ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância



Apego

Atualização Julho 2011

Editor do Tema:
Marinus van IJzendoorn, PhD, Leiden University, Países Bajos

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Índice

Síntese 6

O impacto do apego à mãe e ao pai e do apoio sensível à exploração nos primeiros anos de vida sobre o desenvolvimento psicossocial das crianças até o início da vida adulta 10
KARIN GROSSMANN, PHD, KLAUS E. GROSSMANN, PHD, OUTUBRO 2009

Desorganização das estratégias de apego na infância 18
KATE HENNIGHAUSEN, PHD, KARLEN LYONS-RUTH, PHD, JANEIRO 2010

Apego nos primeiros anos de vida (0-5) e seu impacto no desenvolvimento das crianças 25
MARINUS VAN IJZENDOORN, PHD, MARÇO 2005

Apego na primeira infância: comentários sobre van IJzendoorn, e Grossmann e Grossmann 30
GREG MORAN, PHD, JULHO 2005

Apego e seu impacto no desenvolvimento da criança: comentários sobre van IJzendoorn, Grossmann e Grossmann, e Hennighausen e Karlen Lyons-Ruth 34
CHARLES H. ZEANAH JR., MD, PRACHI SHAH, MD, JULHO 2005

Segurança e desorganização do apego em famílias que maltratam e em orfanatos 40
MARINUS H. VAN IJZENDOORN, PHD, MARIAN J. BAKERMANS-KRANENBURG, PHD, NOVEMBRO 2009

O impacto de intervenções baseadas no apego sobre a qualidade do apego em bebês e crianças pequenas 47
MARY DOZIER, PHD, KRISTIN BERNARD, MA, NOVEMBRO 2009

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Programas de intervenção e prevenção para crianças pequenas baseados no apego 52
BYRON EGELAND, PHD, NOVEMBRO 2009

Eficácia de intervenções baseadas no apego 60
DIANE BENOIT, MD, FRCPC, OUTUBRO 2009

Intervenções baseadas no apego: comentários sobre Dozier , Egeland e Benoit 66
SHEREE L. TOTH, PHD, ABRIL 2005

Apoiando famílias na construção de relações de apego seguro: comentários sobre Benoit, Dozier e Egeland 71
FEMMIE JUFFER, PHD, MARIAN J. BAKERMANS-KRANENBURG, PHD, & MARINUS H. VAN IJZENDOORN, PHD , JUNHO 2005

Creche na primeira infância e segurança do apego mãe-bebê 78
JAY BELSKY, PHD, OUTUBRO 2009

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Tema financiado por:



©2005-2026 ABILIO | APEGO

Síntese

Qual é sua importância?

Todos os bebês precisam de atenção, consolo e sensação de segurança. Bebês que se sentem ameaçados recorrem a seu cuidador em busca de proteção e consolo; ao longo do tempo, a resposta do cuidador ajuda a moldar a relação em um padrão de interação.

A teoria do apego de Bowlby descreve a importância da relação inicial que se desenvolve entre o bebê e seu cuidador principal. Esse vínculo afetivo, denominado apego, oferece as bases para o desenvolvimento social, emocional e até mesmo cognitivo. Além disso, as relações de apego continuam a influenciar ideias, sentimentos, motivos e relações íntimas ao longo da vida.

As pesquisas mostram que um apego seguro é um fator de proteção que otimiza os resultados do desenvolvimento, ao passo que crianças com apego inseguro são mais propensas a problemas sociais e de desajustamento; e crianças com apego desorganizado correm maior risco de psicopatologia e resultados insatisfatórios.

O que sabemos?

Para avaliar a qualidade do apego na primeira infância, os pesquisadores utilizam frequentemente um método padronizado de separação e reencontro denominado *Procedimento da Situação Estranha*, no qual as reações dos bebês ao se reencontrarem com seus cuidadores, depois de uma separação breve, são utilizadas para avaliar o grau de confiança que as crianças têm na acessibilidade de sua figura de apego.

Há quatro padrões de apego criança-cuidador. Os bebês que procuram ativamente a proximidade com seu cuidador no momento do reencontro, comunicam abertamente seus sentimentos de estresse e de ansiedade e depois retomam prontamente um comportamento exploratório são classificados como *seguros*. Supõe-se que este *tipo de apego* se desenvolve quando o cuidador responde consistentemente e com sensibilidade às aflições da criança. Os bebês que ignoram ou evitam o cuidador no momento do reencontro são classificados como *inseguros-evitativo*. Acredita-se que esse tipo de apego se desenvolve quando o cuidador responde consistentemente com rejeição à aflição da criança.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Os bebês que combinam uma forte manutenção de contato com resistência ao contato ou que se mostram inconsoláveis e incapazes de voltar a explorar o ambiente são classificados como *inseguros-ambivalentes*. Este tipo desenvolve-se quando o cuidador responde de forma inconsistente e imprevisível. Por fim, alguns bebês não parecem ser capazes de recorrer a um padrão de apego único e organizado. Isto é denominado apego desorganizado, e supõe-se que se desenvolve quando o cuidador apresenta, na presença da criança, comportamentos incomuns e, em última instância, amedrontadores.

Em uma *população normativa*, registram-se cerca de 62% de bebês classificados como seguros, 15% como inseguros-evitativos, 8% como inseguros-ambivalentes e 15% como desorganizados.[1]

O *apego seguro* é considerado um fator de proteção, tendo sido associado a melhores resultados de desenvolvimento em áreas como autoconfiança, autoeficácia, empatia e competência social em crianças começando a andar, na idade escolar e na adolescência. Verificou-se que bebês com apego inseguro corriam risco de apresentar posteriormente problemas de adaptação, tais como distúrbios de conduta, agressão, depressão e comportamento antissocial.

Crianças com *apego desorganizado* correm maior risco de desenvolver psicopatologia. Há uma alta incidência de desorganização de apego em crianças que foram *vítimas de maus-tratos*. A desorganização em bebês foi associada a um conjunto de *comportamentos parentais*, que incluem erros na comunicação afetiva (tais como respostas contraditórias a sinais dados pela criança), retraimento dos pais, respostas negativas-intrusivas, respostas confusas com relação aos papéis, respostas desorientadas e comportamentos amendrontados ou amendrontadores.

Eventos de vida negativos (tais como divórcio) podem comprometer a segurança do apego, mas diferenças na segurança do apego resultam basicamente de interações das crianças com seu *ambiente social* durante os primeiros anos de vida. Portanto, a maternagem desempenha um papel crucial. Por esse motivo, intervenções preventivas na primeira infância têm imenso potencial para alterar trajetórias de comportamento e de desenvolvimento, especialmente em famílias de alto risco.

O que pode ser feito?

Para melhorar os resultados do desenvolvimento de bebês e crianças a longo prazo, os programas de intervenção e prevenção deveriam focalizar a promoção de apego seguro pais-filhos. Intervenções baseadas no apego frequentemente focalizam *questões específicas*, como

©2005-2026 ABILIO | APEGO

sensibilidade, comportamentos e estado mental dos pais. No entanto, o foco exclusivo em capacitação comportamental de sensibilidade parental, em vez de um foco em sensibilidade e apoio, ou um foco em sensibilidade, apoio e representações internas (por exemplo, terapias individuais) –, o uso de *feedback* por meio de vídeo e intervenções breves (de cinco a 16 sessões) orientadas para a sensibilidade dos pais parecem ser as formas mais eficazes na promoção de apego seguro e têm dado resultados positivos também com *pais adotivos*. Além disso, o local da intervenção (em casa ou no consultório) e a presença de fatores múltiplos de risco não afetaram a eficácia, mas intervenções realizadas com pacientes/clientes encaminhados para atendimento clínico e aquelas que incluíram o pai mostraram-se mais eficazes do que intervenções que não apresentavam essas características.

Algumas poucas intervenções focalizadas em sensibilidade tiveram certo impacto também sobre o apego desorganizado. No entanto, acredita-se que intervenções focalizadas em *comportamentos parentais* atípicos (por exemplo, não conseguir manter a criança segura, não conseguir consolar uma criança aflita, rir quando a criança está sofrendo, solicitar atenção e reasseguramento por parte da criança ou ameaçar feri-la) têm maior probabilidade de reduzir o apego desorganizado. Até o momento, as intervenções baseadas em apego focalizaram principalmente os precursores do apego inseguro, e não do apego desorganizado. Portanto, estudos futuros devem *avaliar* intervenções quanto ao seu potencial de prevenção do apego desorganizado.

Atualmente, a evidência das pesquisas relativas à promoção da relação de apego favorece *intervenções breves e altamente focalizadas*, a partir dos 6 meses de idade. No entanto, podem ser necessárias intervenções mais abrangentes e de longo prazo, ou outros tipos de intervenção para algumas famílias de alto risco. Há uma série de *questões importantes* que ainda devem ser investigadas para que seja possível tirar conclusões definitivas sobre a melhor forma de promover o apego seguro em diferentes tipos de famílias. Essas questões incluem a durabilidade dos efeitos das intervenções, os mecanismos que contribuem para sua eficácia, e sua efetividade em cenários do mundo real (em contraste com ensaios clínicos) para diferentes tipos de famílias.

