	S+2	,094	,348	-,327	-,373	-,452*	,273	-,029
	S+3B	-,267	-,149	,164	-,215	,107	,397*	-,317
	S+3TS	-,114	-,125	-,227	-,060	-,015	1,000**	-,089
	S+5B	-,121	-,018	-,004	-,375	-,423*	,202	-,160
	S+5TS	,298	,248	-,197	-,375	-,452*	,043	,163
	S+7	,377	,350	-,346	,191	,319	-,113	,459*
	S+8	,073	,385	-,445*	-,198	,073	,205	,341
	S+9	,089	-,167	,167	-,181	-,164	,430*	,032
	S+10	,172	,018	-,126	,143	,094	-,149	,439*
	S+11	,023	,131	,047	-,357	-,504*	-,247	,130
	S+12TS	-,276	-,305	,077	-,147	,031	,487*	,052
	S+13B	,480*	,254	-,074	,054	,130	,208	,049
	S+13O	,454*	-,125	,057	-,060	-,220	-,042	,532**
	S+14O	,454*	-,125	,057	-,060	-,220	-,042	,532**
	S+16	,012	,368	-,024	-,146	,400*	-,101	,335
	S+17	,209	,357	-,268	-,282	-,264	,180	,448*
Interativos neutros	S02TS	-,164	-,181	-,093	-,087	-,175	,662**	-,128
	S03	-,205	,111	,019	-,109	,095	-,075	,509**
	S08B	-,296	-,310	,436*	-,053	,107	,015	-,353
	S010	-,125	-,258	,411*	-,011	,161	-,172	-,106
	S012	,122	,064	-,051	,518**	,574**	-,172	,007
Não-interativos	F1B	-,357	-,272	,462*	,031	-,044	,102	-,354

Teste de Spearman * $p<0,05$ ** $p<0,01$

As correlações entre os comportamentos interativos neutros e não-interativos infantis e os comportamentos interativos positivos, neutros e não-interativos maternos de G2 também foram investigadas. A Tabela 17 apresenta esse dado. Observa-se uma correlação positiva entre os comportamentos infantis de *Contato visual com mãe com choro* (A-1) ($p=0,008$) e de *Choro – Bebê, sem interação com a mãe, chora ou protesta* (L) ($p=0,000$) e, uma correlação negativa do comportamento infantil de *Jogo – Exploração de objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe ou atenta-se, mantendo o olhar dirigido a outros locais da sala* (J) ($p=0,001$) com a categoria comportamental materna *Contato visual com o bebê com sorriso, vocalizações e comportamentos de cuidados* (S+8). Os comportamentos infantis *Contato visual com mãe com choro* (A-1) ($p=0,045$) e *Choro – Bebê, sem interação com a mãe, chora ou protesta* (L) ($p=0,019$) correlacionaram negativamente ao comportamento interativo positivo materno *Olhar bebê com sorriso e vocalizações manhês utilizando brinquedos* (S+14B). Os comportamentos não-interativos infantis de *Jogo – Exploração de objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe ou atenta-se, mantendo o olhar dirigido a outros locais da sala* (J) ($p=0,026$) e de *Choro – Bebê, sem interação com a mãe, chora ou protesta* (L) ($p=0,032$) se correlacionaram negativamente ao comportamento interativo positivo materno *Olhar bebê com vocalizações “manhês” e comportamentos de cuidados* (S+16). A categoria comportamental não-interativa infantil *Jogo – Exploração de objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe ou atenta-se, mantendo o olhar dirigido a outros locais da sala* (J) correlacionou-se negativamente aos comportamentos interativos positivos maternos *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês* (S+2) ($p=0,007$), *Contato visual com bebê com sorriso e vocalizações “manhês”, utilizando brinquedos* (S+5B) ($p=0,028$) e *Contato visual com o bebê com sorriso e vocalizações manhês utilizando toques suaves* (S+5TS) ($p=0,021$) e, positivamente ao comportamento materno *Olhar bebê com sorriso* (S+9) ($p=0,017$). O comportamento não-interativo infantil de *Regulação – Comportamentos de auto conforto* (R) teve uma correlação positiva com o comportamento interativo positivo materno *Olhar bebê com vocalizações “manhês”* (S+10) ($p=0,020$). O comportamento não-interativo infantil *Choro – Bebê, sem interação com a mãe, chora ou protesta* (L) ainda apresentou uma correlação negativa ao comportamento interativo positivo materno de *Olhar bebê com sorriso utilizando brinquedos* (S+12B) ($p=0,010$).

Considerando os comportamentos interativos negativos e não-interativos dos bebês e os comportamentos neutros maternos, observa-se uma correlação positiva dos comportamentos infantis de *Contato visual com mãe com choro* (A-1) ($p=0,000$), de *Contato visual com a mãe e vocalizações de protesto* (A-4) ($p=0,002$) e de *Choro – Bebê, sem interação com a mãe, chora*

ou protesta (L) ($p=0,006$) e uma correlação negativa do comportamento infantil *Jogo – Exploração de objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe ou atenta-se, mantendo o olhar dirigido a outros locais da sala* (J) ($p=0,002$) com o comportamento materno *Contato visual com bebê, com vocalizações e comportamentos de cuidados* (S06). O comportamento interativo negativo infantil de *Contato visual com a mãe e vocalizações de protesto* (A-4) correlacionou-se positivamente ($p=0,006$) e o comportamento não-interativo de *Jogo – Exploração de objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe ou atenta-se, mantendo o olhar dirigido a outros locais da sala* (J) correlacionou-se negativamente a categoria comportamental neutra materna *Contato visual com bebê com vocalizações utilizando brinquedos* (S05B). O comportamento não-interativo infantil de *Jogo – Exploração de objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe ou atenta-se, mantendo o olhar dirigido a outros locais da sala* (J) correlacionou-se negativamente ($p=0,017$) e o comportamento infantil de *Regulação – Comportamentos de auto conforto* (R) correlacionou-se positivamente ($p=0,011$) ao comportamento interativo neutro materno de *Contato visual com bebê com vocalizações* (S04). O comportamento não-interativo de *Jogo – Exploração de objetos ou do próprio corpo sem interação com a mãe ou atenta-se, mantendo o olhar dirigido a outros locais da sala* (J) apresentou uma correlação positiva com o comportamento materno *Olhar bebê* (S07) ($p=0,032$). A categoria comportamental não-interativa infantil de *Choro – Bebê, sem interação com a mãe, chora ou protesta* (L) correlacionou negativamente ao comportamento materno *Olhar bebê com toques suaves* (S08TS) ($p=0,007$). Observa-se ainda, uma correlação negativa entre o comportamento interativo negativo infantil *Contato visual com a mãe e vocalizações de protesto* (A-4) e o comportamento não-interativo materno *Contato visual com a câmera e objetos e outros materiais disponíveis na sala* (F2) ($p=0,023$).