Apesar disso, é evidente que os provedores de serviços devem ser *capacitados* na utilização de técnicas baseadas no apego que têm levado a resultados eficazes. Programas de intervenção baseados em apego devem ser *incorporados* aos programas vigentes de visita domiciliar e de educação de pais, e as políticas devem identificar as formas pelas quais as famílias podem ter acesso à maternagem consistente e a apoio psicológico no decorrer da vida de seus filhos.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Atualmente, análises econômicas indicam claramente uma boa relação *custo-benefício*, tanto em termos financeiros quanto de sofrimento humano, do provimento de serviços às famílias com bebês antes que se desenvolva uma patologia.

Referência

1. van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999;11(2):225–249.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

O impacto do apego à mãe e ao pai e do apoio sensível à exploração nos primeiros anos de vida sobre o desenvolvimento psicossocial das crianças até o início da vida adulta

Karin Grossmann, PhD, Klaus E. Grossmann, PhD

University of Regensburg, Alemanha

Outubro 2009, 2e éd.

Introdução

A abordagem de Bowlby e de Ainsworth ao desenvolvimento da personalidade baseou-se na etologia[1, 2] e na pesquisa transcultural,[3] preservando as questões centrais da psicanálise tradicional[2] e valendo-se do conceito de representação mental sugerido pela psicologia cognitiva. A abordagem etológica implica: a) descrição e classificação cuidadosas do comportamento do bebê e da criança;4 b) referência ao ambiente presumido de adaptação evolucionária do ser humano, tal como evidenciado pela intensa responsividade de crianças pequenas ao serem deixadas sozinhas em um ambiente estranho e com pessoas estranhas; e c) análise da função das emoções e comportamentos em um contexto social.[5] O apego serve para garantir proteção e cuidado, e o apego seguro serve para aliviar aflições, restaurar a homeostase fisiológica e encorajar a exploração. O impacto do apego em termos biológicos e neurobiológicos também tem sido documentado em estudos recentes.[7,18] Por exemplo, é por meio de relações de apego que as crianças primeiro aprendem a associar emoções a eventos externos de uma forma linguisticamente significativa. Além disso, relações de apego não patológicas constituem a base para a aculturação emocional, social e cognitiva.[6]

As relações de apego com pais e outros cuidadores estáveis são as relações mais importantes e influentes nos primeiros anos de vida da criança. Essas relações criam o cenário para o funcionamento fisiológico dos bebês, para suas interpretações emocionais e cognitivas de suas experiências sociais e não sociais, para o desenvolvimento da linguagem e para a aquisição de significados sobre si mesma e sobre os outros em situações sociais complexas. Posteriormente, as relações de apego mediam a aceitação e a aquisição pela criança de sua cultura.[14] O processo central parece ser a atenção compartilhada;[8] emerge por volta dos nove meses de idade, no momento de pico da reação a estranhos. Dessa forma, a natureza garante que os bebês

©2005-2026 ABILIO | APEGO

aprendam primeiro a cultura de sua família na língua materna. As relações de apego, que foram vitais para a sobrevivência dos bebês ao longo da evolução humana,[9] continuam a influenciar ideias, sentimentos e motivos e, portanto, as relações íntimas no decorrer da vida. As experiências iniciais de cuidado e a relação de apego com o cuidador têm impacto duradouro sobre a reatividade da criança ao estresse.[18]

Dentro do referencial da biologia evolucionária moderna, a teoria do apego focaliza o interesse dos "genes egoístas"[a] da criança em receber dos pais o máximo possível de recursos físicos e psicológicos.[5, 9] Em termos do paradigma de Trivers[10] a respeito do conflito pais-filhos, a teoria do apego focaliza o lado dos filhos e a disponibilidade ou indisponibilidade dos pais para investir em cada filho. No entanto, o planejamento de vida dos pais pode ajudar a explicar possíveis diferenças de investimento em cuidados parentais e a sensibilidade diferencial dos pais em relação a cada filho.[26] Isto pode explicar também o acordo apenas moderado de padrões de apego mesmo entre gêmeos monozigóticos.[11]

Do que se trata

A teoria do apego pressupõe uma relação causal entre a experiência dos indivíduos com seus pais ou figuras de apego e sua capacidade de formar vínculos afetivos mais tarde. Se uma criança recebe cuidado afetuoso quando necessita e apoio à autonomia durante a exploração do ambiente, tanto por parte da mãe quanto do pai, supõe-se que essas experiências: a) dão à criança um senso de valor, uma crença na disponibilidade dos outros para ajudar, e lhe possibilitam explorar o ambiente com confiança; b) são uma pré-condição ótima para parcerias adultas duradouras e mutuamente apoiadoras; e c) oferecem um modelo para a parentalidade futura.[12,6] A exploração confiante, competente, equivale ao nosso conceito de exploração "segura".[13] A combinação dos conceitos de apego seguro e exploração segura dá origem ao conceito de "segurança psicológica" que defendemos.[13]

Problemas

Originalmente, a pesquisa sobre apego oferecia apenas um único método para avaliar a qualidade do apego na primeira infância, utilizando um paradigma de separação-reencontro (a situação estranha). No entanto, resultados de pesquisas indicaram baixa validade da situação estranha com o bebê e o pai para a predição do desenvolvimento psicossocial subsequente.[15] Ao invés disso, a qualidade da interação pai-criança durante brincadeiras ou exploração e desafios sensíveis às competências da criança pequena parecem ser melhores preditores do

©2005-2026 ABILIO | APEGO

desenvolvimento da criança.[16,24] Outro desafio da pesquisa sobre apego é uma questão de mensuração, mais do que de conceitos: de que maneiras os padrões comportamentais do apego infantil se transformam mais tarde em padrões de discurso verbal sobre o apego?[23]

Contexto de pesquisa

Em meados e no final da década de 1970, foram iniciados dois estudos longitudinais sobre desenvolvimento social e emocional de crianças que não se encontravam em situação de risco, pertencentes a famílias biparentais de classe média: o projeto Bielefeld, ou Projeto 1, teve início com o nascimento das crianças; o projeto Regensburg, ou projeto 2, começou quando as crianças tinham 11 meses de idade.[19] As experiências das crianças quanto a apego e exploração foram avaliadas na primeira infância, na média infância e na adolescência, utilizando observações livres ou padronizadas, realizadas com mães e pais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas sobre questões familiares em muitas ocasiões com mães e pais e, mais tarde, com as crianças. Foram obtidas representações sobre apego aos 10, 16 e 22 anos de idade, representações sobre amizade aos 16, e representações sobre parcerias aos 20 ou 22 anos. Para analisar a influência das primeiras experiências sobre a representação de relações íntimas, os dados sobre apego e estratégias exploratórias da criança, e sobre sensibilidade e apoio da mãe e do pai foram agregados para os períodos da primeira infância (0 a 3 anos), da infância (5 a 10 anos) e adolescência (16 a 18 anos).[19] Complementarmente, conduzimos diversos estudos em outras culturas,[20] contribuindo para a longa tradição de pesquisa transcultural sobre apego.[21]

Principais questões de pesquisa

Como se desenvolve a capacidade de formar vínculos afetivos? Até que ponto a qualidade do apego da criança à mãe e ao pai nos dois primeiros anos de vida e suas experiências de apoio sensível à exploração são preditivas de representações sobre parcerias em adolescentes e em adultos jovens? Quais são as raízes da representação de jovens adultos sobre relações de apego?

Resultados de pesquisa

Nossos projetos longitudinais revelaram diversos achados importantes:

1. A segurança do apego na infância e na adolescência foi significativamente preditiva de representação de apego e representação de parcerias aos 22 anos de idade. Precursores da capacidade de apresentar um discurso claro sobre questões de apego foram observáveis já

©2005-2026 ABILIO | APEGO

aos 6 e 10 anos de idade[22, 23]

2. Apoio sensível, aceitação da criança e comportamentos adequados de desafio, tanto por parte da mãe quanto do pai, isoladamente e em conjunto, foram poderosos preditores de modelos internos de relações íntimas em jovens adultos.
3. A sensibilidade de mães e de pais durante a brincadeira conjunta com seus filhos em diversos contextos nos primeiros seis anos de vida contribuiu significativamente para a qualidade posterior da representação de parcerias da criança. A sensibilidade parental durante a brincadeira caracterizou-se por apoio e comportamentos que promovem cooperação e resolução independente de problemas.
4. Em contraste com alguns outros estudos longitudinais de desenvolvimento do apego, os padrões de apego apresentados pelas crianças na situação estranha com a mãe aos 12 meses, ou com o pai aos 18 meses não predisse a representação de apego posterior à infância em nenhum dos dois projetos. A variável isolada mais influente no projeto 1 foi comportamento sensível de desafio do pai durante a brincadeira com seus filhos de 24 meses de idade.[19]
5. O projeto 1 exemplifica a complexidade das trajetórias de desenvolvimento depois da primeira infância. Ao final do primeiro ano de vida, apenas 33% dos bebês apresentaram um padrão de apego seguro na situação estranha com a mãe, e apenas 41% o apresentaram com o pai. Ainda assim, um padrão de apego seguro foi preditivo de maior otimização do desenvolvimento até os 10 anos de idade. Argumentamos que a alta proporção de esquiva nesta amostra foi devida a exigências culturais relativas à autonomia precoce na Alemanha da década de 1970, e não indicava necessariamente rejeição parental tal como indicada por sensibilidade materna.[17]
6. No projeto 1, um padrão de apego inseguro na primeira infância foi preditivo de menor otimização do desenvolvimento social e emocional subsequente somente quando a criança também não tivera experiências de apoio sensível do pai e da mãe no campo da exploração. Ainda mais importante, a rejeição parental na infância intermediária, experiências traumáticas como perda de um amigo íntimo, a separação dos pais e a perda efetiva ou iminente dos pais foram situações associadas com maior frequência à representação insegura de apego em meio a adolescentes.[25]
7. Aos 22 anos de idade, no entanto, alguns sujeitos haviam refletido profundamente sobre sua experiência de apego, de tal forma que o divórcio dos pais já não era uma variável