Tabela 17: Correlação das categorias comportamentais específicas interativas negativas e não-interativas infantis e categorias comportamentais interativas específicas positivas, neutras e não-interativas maternas de G2.

<i>Comportamentos maternos</i>		<i>Comportamentos Infantis interativos negativos e não-interativos</i>				
		A-1	A-4	J	R	L
		<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
<i>Interativos positivos</i>	S+2	,295	,239	-,522**	,083	,247
	S+5B	,058	,205	-,440*	-,040	,063
	S+5TS	-,011	,248	-,459*	-,208	-,004
	S+8	,765**	,284	-,603**	,259	,725**
	S+9	-,178	-,126	,471*	-,172	-,362
	S+10	,012	-,361	,018	,462*	,067
	S+12B	-,358	-,025	,385	-,016	-,505*
	S+14B	-,404*	-,171	,302	-,268	-,466*
	S+16	,317	,132	-,445*	-,205	,429*
<i>Interativos neutros</i>	S04	,124	,390	-,471*	,498*	,252
	S05B	,089	,537**	-,449*	-,071	,065
	S06	,704**	,600**	-,581**	,065	,534**
	S07	-,271	-,299	,431*	,139	-,246
	S08TS	-,232	,113	,135	-,143	-,529**
<i>Não-interativos</i>	F2	,002	-,454*	,170	,211	,099

*Teste de Spearman *p<0,05 **p<0,01*

Discussão

A interação saudável entre mãe e filho é tão essencial para o desenvolvimento precoce de crianças com Síndrome de Down quanto para as crianças com desenvolvimento típico. Deste modo, compreender as semelhanças ou diferenças entre os bebês desses grupos pode indicar a influência materna no responder de seus filhos e identificar se a presença de um fator de risco pode influenciar a interação da díade. As comparações feitas dos comportamentos interativos e não-interativos infantis indicaram que os bebês com Síndrome de Down tiveram uma frequência mais elevada em comportamentos interativos positivos e neutros e, em três categorias não-interativas (choro, protesto e passividade), enquanto os bebês sem a síndrome apresentaram mais comportamentos interativos negativos e comportamentos não-interativos de interação/exploração do ambiente, de objetos ou do próprio corpo. Embora tenham sido observadas essas variações, elas não apresentaram uma diferença estatisticamente significativa. Esses achados confirmaram os resultados encontrados por Berry, Gunn e Andrew (1980) que concluíram que o comportamento dos bebês com SD é qualitativamente semelhante aos bebês de desenvolvimento típico e por Bentenuto, De Falco e Venuti (2016), que compararam

crianças do espectro autista, com Síndrome de Down e com desenvolvimento típico em situação de jogo exploratório e simbólico, não tendo sido observadas diferenças significativas entre os grupos. Todavia, se contrapõem aos resultados encontrados por Berger e Cunningham (1986), que investigaram a resposta do bebê em sorrir para mãe em duas situações, uma de fala e expressão facial livre e uma de silêncio e face imóvel. Os autores apontaram que, na comparação entre grupos, os bebês com SD foram significativamente mais atrasados ao sorrir e menos frequentes nesse comportamento. Todavia, estudos com amostras maiores poderão confirmar ou não tais resultados.

Em relação a comparação dos comportamentos interativos e não-interativos maternos, as mães de bebês com Síndrome de Down (G1) apresentaram mais comportamentos positivos que envolvem contato visual ou olhar o bebê com sorriso, vocalizações “manhês” e brincados, enquanto as mães do G2 (bebês sem SD) emitiram mais comportamentos neutros, negativos e não-interativos, que incluíram olhar o bebê ou fazer contato visual com verbalizações neutras, com comportamentos de cuidado e com toques bruscos. Esse dado sugere que as mães de bebês com SD utilizaram mais sorrisos e brincados nas interações com seus filhos, corroborando com o estudo de Cielinski et al. (1995) que apontou que mães de crianças com Síndrome de Down tendiam a focar e manejar a atenção de seus filhos aos brincados com mais frequência que mães de bebês com desenvolvimento típico. O estudo realizado por De Falco et al. (2011) apresentou um dado semelhante ao observado no presente estudo, indicando que tanto mães quanto pais de crianças com SD utilizaram mais falas com afeto em comparação aos pais de crianças com desenvolvimento típico. Todavia, neste estudo as diferenças entre os comportamentos maternos não foram significativas. Uma hipótese é que as mães sabiam que estavam sendo filmadas, o que poderia determinar seu comportamento interativo.

Considerando as correlações das grandes categorias comportamentais infantis e maternas, para o Grupo 1 (bebês com SD e suas mães), observou-se uma correlação positiva entre os comportamentos interativos positivos infantis e maternos e uma correlação negativa aos comportamentos interativos neutros maternos, sugerindo que, quanto mais interações positivas um dos integrantes da díade emitia, maior a probabilidade de obter uma resposta equivalente do outro integrante. Todavia, quanto mais neutras foram as interações maternas, menos o bebê respondeu com contato visual, sorrisos e vocalizações que indicassem alegria. Houve uma inversão das valências nas mesmas categorias comportamentais maternas (positivas e neutras) quando correlacionadas ao comportamento não-interativo de choro do bebê, indicando que quanto mais o bebê chorava, menos interações positivas e mais interações neutras eram emitidas pela mãe. O comportamento não-interativo de Jogo também teve correlação

positiva ao comportamento materno de oferecer brinquedos, apontando que quanto mais a mãe disponibilizava brinquedos mais o bebê se envolvia com eles. Das cinco correlações observadas para o G1, apenas uma foi moderada ($p < 0,01^{**}$).