©2005-2026 ABILIO | APEGO

fundamental, mas apenas mediadora. O preditor mais poderoso de apego e de representação de parcerias aos 22 anos foi a representação da criança sobre o apoio materno e paterno na infância intermediária e sobre a rejeição materna ou paterna, tal como indicada em uma longa entrevista semiestruturada quando as crianças tinham 10 anos de idade.[27]

8. Nos dois projetos, o desenvolvimento socioemocional de crianças que não estavam em situação de risco foi influenciado ao longo dos anos de imaturidade por muitos fatores, frequentemente independentes entre si. A qualidade do apego com a mãe e com o pai na primeira infância não se mostrou mutuamente dependente, assim como a sensibilidade materna e paterna em relação ao brinquedo da criança pequena. Segurança do apego na primeira infância, divórcio ou perda dos pais não foram preditores de rejeição parental na infância intermediária. Cada um dos fatores podia orientar a trajetória de desenvolvimento da criança em direções mais – ou menos –adaptativas.[19, 27]

Nossa pesquisa intercultural com crianças japonesas e trobriandesas confirmou três das quatro hipóteses nucleares da teoria do apego[21]: 1. o apego na primeira infância com pelo menos um adulto cuidador é universal; 2. o padrão de apego seguro também foi a norma em ambos os grupos; e 3. a segurança do apego tem uma relação positiva com competência.[5,20] Em nossa revisão recente, resumimos muitos estudos que apóiam o conceito de segurança psicológica, apontando a influência combinada de exploração segura e apego seguro. A segurança psicológica foi associada à competência cognitiva, ao comportamento flexível quanto a papéis de gênero, bem como a mais recursos nas transições e adaptações dentro do sistema escolar.

Conclusão

As experiências das crianças pequenas com mães e pais dotados de sensibilidade, capazes de aceitar e de dar apoio abrem uma trajetória de desenvolvimento psicossocial positivo para a criança. Essas experiências, tanto no campo do apego quanto no da exploração, são as raízes de modelos seguros de relações íntimas, e de uma saudável autoconfiança no campo acadêmico.[28] Essas experiências tendem a ser levadas para outras relações íntimas na infância, na adolescência e no início da vida adulta. Mudanças na aceitação parental ou perturbações na família podem modificar a trajetória em qualquer das direções, temporária ou permanentemente.[6,19]

As experiências subjetivas da criança podem ser melhor avaliadas por observações confiáveis e abertas da qualidade das interações em situações estruturadas,[3] e por meio de entrevistas

©2005-2026 ABILIO | APEGO

semiestruturadas que permitam a emergência de novas categorias. A análise do funcionamento adaptativo do sistema de apego deve focalizar experiências adversas, irritações e emoções negativas. A análise das experiências de exploração segura deve focalizar os desafios às competências das crianças. Respostas emocionais adequadas a eventos reais e ensaios de soluções apropriadas, com a ajuda de pessoas confiáveis, são bons indicadores de segurança da exploração.

Implicações para a perspectiva de políticas e de serviços

Ao longo dos primeiros anos de vida, a sensibilidade do cuidador implica compreensão e interpretação correta, além de respostas imediatas e adequadas às expressões não verbais e verbais da criança pequena. Um pré-requisito da sensibilidade é a modulação das interações de acordo com os ritmos da criança, em momentos de bom e de mau humor. As variações na qualidade do cuidado materno moldam os sistemas neurobiológicos que regulam reações de estresse.[18] Foi encontrada maior sensibilidade em mães e pais que valorizavam os apegos com base em suas lembranças de aceitação e cuidado sensível em sua própria infância.[27] Da mesma forma, em relações íntimas com cuidadores que não os pais ou os mentores, nas quais se sinta protegida e segura, a criança fará amplo uso de atenção compartilhada em relação a objetos e eventos sociais e não sociais. A aprendizagem é mais efetiva se a criança se sente valorizada pela pessoa mediadora.[29]

Os pais que viveram infâncias difíceis ou que têm um bebê com necessidades especiais beneficiam-se de ajuda em três domínios centrais: 1) compreender o desenvolvimento da criança em todos os seus domínios; 2) aprender a responder com sensibilidade a seus filhos;[30] 3) descobrir prazer e tempo suficiente para interações sensíveis e apoiadoras com a criança em situações relevantes para o apego e a exploração. Em anos subsequentes, torna-se mais importante o apoio em outros domínios, tais como encontrar mentores e educadores adequados para a criança e monitorar seu grupo de amigos. Isto é especialmente importante quando a educação e a aculturação dos próprios pais apresentam deficiências. O apego seguro é um pré-requisito necessário, mas não suficiente para que a criança se torne um membro cooperativo, valioso e aceito em seu grupo e em sua sociedade. A exploração segura deve complementar o apego seguro, de forma que as crianças possam enfrentar com sucesso os muitos desafios colocados por suas relações sociais.

Referências

©2005-2026 ABILIO | APEGO

1. Ainsworth MDS, Bowlby J. An ethological approach to personality development. *American Psychologist* 1991;46(4):333-341.
2. Bowlby J. By ethology out of psycho-analysis: An experiment in inter-breeding. *Animal Behaviour* 1980;28(Aug):649-656.
3. Ainsworth MDS. *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love.* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1967.
4. Hinde R. Ethology and attachment theory. In: Grossmann KE, Grossmann K, Waters E, eds. *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies.* New York, NY: Guilford Press; 2005:1-12.
5. Grossmann KE, Grossman K. Universality of human social attachment as an adaptive process. In: Carter CS, Ahnert L, Grossmann KE, Hrdy SB, Lamb ME, Porges SW, Sachser N, eds. *Attachment and bonding: A new synthesis.* Cambridge, Mass: The MIT Press; 2005:199-229. Dahlem Workshop Report 92.
6. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA, Collins, WA. The development of the person. *The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood.* New York: Guilford Press; 2005.
7. Coan JA. Toward a neuroscience of attachment. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2008:241-265.
8. Tomasello M. *The cultural origins of human cognition.* Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1999.
9. Hrdy, S.B. Evolutionary context of human development: The cooperative breeding model. In: Carter CS, Ahnert L, Grossmann KE, Hrdy, SB, Lamb ME, Porges SW, Sachser N, eds. *Attachment and bonding: A new synthesis.* Cambridge, Mass: The MIT Press; 2005:9-32. Dahlem Workshop Report 92.
10. Trivers RL. Parent-offspring conflict. *American Zoologist* 1974;14(1):249-264.
11. van IJzendoorn M, Moran G, Belsky J, Pederson D, Bakermans-Kranenburg MJ, Kneppers K. The similarity of siblings' attachments to their mother. *Child Development* 2000;71(4):1086-1098.
12. Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment. 2nd ed. New York: Basic Books; 1999.
13. Grossmann K, Grossmann KE, Kindler H, Zimmermann P. A wider view of attachment and exploration: The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young adulthood. In: Cassidy J. Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* 2nd ed.. New York, NY: Guilford Press; 2008:857-879.
14. Grossmann KE, Grossmann K, Waters E, eds. *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies.* New York, NY: Guilford Press; 2005.
15. Lamb ME, Lewis C. The development and significance of father-child relationships in two-parent-families. In: Lamb ME, ed. *The role of the father in child development.* 4th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2004 :272-306.
16. Grossmann K, Grossmann KE, Fremmer-Bombik E, Kindler H, Scheuerer-Englisch H, Zimmermann P. The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development* 2002;11(3):307-331.
17. Grossmann K, Grossmann KE, Spangler G, Suess G, Unzner L. Maternal sensitivity and newborns orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):233-256.
18. Fox NA, Hane AA. Studying the biology of human attachment In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2008: 217-240.
19. Grossmann K, Grossmann KE, Kindler H. Early care and the roots of attachment and partnership representations in the Bielefeld and Regensburg Longitudinal Studies. In: Grossmann KE, Grossmann K, Waters E, eds. *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies.* New York, NY: Guilford Press; 2005:98-136.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

20. Grossmann KE, Grossmann K, Keppler A. Universal and culturally specific aspects of human behavior: The case of attachment. In: Friedlmeier W, Chakkarath P, Schwarz B, eds. *Culture and human development: The importance of cross-cultural research to the social sciences.* New-York, NY: Psychology Press; 2005:75-97.