Para o Grupo 2 (bebês sem SD e suas mães), como para o G1, foi observada uma correlação positiva entre os comportamentos interativos positivos dos bebês e das mães e uma correlação negativa entre essa mesma categoria infantil e o comportamento interativo neutro e não-interativo materno, mais especificamente, no que tange a direção do olhar materno para outros locais. Outra correlação observada, também negativa, foi entre o comportamento interativo negativo infantil e o comportamento não-interativo materno de oferecer brinquedos. Esse dado sugere que a interação positiva de um dos integrantes da díade tendia a facilitar a mesma resposta do outro integrante, por outro lado, interações maternas neutras ou olhar dirigido para outros locais da sala diminuía a probabilidade de interações positivas infantis. Das quatro correlações verificadas, assim como no G1, apenas uma foi moderada ($p < 0,01^{**}$).

Comparando os comportamentos apresentados pelos bebês e mães dos dois grupos, observou-se uma semelhança, sugerindo, um possível ajustamento das mães de bebês com SD relacionadas as necessidades de seus filhos. No estudo de Iverson et al. (2006), que comparou aspectos da produção de fala e de gestos por parte de mães de crianças com Síndrome de Down e mães de criança com desenvolvimento típico, os autores apontaram que mães de crianças com SD ajustaram a sua comunicação ao estado de desenvolvimento do filho. O desempenho semelhante entre grupos de crianças com e sem SD também foi verificado no estudo de Ramruttun e Jenkins (1998), que examinaram as habilidades de comunicação pré-linguística de crianças com SD. Os resultados do referido estudo apontaram que a comparação entre os grupos não apresentou diferenças significativas considerando os comportamentos não-verbais, vocais e gestuais infantis.

O protocolo elaborado e utilizado para as análises específicas previa um grande número de comportamentos de interação dos bebês (37) e das mães (68). Para a amostra observada nem todos os comportamentos estavam presentes. As análises buscaram correlacionar os comportamentos dos bebês com os das mães considerando cada grupo separadamente. Inicialmente os comportamentos analisados foram os positivos dos bebês com todos os comportamentos interativos maternos compondo as classes de comportamentos interativos sensíveis positivos, neutros, negativos e não interativos.

Para o Grupo 1, de bebês com Síndrome de Down e suas mães, observou-se que seis comportamentos interativos positivos dos bebês correlacionaram com nove comportamentos interativos positivos das mães. Das 16 correlações observadas, 11 eram moderadas ($p < 0,01^{**}$).

Também, como era esperado, 14 delas eram positivas, o que significa que comportamentos positivos de um dos integrantes da díade criaram condições favoráveis para a emissão de comportamentos positivos no outro integrante. Todavia, quando brinquedos eram utilizados, ainda que a mãe olhasse para o bebê, sem envolver o contato visual, menos eles emitiram comportamentos de contato visual com a mãe com vocalizações (A+2) e sorrisos (A+3) que indicariam alegria e/ou satisfação.

Considerando os comportamentos interativos positivos dos bebês e os neutros das mães observou-se que os bebês os emitiam mesmo quando as mães olhavam pouco em sua direção, vocalizavam pouco, ainda que em situação de cuidado, como se chamassem sua atenção. Todavia, todas as correlações observadas foram fracas. Dado semelhante é encontrado no estudo de Legerstee e Bownan (1989) e pode indicar uma relação com a diferença de entre os estados de apego.

A análise dos comportamentos positivos dos bebês na presença de comportamentos não-interativos das mães mostrou que mais do que brinquedos, o uso de quaisquer objetos pelas mães, mesmo que não acompanhado de sorrisos e contato visual, mobilizavam estes comportamentos nos bebês. Das três correlações encontradas, duas foram moderadas e eram relacionadas ao uso de objetos pelas mães.

Para o Grupo 2, de bebês sem Síndrome de Down e suas mães, verificou-se que seis comportamentos interativos positivos infantis correlacionaram com 12 comportamentos interativos positivos maternos. Das 25 correlações observadas, nove eram moderadas ($p < 0,01^{**}$) e todas eram positivas, que indica que quanto mais comportamentos positivos emitidos por um dos integrantes de díade, maior a probabilidade de que o outro integrante também responda, na interação, com comportamentos positivos. Ainda, das nove correlações moderadas apresentadas, cinco relacionavam comportamentos de contato visual com o bebê, sorrir ou vocalizar associado à mãe tocar suavemente em seu bebê.

Com relação aos comportamentos interativos positivos dos bebês e negativos maternos, observou-se que mesmo quando as mães tocavam bruscamente ou vocalizavam de forma rude, ainda que com comportamentos de cuidados, os bebês mantiveram contato visual com vocalizações positivas, como se o objetivo fosse acalmá-las. Todavia, apenas duas das quatro correlações observadas foram moderadas.

Quanto aos comportamentos interativos positivos dos bebês e os comportamentos não-interativos maternos, como esperado, verificou-se que quanto mais a mãe direcionava o olhar para outros locais da sala (F2), menos contato visual com sorriso e vocalizações que indicassem

alegria/satisfação (A+2) o bebê apresentava. Todavia, as duas correlações observadas foram fracas.

Considerando as correlações entre os comportamentos interativos neutros infantis e os positivos maternos, para o Grupo 1 (bebês com SD e suas mães), observou-se 18 associações, sendo 15 positivas. Entretanto, apenas quatro dessas correlações positivas foram moderadas e todas estavam relacionadas ao contato visual diádico. Todas as correlações negativas observadas, embora fracas, pertenciam a categoria comportamental infantil que não envolvia contato visual. Esse dado sugere que o contato visual entre mãe e filho pode potencializar a apresentação de sorrisos e vocalizações positivas maternas.

A análise dos comportamentos neutros dos bebês e neutros maternos mostrou que, assim como nos comportamentos positivos maternos, as correlações positivas estavam relacionadas ao contato visual diádico as negativas ao olhar materno, sugerindo que comportamentos neutros de um dos integrantes da díade favoreciam a emissão de comportamentos igualmente neutros pelo outro integrante. Todavia, das seis correlações observadas, apenas duas eram moderadas ($p < 0,01^{**}$).

As associações, todas positivas, entre os comportamentos neutros infantis e não-interativos maternos indicaram que mesmo as mães disponibilizando objetos aos bebês, eles tendem a buscar o contato visual materno, como se quisessem chamar sua atenção. Contudo, apenas uma das três correlações observadas foi moderada ($p < 0,01^{**}$).

O Grupo 2, de bebês sem Síndrome de Down e suas mães, foi semelhante ao G1. Foram observadas 18 correlações entre os comportamentos interativos neutros infantis e os comportamentos interativos positivos maternos. Assim como no G1, 15 dessas correlações foram positivas e três negativas. Embora apenas três fossem moderadas, todas também estavam relacionadas ao contato visual diádico, sugerindo que o contato visual do bebê pode mobilizar na mãe comportamentos que envolviam sorrisos, vocalizações “manhês”, apresentação de brinquedos e toques suaves.

Relacionando os comportamentos interativos neutros infantis e maternos, pode-se verificar sete correlações, sendo cinco positivas e, dentre elas, apenas uma moderada ($p < 0,001^{**}$), o que significa que o contato visual diádico aumentava a probabilidade de as mães tocarem suavemente em seus bebês. Em relação aos comportamentos interativos neutros dos bebês e os não-interativos maternos, observou-se uma correlação positiva e moderada, sugerindo que quando os bebês estabeleciam contato visual com as mães, porém, sem vocalizações ou movimentações corporais elas aumentavam os comportamentos de cuidado, reposicionando-os ou ajeitando suas roupas.

Considerando os comportamentos negativos e não-interativos infantis e os comportamentos interativos positivos maternos, o Grupo 1, de bebês com SD e suas mães, observou-se que 18 comportamentos infantis correlacionaram com os comportamentos positivos maternos. Das correlações observadas 13 eram positivas, o que significa que, quanto mais comportamentos de passividade e movimentos de protesto os bebês apresentavam, mais favoreciam a emissão de comportamentos positivos maternos. Todavia, apenas três dessas correlações foram moderadas ($p < 0,001^{**}$) e duas incluíam a disponibilização de objetos aos bebês.

As associações entre os comportamentos negativos e não-interativos infantis e os comportamentos interativos neutros maternos apontaram seis correlações, sendo que quatro foram moderadas ($p < 0,001^{**}$). Todas as correlações foram positivas, indicando que a apresentação de comportamentos não-interativos dos bebês como regulação, choro, passividade ou movimentos de protestos favoreceram a emissão de comportamentos de cuidado maternos, mesmo que sem sorrisos ou vocalizações positivas.

Quanto aos comportamentos negativos e não-interativos dos bebês e das mães, observou-se que o comportamento de exploração ao ambiente emitido pelo bebê, o que incluía brinquedos e objetos, tendia a aumentar a frequência do comportamento materno em disponibilizar esses materiais ao bebê, em uma correlação positiva, como esperado. Todavia, essa correlação foi fraca.

Para o Grupo 2, de bebês sem Síndrome de Down, observou-se que 13 comportamentos interativos negativos e não-interativos dos bebês correlacionaram aos comportamentos interativos positivos das mães. Das correlações observadas, quatro foram moderadas ($p < 0,001^{**}$) e todas envolviam contato visual diádico. Duas delas eram positivas, o que significava, como esperado, que quanto mais comportamentos de choro os bebês apresentaram, mais comportamentos de cuidado com vocalizações positivas eram emitidos pelas mães. As duas correlações negativas indicaram que quando os bebês não interagiam com as mães, explorando brinquedos, objetos ou até mesmo o ambiente, menos as mães sorriram ou vocalizaram positivamente para eles.

As associações entre os comportamentos negativos e não-interativos dos bebês e os comportamentos interativos neutros maternos apontaram para 10 correlações. Dentre elas, quatro são correlações moderadas positivas e duas negativas, indicando que os comportamentos de choro e protesto dos bebês favoreceram os comportamentos de cuidado das mães, mesmo que não acompanhados de sorrisos e vocalizações positivas. Também, como nas correlações com os comportamentos interativos positivos maternos, pode-se verificar que quanto mais

elevada a frequência de exploração de brinquedos, objetos ou ambiente dos bebês menos as mães fizeram contato visual ou vocalizaram com seus filhos.

A análise dos comportamentos interativos negativos e não-interativos dos bebês e das mães, mostrou que os comportamentos de protesto dos bebês mobilizaram o olhar das mães em sua direção. Todavia, a correlação observada foi fraca.

Considerando os dados dos dois grupos, observou-se uma similaridade nas correlações entre os comportamentos neutros, negativos e não-interativos infantis e os comportamentos maternos (G1= 52; G2=51). Desempenho equivalente entre os grupos foi verificado no estudo de Venuti et al. (2009), que investigou o jogo solitário e colaborativo entre mãe e criança. Os resultados apontaram que tanto as mães de bebês com SD quanto as mães de bebês sem SD apresentaram sintonia e sincronia semelhantes, contribuindo para o jogo dos filhos por meio de sua própria adaptação às limitações e potencialidades da criança. Os achados de Berry, Gunn e Andrews (1980), apontaram que crianças com SD reconheceram as entradas e saídas da mãe e de um estranho no ambiente com frequência semelhante aos bebês com desenvolvimento típico sendo, portanto, qualitativamente semelhantes nos níveis de percepção social.

Com relação aos comportamentos interativos positivos infantis e maternos, houve maior variabilidade comportamental do grupo de mães de bebês sem SD (G1=25; G2=32). Todavia, quando observados os comportamentos maternos que envolveram toques suaves no bebê a frequência das mães dos dois grupos foi semelhante (G1=13; G2=12). Esse dado se contrapõe ao resultado obtido no estudo de Silva e Salomão (2002) que aponto que, para ajudar os filhos a realizarem atividades, as mães de crianças com Síndrome de Down usaram mais contato físico do que as mães de crianças com desenvolvimento típico.