21. van IJzendoorn MH, Sagi A. Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In: Cassidy J. Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* 2nd ed. New York, NY: Guilford Press;1999: 713-734.

22. Grossmann KE, Grossmann K, Winter M, Zimmermann P. Attachment relationships and appraisal of partnership: From early experience of sensitive support to later relationship representation. In: Pulkkinen L, Caspi A, eds. *Paths to successful development: Personality in the life course.* New York, NY: Cambridge University Press; 2002:73-105.

23. Grossmann KE. Old and new internal working models of attachment: The organization of feelings and language. *Attachment and Human Development* 1999;1(3):253-269.

24. Parke R, Dennis J, Flyr ML, Morris KL, Killian C, McDowell DJ, Wild M. Fathering and children's peer relationships. In: Lamb ME, ed. *The role of the father in child development.* 4th Ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2004 :307-340.

25. Zimmermann P, Fremmer-Bombik E, Spangler G, Grossmann KE. Attachment in adolescence: A longitudinal perspective. In: Koops W, Hoeksma JB, van den Boom DC, eds. *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches.* Amsterdam, Netherlands: North-Holland;1997: 281-292

26. Hrdy SB. *Mother nature: A history of mothers, infants, and natural selection.* 1st Ed. New York, NY: Pantheon Books; 1999.

27. Grossmann K, Grossmann KE. Bindungen. *Das Gefüge psychischer Sicherheit. [Attachment. The composition of psychological security].* Stuttgart, Germany: Klett-Cotta; 2004.

28. Larose S, Bernier A, Tarabulsy GM. Attachment state of mind, learning dispositions, and academic performance during the college transition. *Developmental Psychology* 2005; 41(1):281-289.

29. Pianta RC. Enhancing relationships between children and teachers. Washington, DC: *American Psychological Association*; 1999.

30. Van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experi¬mental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development* 1994;65(5):1457-1477.

[a]NT: O conceito de gene egoísta refere-se a todos os genes – que são chamados de egoístas porque seu único "interesse" ou "propósito" é sua própria perpetuação. Para evitar o entendimento errôneo de que a criança que tem genes egoístas é aquela que exige o máximo dos pais, talvez faça mais sentido dizer que a teoria do apego focaliza o interesse evolutivo (ou a vantagem evolutiva) da criança.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Desorganização das estratégias de apego na infância

Kate Hennighausen, PhD, Karlen Lyons-Ruth, PhD

Harvard Medical School, EUA

Janeiro 2010, 2e éd. rév.

Introdução

A relação de apego entre pais e filhos refere-se aos aspectos da relação que servem para regular o estresse ou a sensação de segurança da criança. A qualidade da regulação de afetos que envolvem medo, disponível nas relações de apego, é fundamental para a liberdade que a criança em desenvolvimento deve ter para desviar sua atenção de questões de ameaça e segurança para outras realizações do desenvolvimento, tais como exploração, aprendizagem e brincadeira. Em condições normais, uma relação de apego que funcione adequadamente protege a criança pequena contra níveis extremos de excitação que envolve medo. No entanto, é possível que a relação de apego não funcione adequadamente. Com base na acumulação de resultados de pesquisa, acredita-se atualmente que formas desorganizadas e controladoras de comportamento de apego representam sinais de mau funcionamento do sistema relacional de apego. Tanto o cuidador quanto o bebê contribuem para as negociações bebê-cuidador que ocorrem em torno de aflição e consolo, bem como para as adaptações defensivas potenciais que podem resultar dessas negociações.

Comportamento desorganizado de apego na primeira infância

Estratégias de apego desorganizadas ou comportamentos contraditórios e não integrados em relação ao cuidador quando a criança precisa de consolo podem ser identificados inicialmente aos 12 meses de idade. Por exemplo, imobilizar-se, encolher-se no chão e outros comportamentos depressivos na presença do cuidador em situação de estresse são componentes do critério de codificação de comportamentos desorganizados. Comportamentos contraditórios, de aproximação e evitação do cuidador em situação de estresse, também são indicadores de uma estratégia desorganizada, como mostra a Tabela 1. Supõe-se que esses diversos comportamentos contraditórios e não integrados indicam a incapacidade da criança de organizar uma estratégia coerente para eliciar o cuidado do adulto, e estão diferencialmente associados a aumento de

©2005-2026 ABILIO | APEGO

liberação de hormônios do estresse.[1,2] Comportamentos desorganizados de apego podem ocorrer em combinação com outros comportamentos inseguros que compõem uma estratégia de apego evitativo ou ambivalente. No entanto, muitos comportamentos desorganizados da criança são exibidos em associação com comportamentos que são usualmente parte de uma estratégia segura, como protesto frente à separação, busca por contato com a mãe no reencontro e interrupção da aflição ao ser colocada no colo. Crianças que exibem versões desorganizadas de estratégias seguras constituem uma pequena maioria (cerca de 52%) das crianças classificadas como desorganizadas.[3, 4]

Padrões de apego controlador na infância

Entre 3 e 6 anos de idade, a criança já adquiriu maior capacidade cognitiva para representar os estados emocionais do cuidador e pensar a respeito deles. Nessa faixa etária, os comportamentos desorganizados de apego de muitas crianças pequenas são gradualmente substituídos por estratégias de apego controladoras.[4] Comportamentos de apego controladores assumem duas formas muito diferentes, denominadas punitiva-controladora e cuidadora-controladora. O comportamento punitivo-controlador caracteriza-se por tentativas da criança de manter a atenção e o envolvimento dos pais por meio de comportamentos hostis, coercivos ou mais sutilmente humilhantes em situações que evocam o apego. O comportamento cuidador-controlador caracteriza-se por tentativas da criança de manter a atenção e o envolvimento dos pais entretendo-os, organizando, dirigindo ou aprovando suas ações. Tanto as estratégias desorganizadas de apego na primeira infância quanto as estratégias de apego controladoras nos anos pré-escolares estão associadas com psicopatologia e com agressão nos períodos pré-escolar e escolar.[5] Além disso, o apego desorganizado na primeira infância continua a ser preditivo de níveis altos de sintomas dissociativos e psicopatologia no final da adolescência.[6,7]

Comportamentos parentais relacionados a estratégias de apego desorganizadas/ controladoras

Observa-se um aumento da incidência de desorganização na primeira infância no contexto de psicopatologia parental, mas não no contexto de enfermidades ou deficiência física da criança.[8,9] Uma meta-análise confirmou também que lapsos de raciocínio ou estilo de discurso dos pais durante partes da *Adult Attachment Interview* (Entrevista sobre Apego para Adultos), denominadas Estado Mental não resolvido, relacionadas a perdas ou pós-trauma, estão associados a desorganização na primeira infância, com r=.31.[10] No entanto, os mecanismos

©2005-2026 ABILIO | APEGO

subjacentes a essa associação ainda estão por ser determinados. Quase a metade dos bebês desorganizados (47%) não tem pais com estados mentais não resolvidos. Entre as crianças pequenas que apresentam desorganização, chega a quase a metade (47%) aquelas cujos pais não estão na condição de estado mental não resolvido. Main e Hesse[11] propuseram a hipótese de que, se o próprio pai ou a própria mãe gera medo no bebê, este é colocado em um paradoxo insolúvel quanto a se aproximar do cuidador para obter consolo, porque o cuidador torna-se ao mesmo tempo a fonte do medo e o porto seguro do bebê. A pesquisa com animais também evidencia que comportamentos retraídos de pais que não conseguem acalmar o medo do filhote estão associados à superexcitação duradoura do sistema de respostas ao estresse.[12,13] Assim sendo, Lyons-Ruth, Bronfman e Atwood sugerem que tanto o afeto de medo gerado pelo pai ou pela mãe quanto o afeto de medo gerado por outras fontes no contexto de indisponibilidade emocional dos pais podem contribuir para a desorganização do bebê.[14,15] Demonstrou-se por meta-análise que uma diversidade de comportamentos parentais está associada à desorganização infantil. Esses comportamentos incluem retraimento dos pais, respostas negativas-intrusivas, respostas confusas quanto a papéis, respostas desorientadas, comportamentos de medo ou amedrontadores, e erros de comunicação afetiva, dentre os quais respostas contraditórias aos sinais da criança e fracasso em responder aos sinais afetivos claros da criança.[16]

Intervindo em famílias desorganizadas/ controladoras

De maneira geral, os programas de intervenção destinados a modificar estratégias desorganizadas de apego focalizam a primeira infância. Os objetivos de tratamento usualmente incluem a construção de uma relação terapêutica calorosa e responsiva para oferecer ao progenitor uma experiência de apego corretiva. Outros objetivos incluem ajudar os pais a compreender os efeitos de relações prévias sobre as interações e os sentimentos atuais; treinar os pais a responder, de forma sensível e adequada à idade da criança, aos seus sinais de apego; e colocar a família em contato com recursos complementares. Estudos recentes de intervenção, controlados e randomizados, fornecem evidências experimentais sólidas de que processos de apego desorganizado são passíveis de mudança. Tanto entre mães deprimidas de renda média quando entre mães de baixa renda que maltratam os filhos, intervenções cuidadosas e continuadas (mais de 40 sessões) foram associadas a reduções significativas no apego desorganizado na primeira infância em comparação com controles randomizados, não submetidos a tratamento.[17,18] O potencial positivo de intervenções precoces é reforçado por evidências externas à área do apego e que mostram que intervenções com pais estressados e de

©2005-2026 ABILIO | APEGO

baixa renda são eficientes em termos de custo-benefício e apresentam efeitos positivos de longo prazo sobre o comportamento antissocial da criança e até o início da fase adulta.[19,20,21]

Conclusões

Processos de apego desorganizado são preditores precoces de formas de psicopatologia internalizantes e externalizantes a partir do período pré-escolar. Esses processos de apego não se confundem com temperamento da criança e parecem situar-se em processos relacionais, e não apenas na criança ou nos pais. A desorganização do apego tende a constituir um fator relacional de risco para psicopatologia, que atravessa as categorias diagnósticas convencionais e interage com a vulnerabilidade biológica individual, produzindo uma diversidade de sintomas psiquiátricos. A variabilidade dos perfis comportamentais dentro do grupo desorganizado sugere a necessidade de modelos etiológicos múltiplos. Interagindo com diferentes experiências de perda, abuso e/ou relações cronicamente hostis ou negligentes, diferentes vulnerabilidades biológicas podem levar a trajetórias de desenvolvimento e resultados em adultos significativamente distintos. As pesquisas atuais incluem a investigação de interação genes-ambiente na etiologia de apegos desorganizados, [22,23,24,25] e diferenciação de correlatos e de resultados relacionados a comportamentos de apego indiscriminados em comparação com comportamentos de apego desorganizados.[26, 27]

Implicações para políticas e serviços

É necessária uma ênfase muito maior no financiamento, na avaliação e no provimento de serviços de caráter preventivo para famílias com bebês antes que sejam desencadeadas trajetórias de desenvolvimento onerosas associadas a psicopatologias infantis. Temos atualmente uma variedade de métodos de observação para avaliar a qualidade da relação de apego entre pais e filhos aos 18 meses de idade, antes que se instalem problemas sérios de comportamento.[16] Os provedores de serviços que estão em contato com famílias jovens devem ser mais capacitados para utilizar e interpretar essas ferramentas de observação precoce. Finalmente, atualmente as análises econométricas indicam com clareza a eficácia, em termos de redução de custos e de prevenção de sofrimento humano, da oferta de atendimento precoce às famílias com bebês, antes que trajetórias de desenvolvimento no longo prazo associadas a psicopatologias infantis passem a consumir parcelas cada vez maiores dos recursos da sociedade.[28]

TABELA 1

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Indicadores de desorganização e desorientação da criança pequena na presença de um dos pais (pai ou mãe)

1. Exibição sequencial de padrões contraditórios de comportamento, tais como comportamento intenso de apego seguido por evitação ou desorientação;
2. Exibição simultânea de padrões contraditórios de comportamento, tais como evitação intensa com busca intensa de contato, aflição ou raiva;
3. Movimentos e expressões não direcionados, mal direcionados, incompletos e interrompidos;
4. Movimentos estereotipados, assimétricos, temporalmente desorganizados, e posturas anômalas;
5. Atitude de apatia, imobilização ou movimentos e expressões “em câmera lenta”;
6. Indicadores diretos de apreensão em relação ao pai ou à mãe;
7. Indicadores diretos de desorganização ou desorientação na presença do pai ou da mãe, tais como ambulação desorientada, expressões confusas ou atordoadas, ou mudanças múltiplas e rápidas de afeto.

Nota: Ver descrições completas em Main e Solomon.[3]

Referências

1. Spangler G, Grossmann K. Individual and physiological correlates of attachment disorganization in infancy. In: Solomon J, George C, eds. *Attachment disorganization.* New York, NY: Guilford Press; 1999:95-124.
2. Hertsgaard L, Gunnar M, Erickson MF, Nachmias M. Adrenocortical responses to the strange situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development* 1995;66(4):1100-1106.
3. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention.* Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.
4. NICHD Early Child Care Research Network. Child-care and family predictors of preschool attachment and stability from infancy. *Developmental Psychology* 2001;37(6):847-862.
5. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In: Cassidy J, Shaver P, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2008: 666-697.
6. Carlson EA. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/ disorientation. *Child Development* 1998;69(4):1107-1128.
7. Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B. Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology* 1997;9(4):855-879.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

8. Goldberg S, Gotowiec A, Simmons RJ. Infant-mother attachment and behaviour problems in healthy and chronically ill preschoolers. *Development and Psychopathology* 1995;7(2):267-282.

9. van IJzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg PM, Frenkel OJ. The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development* 1992;63(4):840-858.

10. van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin* 1995;117(3):387-403.

11. Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention.* Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:161-182.

12. Coplan JD, Andrews MW, Rosenblum LA, Owens MJ, Friedman S, Gorman JM, Nemeroff CB. *Persistent elevations of cerebrospinal fluid concentrations of corticotropin-releasing factor in adult nonhuman primates exposed to early-life stressors: Implications for the pathophysiology of mood and anxiety disorders.* Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 1996;93(4):1619-1623.

13. Francis D, Diorio J, Liu D, Meaney MJ. Nongenomic transmission across generations of maternal behaviour and stress responses in the rat. *Science* 1999; 286(5442):1155-1158.

14. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behaviour and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1999;64(3):67-96.

15. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Atwood G. A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In: Solomon J, George C, eds. *Attachment disorganization.* New York, NY: Guilford Press; 1999:33-70.

16. Madigan S, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Moran G, Pederson DR, Benoit D. Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development* 2006;8(2):89-111.

17. Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(6):1006-1016.

18. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology* 2006;18(3):623-649.

19. Olds D, Henderson CJr, Kitzman H, Eckenrode J, Cole R, Tatelbaum R. The promise of home visitation: Results of two randomized trials. *Journal of Community Psychology* 1998;26(1):5-21.

20. Schweinhart LJ, Barnes H, Weikart D. *Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool study through age 27.* Ypsilanti, MI: High/Scope Press; 1993.

21. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Program: Long-range impact on an early intervention with low-income children and their families. In: Powell DR, ed. *Parent education as early childhood intervention: Emerging directions in theory, research and practice.* Westport, CT: Ablex Publishing; 1988:79-104. Annual advances in applied developmental psychology; vol. 3.

22. Lakatos K, Toth I, Nemoda Z, Ney K, Sasvari-Szekely M, Gervai J. Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. *Molecular Psychiatry* 2000;5(6):633-637.

23. Gervai J, Novak A, Lakatos K, Toth I, Danis I, Ronai, Z, Nemoda Z, Sasvari-Szekely M, Bureau JF, Bronfman E, Lyons-Ruth K. Infant genotype may moderate sensitivity to maternal affective communications: Attachment disorganization, quality of care, and the DRD4 polymorphism. *Social Neuroscience* 2007;2(3-4):307-319.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

24. van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg M. DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attachment and Human Development* 2006;8(4):291-307.

25. Roisman GI, Fraley RC. A behavior-genetic study of parenting quality, infant attachment security, and their covariation in a nationally representative sample. *Developmental Psychology* 2008;44(3):831-839.

26. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF. Bucharest Early Intervention Project Core Group; Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development* 2005;76(5):1015-1028.

27. Lyons-Ruth K, Bureau JF, Riley CD, Atlas-Corbett AF. Socially indiscriminate attachment behavior in the Strange Situation: Convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Development and Psychopathology* 2009;21(2):355-372.

28. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, Hoube J, Kilburn R, Rydell P, Sanders M, Chiesa J. *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions.* Santa Monica, CA: RAND Corporation; 1998.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Apego nos primeiros anos de vida (0-5) e seu impacto no desenvolvimento das crianças

Marinus van IJzendoorn, PhD

Leiden University, Holanda

Março 2005

Introdução

O que é apego? As crianças são consideradas apegadas quando tendem a buscar proximidade e contato com um cuidador específico em momentos de aflição, doença e cansaço.[1] O apego a um cuidador protetor ajuda os bebês a regular suas emoções negativas em momentos de estresse e aflição e a explorar o ambiente, mesmo quando este contém estímulos amedrontadores. O apego, que é um marco importante de desenvolvimento na vida da criança, continua a ser importante ao longo da vida. Na idade adulta, representações de apego moldam a forma como os adultos se sentem em relação a tensões e estresses nas relações íntimas, entre as quais as relações pais-filhos, e a forma pela qual o *self*[a] é percebido.