Por fim, considerando ainda as correlações dos comportamentos interativos positivos dos bebês com a disponibilização de brinquedos e as vocalizações positivas, neutras e negativas maternas, observou-se uma frequência mais elevada desses comportamentos em mães de bebês sem SD (brinquedos G1= 9; G2=13 e vocalizações maternas G1=6; G2=13), sugerindo que elas utilizaram mais repertórios verbais e não-verbais para direcionar o comportamento dos filhos. Tais achados diferem dos encontrados por Voivodic e Storer (2002) que apontaram o alto grau de diretividade utilizado por mães de crianças com SD, atribuindo sua prática a um mecanismo de adaptação às particularidades apresentadas pela criança. Em contrapartida, o estudo de Sterling e Warren (2016) sinalizou que, em geral, mães de crianças com Síndrome de Down e Síndrome do X frágil pareciam se adaptar adequadamente às necessidades de desenvolvimento de seus filhos.

Considerações finais

Este estudo pretendeu identificar a influência da Síndrome de Down e as interações mãe-bebê, comparando dois grupos. Ainda que o grupo de mães de bebês sem Síndrome de Down tenha apresentado maior variabilidade em relação as categorias comportamentais positivas dos bebês e de suas mães, os grupos não apresentaram acentuadas diferenças qualitativas nos comportamentos analisados.

Tal similaridade parece ocorrer devido as adaptações que as mães de bebês com Síndrome de Down fazem às necessidades de seus filhos, reforçando a importância da responsividade materna enquanto preditora para a aprendizagem e o desenvolvimento de comportamentos infantis, confirmando os achados de outros estudos. O papel ativo dos bebês também é evidenciado nas trocas diádicas quando estes respondem de forma contingente as solicitações maternas, tornando-se contexto para que elas também respondam as suas demandas, mantendo assim, um fluxo comportamental entre mãe e filho.

Outra possibilidade levantada para essa semelhança no desempenho apresentado pelos grupos, é que as mães de bebês com Síndrome de Down, na presente amostra, contam com uma rede de apoio que inclui a família e instituições especializadas na assistência e intervenção precoce desses bebês. Isso parece facilitar, o manejo dos fatores estressores que permeiam a chegada de uma criança com deficiência, permitindo uma adaptação materna e familiar às demandas do bebê, corroborando achados de outros estudos. Os dados obtidos neste estudo sugerem que as mães de bebês sem a Síndrome também poderiam ser beneficiadas com intervenções cujo objetivo fosse a melhora na interação com seus bebês, auxiliando-as a serem mais responsivas com seus filhos.

Há que se destacar o procedimento de análise da interação mãe-bebê utilizado no estudo. A codificação da interação em categorias e sub categorias avaliadas em intervalos mais curtos (cinco segundos) permitiu a identificação de comportamentos específicos, o que auxilia na elaboração de intervenções pontuais, aumentando assim, a objetividade destas por meio da sistematização dos comportamentos que se configuram a interação mãe-bebê.

Embora reconheça-se que os resultados obtidos se restringem a amostra pesquisada, sendo necessários novos estudos com a ampliação das díades analisadas, destacam-se as correlações, especialmente positivas, pertinentes aos comportamentos infantis e maternos, pois evidenciaram a reciprocidade e bidirecionalidade diádica, confirmando os dados de outros estudos de interação.

Entre as limitações do presente estudo estão a idade em que foram coletados os dados, bebês de quatro a seis meses e o pequeno número de participantes. Sugere-se estudos longitudinais com amostras maiores, analisando a interação mãe-bebê ao longo do primeiro ano de vida com o objetivo de verificar se os comportamentos maternos e dos bebês com Síndrome de Down permanecem, melhoram ou pioram com o crescimento da criança.

Por fim, recomenda-se, ainda, que novos estudos sejam feitos com essa população e investiguem a relevância do contato visual e do sorriso enquanto fatores desencadeadores de respostas positivas no outro membro da díade, a importância da rede de apoio para o manejo do estresse, ansiedade e depressão que podem ocorrer com a chegada de um bebê com deficiência e as adaptações que isso requer. Para além disso, o presente estudo e futuros pode contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção que incluam não apenas os bebês com deficiência, mas também seus pais e/ou cuidadores, habilitando-os com informações e procedimentos que favoreçam o desenvolvimento de seus filhos e respeitando as especificidades de cada díade.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, P.; CEREZO, M. Á. Interação mãe-criança: fidedignidade da versão brasileira do sistema observacional CITMI-R. **Avaliação Psicológica**, v. 12, n. 3, p. 307-316, 2013.

ALVARENGA, P.; MALHADO, S. C. B.; LINS, T.C. S. O impacto da responsividade materna aos oito meses da criança sobre as práticas de socialização maternas aos 18 meses. **Estudos de Psicologia**, v. 19, n. 4, p. 305-314, 2014.

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. A. Práticas educativas maternas e indicadores do desenvolvimento social no terceiro ano de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 191-199, 2009.

BASTOS, O. M.; DESLANDES, S. F. A experiência de ter um filho com deficiência mental: narrativas de mães. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2141-2150, 2008.

BECKER, S. M. S. et al. Psicologia do Desenvolvimento Infantil: Publicações nacionais na primeira década do século XXI. **Psico**, v. 44, n. 3, p. 372-381, jul./set., 2013.

BELINI, A. E. G.; FERNANDES, F. D. M. Olhar e contato ocular: desenvolvimento típico e comparação na Síndrome de Down. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 13, n. 1, p. 52-59, 2008.

BELSKY, J.; et al. Socioeconomic risk, parenting during the preschool years and child health age 6 years. **Europe Journal Public Health**, v. 17, 508–513, 2007.

BENTENUTO, A.; DE FALCO, S.; VENUTI, P. Mother-child play: a comparison of autism spectrum disorder, Down Syndrome, and typical development. **Frontiers in Psychology**, v. 7, n. 22, p. 1829, 2016.

BERGER, J.; CUNNINGHAM, C. C. The development of eye contact between mothers and normal versus Down's syndrome infants. **Developmental Psychology**, v. 17, n. 5, p. 678-689, 1981.

BERGER, J.; CUNNINGHAM, C. C. Aspects of early social smiling by infants with Down's syndrome. **Child: care, health and development**, v. 12, n. 1, p. 13-24, 1986.

BERRY, P.; GUNN, P.; ANDREWS, R. Behavior of Down syndrome infants in a strange situation. **American Journal of Mental Deficiency**, v. 85, n. 3, p. 213-218, 1980.