Desenvolvimento de apego

O apego desenvolve-se em quatro fases.[1] Na primeira fase – orientação e sinalização indiscriminada para pessoas –, o bebê parece estar "sintonizado" com certos comprimentos de onda dos sinais do ambiente. Em sua maioria, esses sinais são de origem humana (por exemplo, som de vozes). Na segunda fase, provavelmente primeiro pelo olfato e depois pela visão, o bebê desenvolve preferência por um ou mais cuidadores – é a fase de orientação e sinalização dirigidas a uma ou a diversas pessoas específicas. É somente quando o bebê se torna capaz de apresentar comportamentos ativos de apego, tais como buscar ativamente a proximidade da figura de apego e segui-la, que ele entra na terceira fase, a fase do apego propriamente dito – manter-se perto de uma pessoa específica por meio de sinalizações e movimentos. As crianças entram na quarta fase – de parceria corrigida para uma meta – quando são capazes de imaginar os planos e as percepções dos pais ou cuidadores e ajustar a eles seus próprios planos e atividades.

Explicando diferenças individuais no apego

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Ainsworth *et al.*[2] observaram bebês de um ano de idade com suas mães em um procedimento padronizado de separação estressante – o Procedimento da Situação Estranha (PSE). As reações dos bebês no reencontro com o cuidador depois de uma separação breve eram utilizadas para avaliar o grau de confiança que a criança tinha na acessibilidade de sua figura de apego. O procedimento consiste em oito episódios, sendo que os sete últimos idealmente duram três minutos. Os bebês são confrontados com três componentes estressantes: um ambiente não familiar, a interação com um estranho e duas separações curtas do cuidador.

Com base nas reações dos bebês no reencontro com um dos pais ou com outro cuidador, é possível distinguir três padrões de apego. Os bebês que buscam ativamente a proximidade com seus cuidadores no reencontro, comunicam abertamente seus sentimentos de estresse e aflição, e depois voltam rapidamente a explorar o ambiente, são classificados como seguros (B). Os bebês que não parecem se afligir e ignoram ou evitam o cuidador no momento do reencontro (embora a pesquisa fisiológica revele que estão ativos)[3] são classificados como inseguros-evitativos (A). Os bebês que combinam manutenção intensa de contato com resistência ao contato, ou continuam inconsoláveis, sem conseguir voltar a explorar o ambiente, são classificados como inseguros-ambivalentes (C). Além da classificação clássica nos três tipos ABC, Main e Solomon[4] propuseram uma quarta classificação – o apego desorganizado (D) –, que não é discutido aqui.

Uma revisão de todos os estudos americanos com amostras não clínicas (21 amostras, com um total de 1584 bebês, obtidas entre 1977 e 1990) revela que cerca de 67% dos bebês foram classificados como seguros, 21% como inseguros-evitativos e 12% como inseguros-ambivalentes.5 Uma questão central na pesquisa e na teorização sobre apego é a identificação dos fatores que levam alguns bebês a desenvolver uma relação de apego inseguro enquanto outros se sentem seguros.

Contexto de pesquisa

O modelo básico de explicação de diferenças nas relações de apego pressupõe que práticas parentais sensíveis ou insensíveis determinam a (in-)segurança do apego infantil. Ainsworth[2] e colegas definiram originalmente a sensibilidade parental como a capacidade de perceber e interpretar corretamente os sinais de apego da criança, e de responder a esses sinais de forma imediata e adequada. De fato, verificou-se uma associação entre falta de responsividade ou sensibilidade inconsistente e insegurança da criança; e entre responsividade sensível e

©2005-2026 ABILIO | APEGO

consistente e vínculos seguros.[6]

No entanto, alguns proponentes da abordagem da genética do comportamento declaram que a maior parte dos dados correlacionais sobre desenvolvimento da criança são seriamente tendenciosos, uma vez que se baseiam em delineamentos tradicionais de pesquisa que focalizam comparações entre famílias, que confundem semelhanças genéticas entre pais e filhos com influências ambientais supostamente compartilhadas.[7] Harris[8], por exemplo, alega que há uma necessidade urgente de repensar radicalmente o papel dos pais no desenvolvimento da criança e reduzir a ênfase nesse papel. Apesar da prevalência dessa linha de pensamento, a teoria do apego continua a enfatizar o papel importante da sensibilidade parental.

Principais questões de pesquisa

Questões de pesquisa cruciais exploram o papel causal de práticas parentais sensíveis no desenvolvimento da segurança do apego em bebês. Essas questões têm sido abordadas em estudos de gêmeos, que comparam apegos de gêmeos monozigóticos e dizigóticos de uma mesma família, e em estudos experimentais de intervenção planejados para promover a sensibilidade parental de forma a melhorar a relação de apego da criança.

Resultados recentes de pesquisa

Até o momento, foram publicados quatro estudos com gêmeos sobre segurança do apego mãe-criança, utilizando modelos da genética do comportamento. Três dos quatro estudos documentam um papel secundário das influências genéticas nas diferenças de segurança do apego, e um papel bastante substancial do ambiente compartilhado.[9,10,11] O quarto estudo – o *Louisville Twin Study*[12] – investigou a qualidade do apego em pares de gêmeos, utilizando um procedimento de separação-reencontro adaptado, planejado originalmente para a avaliação de temperamento. É marcante a importância do papel que fatores ambientais compartilhados desempenham no apego (no estudo de Bokhorst et al., cerca de 50%). As diferenças entre relações de apego são causadas principalmente pelo ambiente, e não pela natureza, embora a tendência no sentido de se apegar seja inata.

Será que a prática parental sensível é o ingrediente central do ambiente compartilhado? Em 21 estudos correlacionais foi replicada uma associação significativa, embora modesta, entre sensibilidade parental e apego infantil (r = .24, N = 1099). Mas apenas intervenções experimentais poderão provar definitivamente a hipótese original de Ainsworth. Em 24 estudos

©2005-2026 ABILIO | APEGO

experimentais de intervenção (n = 1280), tanto a sensibilidade materna quanto a segurança do apego da criança foram avaliadas como medidas de resultados. De modo geral, a insegurança do apego mostrou-se mais resistente à mudança do que a insensibilidade materna. As intervenções mais eficazes em promover sensibilidade parental foram também mais eficazes em melhorar a segurança do apego, o que fortalece experimentalmente a noção de um papel causal da sensibilidade na formação do apego.[13]

Conclusões

O apego – o vínculo afetivo entre o bebê e o genitor – desempenha um papel central na regulação do estresse em momentos de aflição, ansiedade ou enfermidade. Os seres humanos nascem com uma tendência inata no sentido de se apegar a um cuidador protetor. Mas os bebês desenvolvem tipos diferentes de relações de apego: alguns bebês desenvolvem uma relação de apego seguro com seu genitor, e outros encontram-se em uma relação de apego inseguro. Essas diferenças individuais não são determinadas geneticamente, e sim enraizadas em interações no ambiente social durante os primeiros anos de vida. Como foi documentado em estudos de gêmeos e em estudos experimentais de intervenção, práticas parentais sensíveis ou insensíveis desempenham um papel central no surgimento de apegos seguros ou inseguros. No caso da teoria do apego, a hipótese do ambiente[8] está de fato justificada. Inúmeros achados confirmam a hipótese central de que práticas parentais sensíveis resultam em segurança do apego infantil, embora outras causas não possam ser excluídas.

Implicações para políticas sociais

A implicação mais importante para políticas e saúde mental é que as práticas parentais de fato fazem diferença para o desenvolvimento socioemocional da criança. Portanto, os pais têm o direito de receber apoio social de formuladores de políticas e profissionais da área de saúde mental, para que possam fazer o melhor possível para criar seus filhos vulneráveis. A sensibilidade parental não é uma tarefa fácil, e não acontece com naturalidade para muitos pais, que precisam encontrar seu caminho ainda que tenham tido poucas experiências positivas em sua própria infância. Ninguém cria um filho sozinho,[14] portanto os pais devem poder contar com cuidado não parental de boa qualidade, para poder combinar a criação dos filhos com outras obrigações. Além disso, muitos pais podem valer-se de intervenções preventivas bastante breves, que os ajudam a tornarem-se mais sensíveis aos sinais de apego dos filhos. Com base em nossa meta-análise, concluímos que as intervenções mais eficazes para melhorar a sensibilidade dos

©2005-2026 ABILIO | APEGO

pais e a segurança do apego em bebês utilizaram um número moderado de sessões e um foco comportamental bem definido, e só foram iniciadas seis meses após o nascimento. Sob uma perspectiva de apego aplicada, pais jovens devem ter acesso a programas de apoio preventivo que incorporem esses insights baseados em evidências.