BLACHER, J.; BAKER, B. L.; KALADJIAN, A. Syndrome specificity and mother–child interactions: Examining positive and negative parenting across contexts and time. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 43, n. 4, 2013, p. 761-774.

BOECKEL, M.G. et al. análise fatorial do inventário percepção de vinculação materna. **Rev. Interamerican Journal of Psychology**, v. 45, n. 3, p. 439-448, 2011.

BOWLBY, J. Primórdios do comportamento do apego. In: Bowlby J. **Apego e perda: apego**. (p. 329-69). São Paulo (SP): Martins Fontes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, DF, 2012. BRAZELTON, T. B.; KOSLOWSKI, B.; MAIN, M. The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction, In LEWIS, M.; ROSENBLUM, L.A. **The effect of the infant on its caregiver**, Londres: Wiley, 1974.

BROOKS-GUNN, J.; LEWIS, M. Maternal responsivity in interactions with handicapped infants, **Child Development**, v. 55, n. 3, p. 782-793, 1984.

CAMPOS, B. C. de; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015.

CAMPOS, B. C. **Variáveis sociodemográficas, depressão pós-parto e interação entre mães e bebês de quatro a seis meses de idade.** 2016. 75 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2016.

CASSIANO, R. G. M.; LINHARES, M. B. M. Temperamento, prematuridade e comportamento interativo mãe-criança. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 2, p. 416-424, 2015.

CASSIANO, R. G. M. **Avaliação do temperamento em crianças: metodologia combinada de heterorrelato e observação do comportamento em situação de interação.** 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

CEREZO, M. A.; PONS-SALVADOR, G.; TRENADO, R. M. La Calidad del apego infantil y sensibilidad materna desde la perspectiva microsocial. **Acción Psicológica**, v. 8, n. 2, p. 9-25, 2011.

CEREZO, M. A. et al. Mother-infant verbal/nonverbal interaction as predictor of attachment: Non-linear dynamic analyses. **Sciences**, v. 20, n. 4, p. 458-90, 2016.

CIELINSKI, K. L. et al. Relations among sustained engagement during play, quality of play, and mother-child interaction in samples of children with Down syndrome and normally developing toddlers. **Infant Behavior and Development**, v. 18, n. 2, p. 163-176, 1995.

CONDON, W. S.; SANDER, L. W. Synchrony demonstrated between movements of the neonate and adult speech. **Child Development**, v. 45, n.2, p. 456-462, 1974.

CONEP. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: Suporte materno domiciliar para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 19-26, 2012.

CROWN, C. L. et al. Down's syndrome and infant gaze: Gaze behavior of Down's syndrome and nondelayed infants in interactions with their mothers. **Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 55, n. 1, p. 51-55, 1992.

DA SILVA, M. N. S. et al. Avaliação funcional do desenvolvimento psicomotor e ambiente familiar de crianças com Síndrome de Down/Functional assessment of psychomotor development and family environment of children with Down Syndrome. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 1, n. 2, p. 186-201, 2017.

DAVIDOV, M.; GRUSEC, J. E. Untangling the links of parental responsiveness to distress and warmth to child outcomes. **Child Development**, v. 77, n. 1, p. 44-58, 2006.

DE FALCO, S. et al. Maternal and paternal pragmatic speech directed to young children with Down syndrome and typical development. **Infant Behavior and Development**, v. 34, n. 1, p. 161-169, 2011.

DE SENA GUERRA, C. et al. Do sonho à realidade: Vivência de mães de filhos com deficiência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, p. 459-466, 2015.

DO ESPIRITO SANTO, C. S. O.; ARAÚJO, M. A. N. Vínculo afetivo materno: Processo fundamental à saúde mental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, p.65-73, 2016.

FENG, X. et al. Emotion regulation in preschoolers: the roles of behavioral inhibition, maternal affective behavior, and maternal depression. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 49, n. 2, p. 132–141, 2008.

FERREIRA, T.; LIMA, I. A. Responsividade materna e risco psicossocial - Implicações práticas. **AMAzônica**, v. 8, n. 1, p. 33-52, 2012.

FLORES, M. R. et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 348-360, 2013.

FONSECA, V.R.J.R.M.; SILVA, G.A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade materna. **Cadernos de Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v. 26, n. 4, p.738-746, 2010.

FRALEY, R. C.; ROISMAN, G. I.; HALTIGAN, J. D. The legacy of early experiences in development: formalizing alternative models of how early experiences are carried forward over time. **Developmental Psychology**, v. 49, n. 1, 2013, p. 109-126.

FREIRE, R. C. L.; DE MELO F. S.; HAZIN, I.; LYRA, M. Aspectos neurodesenvolvimentais e relacionais do bebê com Síndrome de Down. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 32, n. 2, p. 247-259, 2014.

GOITEIN, P. C.; CIA, F. Interações familiares de crianças com necessidades educacionais especiais: revisão da literatura nacional. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 15, n. 1, p. 43-51, 2011.

GRISANTE, P. C.; AIELLO, A. L. R. Interações familiares: observação de diferentes subsistemas em família com uma criança com Síndrome de Down. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 18, n. 2, p. 195-212, 2012.

HENN, C. G.; PICCININI, C. A.; GARCIAS, G. L. A família no contexto da Síndrome de Down: revisando a literatura. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 3, p. 485-493, 2008.

HENN, C. G.; PICCININI, C. A. A experiência da paternidade e o envolvimento paterno no contexto da Síndrome de Down. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 623-631, 2010.

HENNING, A.; STRIANO, T. Infant and maternal sensitivity to interpersonal timing. **Child Development**, v. 82, n. 3, p. 916-931, 2011.

IVERSON, J. M. et al. Gesture and speech in maternal input to children with Down's Syndrome. **International Journal of Language & Communication Disorders**, v. 41, n. 3, p. 235-251, 2006.

JENKINS, C.; RAMRUTTUN, B. Prelinguistic communication and Down Syndrome. **Down Syndrome Research and Practice**, v. 5, n. 2, p. 53-62, 1998.

KIM, S.; KOCHANSKA, G. Child temperament moderates effects of parent–child mutuality on self-regulation: A relationship based path for emotionally negative infants. **Child Development**, v. 83, n. 4, p. 1275-1289, 2012.

KLAUS, M.; KLAUS, P. **Seu surpreendente recém nascido**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KOCH, M.; DA SILVA, D. R. Q. Políticas educacionais inclusivas e a Síndrome de Down: Diferentes interações no contexto educacional inclusivo. **Diálogo**, n. 31, p. 89-103, 2016.

LAROCHE, S. E.; SCHNEIDER, B. Developmental course of the temporal relationship between gaze direction and vocal production in typical and Down's syndrome infants. **European Journal of Developmental Psychology**, v. 7, n. 6, p. 674-695, 2010.

LEGERSTEE, M.; BOWMAN, T. G. The development of responses to people and a toy in infants with Down Syndrome. **Infant Behavior and Development**, v. 12, n. 4, p. 465-477, 1989.

LEGERSTEE, M.; VARGHESE, J.; VAN BEEK, Y. Effects of maintaining and redirecting infant attention on the production of referential communication in infants with and without Down syndrome. **Journal of Child Language**, v. 29, n. 01, p. 23-48, 2002.

LIPSCOMB, S. T. et al. Negative emotionality and externalizing problems in toddlerhood: Overreactive parenting as a moderator of genetic influences. **Development and Psychopathology**, v. 24, n. 1, p. 167-79, 2012.

LOPES, R. C. S.; PROCHNOW, L. P.; PICCININI, C. A. A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 295-304, 2010.

MARCACINEL, K. O.; ORATILL, P. L.; ABRÃO, A. C. F. V. Educação em saúde: Repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 141-147, 2012.

MENEGATTI, C. L.; PIANOVSKI, M. A. D.; LÖHR, S. S. Interações iniciais entre pais, mães e bebês de 0 a 3 anos: Revisão de literatura. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 4, p. 381-391, 2016.

MOORE, D. G. et al. Behavior of mothers and infants with and without Down Syndrome during the still-face procedure. **Infancy**, v. 13, n. 1, p. 75-89, 2008.

NARDI, C. G. A. et al. Bebês com Sequência de Pierre Robin: saúde mental materna e interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 1, p. 129-140, 2015.

NORUSIS, M. **IBM SPSS Statistics 19 Guide to Data Analysis**, 2011. Recuperado de <<http://free-download-books-medical-education.com/131-ibm-spss--statistics-19-guide-to-data-analysis.html>>.

PATIAS, N. D.; SIQUEIRA, A. C.; DIAS, A. C. G. Práticas educativas e intervenção com pais: a educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 29-40, 2013.

PEARSON, R. M.; EVANS, J.; KOUNALI, D. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: Risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. **JAMA Psychiatry**, v. 70, n. 12, p. 1312-1319, 2013.

PEREIRA, J. et al. Parenting stress mediates between maternal maltreatment history and maternal sensitivity in a community sample. **Child Abuse & Neglected**, v. 36, p. 433-437, 2012.

PEREIRA, V. A. et al. Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: Variáveis maternas e sociodemográficas. **Pensando Famílias**, v. 18, n. 1, p. 64-77, 2014.

PEREIRA-SILVA, N. L.; ALMEIDA, B. R. Reações, sentimentos e expectativas de famílias de pessoas com necessidades educacionais especiais. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 32, n. 79, p. 111-122, 2014.

PEREIRA-SILVA, N. L.; OLIVEIRA, L. D.; ROOKE, M. I. Famílias com adolescente com Síndrome de Down: apoio social e recursos familiares. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 33, n. 2, p. 269-283, 2015.

PICCININI, C. A.; OURIQUE, L. R.; LOPES, R. S. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 27-33, 2012.

POEHLMANN, J. et al. Emerging self-regulation in toddlers born preterm or low birth weight: Differential susceptibility to parenting? **Development and Psychopathology**, v. 23, n. 1, p. 177-193, 2011.

POLIDORI, M. M. et al. O impacto da avaliação (diagnóstica) nos familiares de crianças com deficiência. **Competência**, Porto Alegre, RS, v.4, n.2, p. 11-29, jul./dez. 2011.

PORTES, J. R. M. et al. A criança com Síndrome de Down: na perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, com destaque aos fatores de risco e de proteção. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, v. 33, n. 85, p. 446-464, 2013.

POTHARST, E. V. et al. Difference in mother-child interaction between preterm- and term-born preschoolers with and without disabilities. **Acta Paediatrica**, v. 101, n. 6, p. 597-603, 2012.

RAPOPORT, A. Fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil. In: CALVETTI, P. Ü.; SILVA, D. Q. (Org.). **Psicologia, Educação e Saúde: Temas Contemporâneos**. Canoas: Unilasalle, p. 13-25, 2014.

RIBAS, A. F.; SEIDL DE MOURA, M. L. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 17, n. 3, p. 315-322, 2004.

ROOKE, M. I. **Famílias com filho com Síndrome de Down: Investigando a resiliência familiar**. 2014. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

SEIDL DE MOURA, et al. Interações iniciais mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 295-302, 2004.

SERPA, J.; MENÉRES, S. The development of children with Down syndrome: The influence of maternal adaptation, mother-child interaction and early forms of support. **European Journal of Special Needs Education**, v. 18, n. 2, p. 209-225, 2003.

SERVILHA, B.; BUSSAB, V. S. R. Interação mãe-criança e desenvolvimento da linguagem: A influência da depressão pós-parto. **Psico**, v. 46, n. 1, p. 101-109, jan./mar., 2015.

SILVA, M. P. V.; SALOMÃO, N. M. R. Interações verbais e não-verbais entre mães-crianças portadoras de Síndrome de Down e entre mães-crianças com desenvolvimento normal. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 311-323, 2002.

SILVA, R. S.; PORTO, M. C. A Importância da interação mãe-bebê. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 73-78, 2016.

SILVIERA, L. L.; BICHARA, I. D. Um estudo sobre a sensibilidade materna na interação mãe-criança com necessidades especiais. **Revista de Saúde e Desenvolvimento**, v. 4, n. 2, p. 198-216, jul./dez., 2013.