Referências

1. Bowlby J. *Attachment.* New York, NY: Basic Books; 1969. *Attachment and loss*; vol. 1.
2. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
3. Spangler G, Grossmann KE. Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development* 1993;64(5):1439 1450.
4. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention.* Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.
5. van IJzendoorn MH, Goldberg S, Kroonenberg PM, Frenkl OJ. The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development* 1992;63(4):840-858.
6. De Wolff MS, van IJzendoorn MH. Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development* 1997;68(4):571-591.
7. Rowe DC. *The limits of family influence: genes, experience, and behavior.* New York, NY: Guilford Press; 1994.
8. Harris JR. *The nurture assumption: Why children turn out the way they do.* New York, NY: Free Press; 1998.
9. Ricciuti AE. Child-mother attachment: A twin study. *Dissertation Abstracts International* 1992;54:3364. University Microfilms No. 9324873.
10. O'Connor TG, Croft CM. A twin study of attachment in preschool children. *Child Development* 2001;72(5):1501-1511.
11. Bokhorst CL, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RMP, van IJzendoorn MH, Fonagy P, Schuengel C. The importance of shared environment in mother-infant attachment security: A behavioral genetic study. *Child Development* 2003;74(6):1769-1782.
12. Finkel D, Matheney APJr. Genetic and environmental influences on a measure of infant attachment security. *Twin Research* 2000;3(4):242-250.
13. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
14. Clinton HR. *It takes a village: and other lessons children teach us.* New York, NY: Simon & Schuster; 1996.

[a]NT: Não há uma tradução consensual para *self* na literatura brasileira dessa área. O sentido mais aproximado é "si mesmo" – no contexto, a forma pela qual os adultos percebem a si mesmos.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Apego na primeira infância: comentários sobre van IJzendoorn, e Grossmann e Grossmann

Greg Moran, PhD

University of Western Ontario, Canadá

Julho 2005

Introdução

A teoria e a pesquisa sobre apego ocuparam um lugar central no estudo do desenvolvimento socioafetivo humano. Com base nos fundamentos conceituais de Bowlby[1] e em sua tradução para estudos empíricos, por Ainsworth[2], pesquisadores de todo o mundo utilizaram o apego como veículo para aumentar nossa compreensão sobre as consequências de longo prazo da primeira relação do bebê humano e sobre os fatores relacionados à infância da mãe que são relevantes para moldar essa relação.

Karin e Klaus Grossman e Marinus van IJzendoorn são representantes eminentes dos pesquisadores que se basearam no legado de Bowlby e Ainsworth. Em seus trabalhos, assumiram abordagens diferentes, porém complementares. van IJzendoorn oferece uma revisão objetiva e bem fundamentada da teoria do apego e uma descrição dos padrões de relações de apego.[3] Sua descrição de resultados de pesquisa coloca em questão se as variações no apego são devidas à experiência social inicial ou a fatores genéticos, inclusive temperamento. Cita análises recentes da genética comportamental sobre apego em gêmeos que confirmam de maneira convincente o lado da experiência nesse debate. Esta evidência é particularmente digna de nota, uma vez que contrasta acentuadamente com os resultados de estudos paralelos sobre as origens de muitos traços de comportamento e de personalidade, e de atitudes, para os quais têm sido encontradas evidências de influência genética substancial.[4]

Os Grossman, por outro lado, assumem uma abordagem mais pessoal, começando por uma apresentação que enfatiza o papel do apego, tanto no tempo evolucionário quanto no tempo do desenvolvimento, dando à criança a possibilidade de uma aprendizagem social com o cuidador – uma oportunidade de adquirir as competências sociais e emocionais necessárias para sua adaptação à sociedade e à cultura em que nasceu. Sua revisão de pesquisas inclui partes de dois estudos longitudinais extensos realizados por eles e seus colegas na Alemanha. Esses resultados

©2005-2026 ABILIO | APEGO

enfatizam tanto a continuidade ao longo da vida quanto o potencial de mudança, para melhor ou para pior, em consequência de flutuações substanciais no ambiente social.

Pesquisas e conclusões

Um elemento crítico das duas contribuições é a ênfase correta que atribuem ao papel desempenhado pelo cuidador na determinação da qualidade das relações de apego e, portanto, na modelagem do desenvolvimento socioemocional futuro da criança. Além dos resultados dos estudos com gêmeos, van IJzendoorn cita também evidências experimentais do papel crítico do cuidador no desenvolvimento, apresentando resultados de estudos de intervenções que obtiveram sucesso na melhoria da qualidade da relação de apego por meio de manipulações que promovem a sensibilidade e a responsividade da mãe.[3]

Nenhum dos autores comenta extensivamente as pesquisas sobre conseqüências para o desenvolvimento das diferenças entre relações iniciais de apego. Um amplo conjunto de pesquisas, ao longo das últimas duas décadas e além delas, estabeleceu uma associação clara entre padrões seguros de apego nos primeiros meses de vida e na primeira infância e adaptação social posterior.[5] O apego seguro foi associado a melhores resultados de desenvolvimento do que padrões não seguros de apego em áreas que incluem autoconfiança, autoeficácia, empatia e competência social na primeira infância, na idade escolar e na adolescência. Bebês com apegos não seguros revelam-se mais propensos a problemas posteriores de adaptação, que incluem distúrbios de conduta, agressão, depressão e comportamento antissocial. É importante notar, no entanto, que grande parte da pesquisa que relaciona apego a resultados posteriores de desenvolvimento foi realizada antes da utilização da categoria apego desorganizado[6] – um padrão de apego que foi fortemente associado a resultados de desenvolvimento extremamente mal adaptados. Portanto, um número desconhecido de relações desorganizadas foi incluído nessas análises dentro dos grupos de apego seguro e não seguro. São necessárias novas pesquisas para esclarecer quais das associações previamente atribuídas a padrões não seguros, caso exista alguma, são de fato decorrentes de desorganização.

Implicações para políticas e serviços sociais

A ênfase dos Grossman na qualidade do apego inicial como capaz de predizer adaptação social e emocional posterior, e também sobre descontinuidades nesse processo, reflete um aspecto fundamental do papel do apego no desenvolvimento tal como conceituado originalmente por

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Bowlby. Isto é, o apego influencia o desenvolvimento de forma probabilística, e não determinista. Essa noção é particularmente importante para aqueles que esperam utilizar uma compreensão de apego para desenvolver serviços ou implementar políticas sociais. Resumidamente, acredita-se que, mais do que determinar diretamente um resultado adaptativo ou desadaptado, as experiências iniciais de apego predispõem o bebê para agir e reagir de uma forma que serve para moldar experiências sociais subsequentes, e assim encaminham a criança para uma trajetória de desenvolvimento e não para outra. O resultado efetivo do desenvolvimento, no entanto, continua a ser produto de experiências continuadas, ainda que essas experiências sejam, em parte, tornadas mais ou menos prováveis pela qualidade da relação de apego inicial. A trajetória pode ser modificada por experiências sociais subsequentes, incluindo intervenções deliberadas.

Bowlby apreendeu as implicações mais importantes da teoria e da pesquisa sobre apego em termos de políticas e serviços sociais em um relatório escrito há mais de meio século:

> *"Tal como as crianças são absolutamente dependentes de seus pais para seu sustento,assim também em todas as comunidades, exceto as mais primitvas, os pais, e especialmente as mães, dependem da sociedade mais ampla para seu provimento econômico. Se uma comunidade valoriza as crianças, deve cuidar de seus pais".*

John Bowlby, 1951, p. 84, WHO Report citado por Inge Bretherton (1992).

Em certa medida, o comentário de Bowlby reflete a linguagem e a cultura da época, mas transmite uma mensagem precisa que continua urgente. A pesquisa sobre apego nas três últimas décadas confirmou sua hipótese central de que sensibilidade e responsividade do cuidador são instrumentais na modelagem da primeira relação do bebê humano. Demonstrou-se que essa relação, por sua vez, é um poderoso preditor de importantes resultados sociais posteriores. Nossos esforços para garantir que esses resultados sejam adaptativos, e não desadaptado, tanto para a sociedade como para o indivíduo precisam, portanto, focalizar nosso apoio ao cuidador do bebê, mais frequentemente a mãe. Na sociedade atual, isso se traduz mais urgentemente, no nível de políticas, em assegurar que famílias em situação de risco de desenvolvimento, entre as quais as de mães solteiras, recebam os recursos sociais e financeiros necessários para que ofereçam a seus filhos um ambiente social de apoio – pré-requisito para uma relação de apego saudável. Como sugeriu van IJzendoorn, em muitos casos isso significa o provimento de creches de boa qualidade para essas famílias. Aos provedores de serviços, a teoria e pesquisa sobre

©2005-2026 ABILIO | APEGO

apego pedem um foco nas interações sociais iniciais e no mediador primário dessas interações – a mãe. Padrões de comportamento de apego e representações mentais tornam-se menos flexíveis e menos suscetíveis de mudança ao longo do desenvolvimento. O investimento por meio de políticas sociais e de prestação de serviços nos primeiros anos de vida é, portanto, uma abordagem mais eficiente e mais factível do que intervenções reativas, postergadas até que se tornem aparentes as consequências negativas de experiências iniciais inadequadas.