SOARES, P. P. N. et al. Saúde mental materna e o desenvolvimento motor de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. **Revista da Sobama**, Marília, v. 17, n. 1, p. 31-36, Jan./Jun., 2016.

SOUZA, M. H. N. et al. Estratégia acolhimento mãe-bebê: Aspectos relacionados à clientela atendida em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 671-677, 2011.

SOUZA, N. L. et al. Domestic maternal experience with preterm newborn children. **Revista Salud Pública**, v. 12, n. 3, p. 356-367, 2010.

STÉDILE, A. A.; HARTMANN, F. V.; SILVA, L. D. O desenvolvimento do vínculo mãe bebê após o diagnóstico de Síndrome de Down. **Revista de Saúde Mental em Foco do Cesuca**, v. 2, n. 1, p. 1-14, 2013.

STERLING, A.; WARREN, S. F. Parenting of children with Down syndrome compared to fragile X syndrome. **Developmental Neurorehabilitation**, v. 7, p. 1-4, 2016.

SWANSON, E. C.; SCHLEISS, M. R. Congenital cytomegalovirus infection: New prospects for prevention and therapy. **Pediatric Clinics of North America**, v. 60, n. 2, 2013, p. 335-349.

TRENADO, R.; CEREZO, M. A. **Codificación de la interacción temprana materno infantil en su versión revisada**, CITMI-R. Manuscrito no publicado. Universidad de Valencia, 2007.

VANDELL, D. L. et al. Do effects of early child care extend to age 15 years? Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. **Child Development**, v. 81, n. 3, 2010, p. 737-756.

VENUTI, P. et al. Mother-child play: children with Down syndrome and typical development. **American journal on intellectual and developmental disabilities**, v. 114, n. 4, p. 274-288, 2009.

VITAL, A. A. F. et al. Avaliação de alunos com síndrome de Down: aspectos cognitivo-linguísticos, educacionais e funcionais. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 17, n. 3, p. 177-188, 2015.

VOIVODIC, M. A. M. A.; STORER, M. R. S. O desenvolvimento cognitivo das crianças com Síndrome de Down à luz das relações familiares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 4, n. 2, p. 31-40, 2002.

WEINBERG, M. K.; TRONICK, E. Z. Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. **Postpartum depression and child development**, p. 54-81, 1997.

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Bauru



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 69ª Reunião Ordinária realizada no dia 22 de novembro de 2012, na sala de reuniões do Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências - UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto "**Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil**", Processo nº 11187/46/01/12, sob responsabilidade da Profª Drª Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

Bauru (SP), 22 de novembro de 2012

PROF. DR. ARI FERNANDO MAIA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Engº Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa - Bauru-SP - CEP: 17.033-360
Fone: (14) 3103-6187 - email: cellarf@fc.unesp.br

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

RG nº: _____, pai(mãe) do(a) menor _____

autorizo a utilização dos dados obtidos no projeto: **“SÍNDROME DE DOWN: INFLUÊNCIAS NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ”**, associado ao projeto “Variáveis maternas e do bebê: correlação entre interação e desenvolvimento infantil”, para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalho científico, ressaltando o sigilo e a ética no que se refere a qualquer informação que permita a minha identificação ou do meu(minha) filho(a). Estou ciente de que não teremos nenhum ônus referente a participação na mesma e que poderei deixar de participar a qualquer tempo sem prejuízo de outras atividades que participo no Centro de Psicologia Aplicada. Fui informado(a) que em caso de dúvida deverei procurar as responsáveis pelos referidos projetos, a aluna Tahena Silva Ferreira (43 9993-4547) e a Profª. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues (14 3103-6090/6087)

Bauru, ____ de _____ de _____

(Nome do responsável)

Aplicador: _____

Tahena Silva Ferreira

APÊNDICE 2 – Instrumento para Coleta de Informações Sociodemográficas (ICIS)**ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO:**

Esta é uma pesquisa de mestrado. Sua participação é muito importante porque o resultado deste estudo irá nortear ações para melhoria no desenvolvimento da maternidade e do seu bebê. Leia atentamente e marque a alternativa que melhor retrate sua realidade.

Dados sociais**Sobre a mãe:**

1. Nome _____
2. Bairro que você mora _____
3. Data de nascimento _____ Idade _____

Estado Civil

4. Estado marital: () Solteira () União estável () Divorciada/separada () Viúva

Em sua residência

5. Quantos pessoas moram em sua residência:

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| () de 1 a 2 pessoas | () de 4 a 5 pessoas |
| () de 3 e 4 pessoas | () mais de 5 pessoas |

Quem são _____

Escolaridade

6. Você cursou:

- () nenhum ano da escola
- () Ensino fundamental incompleto – quantos anos cursou _____
- () Ensino fundamental completo
- () Ensino médio incompleto – quantos anos cursou _____
- () Ensino médio completo
- () Ensino superior incompleto – quantos anos cursou _____
- () Ensino superior completo

Profissão

7. Onde você trabalha:

- () em casa
- () fora de casa _____

Sobre o bebê

- 1.Nome: _____
- 2.Sexo: () Feminino () Masculino
- 3.Data de nascimento: ____/____/____
- 4.Ordem de nascimento: () 1º () 2º () 3º () 4º () 5º
5. Seu filho nasceu de: () parto natural () parto cesáreo

6. Atualmente, seu filho ou filha frequenta a creche? () Sim () Não

Para mães de bebês com SD

1. Há quanto tempo seu filho ou filha frequenta o programa de Estimulação Precoce?

2. Você frequenta algum programa para pais? () Sim () Não

Se sim, qual é e a quanto tempo? _____

3. Quando ficou sabendo que o bebê tinha SD

() antes do parto _____ meses

() na hora do parto

() depois do parto, quando o bebê estava com _____ meses

4. Quem informou o diagnóstico? _____

5. Como foi dada a notícia? _____

6. Como avalia a forma que a notícia foi dada: () boa () razoável () ruim

Porque: _____

7. Alguém estava com você? _____

8. Quem te deu apoio nesse momento inicial? _____

9. Quem mais te apoia atualmente? _____

10. Como você se sentiu? _____

11. Como você se sente atualmente? _____

12. Qual sua expectativa para o futuro de seu bebê, como desejaria vê-lo(a) na infância, adolescência e vida adulta? _____