Referências

1. Bowlby J. Attachment. London, England: Hogarth Press; 1969. *Attachment and loss*; vol 1.
2. Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: *A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1978.
3. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
4. McGuffin P, Riley B, Plomin R. Genomics and behavior: Toward behavioral genomics. *Science* 2001;291(5507):1232-1249.
5. Carlson EA, Sampson MC, Sroufe LA. Implications of attachment theory and research for developmental-behavioral pediatrics. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2003;24(5):364-379.
6. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.
7. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology* 1992;28(5):759-775.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Apego e seu impacto no desenvolvimento da criança: comentários sobre van IJzendoorn, Grossmann e Grossmann, e Hennighausen e Karlen Lyons-Ruth

Charles H. Zeanah Jr., MD, Prachi Shah, MD

Institude of Infant and Early Childhood Mental Health, Tulane University Health Sciences Center, EUA

Julho 2005

Introdução

Mais de 50 anos atrás, um psiquiatra infantil inglês, chamado John Bowlby, foi comissionado pela Organização Mundial da Saúde para escrever uma monografia sobre as necessidades de crianças pequenas quanto à saúde mental. A conclusão de Bowlby foi que “acredita-se que o que é essencial para a saúde mental é que o bebê e a criança pequena vivenciem uma relação calorosa, íntima e contínua com sua mãe (ou mãe substituta – ou mãe substituta permanente – uma pessoa que cuide regularmente da criança), na qual ambas encontrem satisfação e prazer”.[1] Grossmann e Grossmann, van Ijzendoorn, e Hennighausen e Lyons Ruth reveem o status atual de mais de 35 anos de pesquisas que reafirmaram, refinaram e ampliaram a tese central de Bowlby. Neste comentário, revemos as interpretações dos autores sobre pesquisas e implicações para políticas, e destacamos mais algumas áreas de ênfase.

Pesquisas e conclusões

As seções sobre o apego e seu impacto reveem diversas questões e conclusões sobre o desenvolvimento infantil:

1. As diferenças individuais na organização do comportamento de apego que crianças pequenas dirigem ao cuidador revelaram-se preditores razoavelmente sólidos da adaptação psicossocial posterior da criança. Uma questão importante que tem sido foco de atenção empírica e de debate é até que ponto as diferenças individuais em apego são atributos da criança ou, ao contrário, são atributos da relação da criança com um cuidador específico.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

van Ijzendoorn conclui que as diferenças na segurança do apego são explicadas mais pelo "ambiente" do que pela "natureza". Sua hipótese é substanciada pelas pesquisas citadas, e é sustentada também por evidências recorrentes de que uma criança pode receber classificações diferentes quanto ao apego com diferentes cuidadores.[2]

2. Se os padrões de apego refletem características das relações mais do que traços da criança, é possível esperar que características da interação diádica estejam associadas a padrões de apego. As pesquisas citadas por van IJzendoorn dão apoio a um papel causal da sensibilidade parental no desenvolvimento da segurança do apego, embora outras pesquisas, em número muito menor, tenham abordado os padrões interativos que precedem o apego evitativo e o apego ambivalente. As pesquisas revisadas por Hennighausen e Lyons-Ruth demonstraram também que certos comportamentos parentais, tais como retraimento, respostas negativas-intrusivas, respostas confusas quanto a papéis, respostas desorientadas, comportamentos de medo ou ameaçadores e erros de comunicação afetiva, que incluem respostas contraditórias aos sinais do bebê, tendem a ser mais evidentes no contexto de certos tipos de psicopatologia parental, e ficou evidente sua associação com apego desorganizado.[3,4]

3. Um princípio central da teoria do apego é que as experiências iniciais entre a criança pequena e seus cuidadores oferecem um modelo para relações íntimas na vida futura. Embora se acredite que esse modelo possa ser modificado por experiências subsequentes, a teoria propôs uma tendência conservadora de resistência à mudança. Essas proposições sugerem que, em um ambiente estável de cuidados, se esperaria encontrar padrões estáveis de apego, mas em ambientes caracterizados por mudanças significativas se esperaria encontrar menos estabilidade. De maneira geral, essas asserções são confirmadas pela pesquisa, embora resultados de quatro estudos longitudinais sobre o apego, da infância à idade adulta, não apóiem uma relação linear,[5-8] uma vez que esses estudos não demonstram de maneira uniforme estabilidade das classificações de apego entre a infância e a vida adulta. No entanto, dão sustentação a uma relação entre eventos de vida e mudanças nas classificações de apego. No trabalho dos Grossmann, ficou constatado que estresses e eventos de vida negativos também comprometem a segurança do apego. Indivíduos cujas classificações de apego mudaram de seguro, na infância, para inseguro, na fase adulta, têm maior probabilidade de ter vivido eventos de vida negativos (tais como divórcio); e crianças que evidenciam apego inseguro na infância apresentam maior tendência a permanecer inseguras caso tenham passado por experiências negativas. Os estudos realizados e revisados por Grossmann e Grossmann (neste volume) ajudaram a iluminar algumas das complexidades das trajetórias de desenvolvimento.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

4. Hennighausen e Lyons-Ruth enfatizam acertadamente a importância do apego desorganizado como componente do estudo da psicopatologia infantil. Embora a distinção entre apego seguro e inseguro tenha alguma validade preditiva, o apego desorganizado comprovou vínculos com tipos específicos de psicopatologias muito mais bem-documentados do que outros tipos de insegurança.[4-9] Ainda assim, há muito menos compreensão sobre os mecanismos pelos quais o apego desorganizado afeta a expressão de psicopatologia na criança, e se é um fator específico ou um indicador mais geral para psicopatologia em geral. Um ponto particularmente importante é a ênfase de Hennighausen e Lyons-Ruth no fato de que intervenções com famílias com maior risco de ter filhos com apego desorganizado mostraram-se promissoras quando são realizadas em casa, intensivas e duradouras.

Outras questões

O que falta a essas contribuições é uma consideração sobre o apego em populações mais extremas, tais como crianças maltratadas ou que sofrem privações graves na primeira infância. Ao contrário da perspectiva de desenvolvimento que considera a qualidade do apego da criança pequena com o cuidador como um fator de risco ou de proteção para o desenvolvimento de psicopatologia, a tradição clínica considera que os apegos podem ser tão perturbados que já constituem um distúrbio estabelecido. O distúrbio de apego reativo (DAR) descreve uma constelação de comportamentos de apego aberrantes e de outras anomalias comportamentais sociais que se acredita sejam conseqüências de “cuidado patogênico”.[10] Foram descritos dois padrões clínicos:

(a) Um padrão de retraimento/inibição emocional, no qual a criança exibe pouca ou nenhuma iniciativa ou resposta nas interações sociais com os cuidadores, e uma diversidade de comportamentos sociais aberrantes, tais como reações inibidas, hiper-vigilantes ou altamente ambivalentes; e (b) um padrão indiscriminadamente social/desinibido, no qual a criança exibe falta da seletividade esperada na busca por consolo, apoio e cuidado, ausência de discrição social em relação a adultos não familiares e a disposição de “ir com” estranhos.

Embora o estudo sistemático de distúrbios de apego seja bastante recente, esses distúrbios já têm sido descritos há mais de meio século. A partir de um conjunto volumoso de estudos recentes, parece evidente que os sinais de desordens do apego são raros ou não existentes em

©2005-2026 ABILIO | APEGO

amostras de baixo risco,[11-13] aumentam em amostras de alto risco,[14,15] e são facilmente identificáveis em amostras sujeitas a maus tratos[16] e em crianças que vivem em instituições.[12,13] Curiosamente, o tipo de DAR emocionalmente retraído/inibido é facilmente evidente em crianças pequenas que vivem em instituições e quando são colocadas pela primeira vez sob cuidado substituto devido a maus tratos, mas raramente aparece em amostras de crianças adotadas fora de instituições.[11,17] Em contraste, o tipo de DAR indiscriminadamente social/desinibido é identificável em crianças maltratadas,[16] naquelas que vivem em instituições[12,13,18] e naquelas que saíram de instituições.[11,13,17,19-20]

Está evidente que é necessário compreender de que forma se interrelacionam as perspectivas clínica e a de desenvolvimento sobre o apego. Até o momento, a pesquisa não tem sustentado algumas sugestões iniciais de que apegos seguros, inseguros, desorganizados ou distúrbios de apego poderiam ser dispostos em um espectro de adaptação de saudável a não saudável,[21] ou de que o próprio apego desorganizado deveria ser considerado um distúrbio de apego. Ao contrário, o quadro que começa a emergir é que a perspectiva clínica e a de desenvolvimento oferecem formas diferentes de compreender os distúrbios do apego.

Implicações para políticas e serviços

A propensão dos bebês humanos a desenvolver uma relação de apego com seus cuidadores e a dos cuidadores a cuidar de bebês humanos parece fortemente consolidada. Assim, os distúrbios do apego tornaram-se evidentes quando diversos fatores dos pais, da criança ou dos contextos mais amplos de cuidado interferem com a capacidade de desenvolver apegos que é típica da espécie.

As três contribuições descrevem implicações para políticas. van IJzendoorn enfatiza que devem ser desenvolvidas políticas para promover a sensibilidade parental no período da primeira infância. Grossmann e Grossmann enfatizam ainda mais a importância da relação de apego pais-filho em crianças mais velhas e em adolescentes; por implicação, as intervenções com famílias não devem apenas focalizar o período da primeira infância, mas devem visar o provimento de apoio e assistência durante todo o desenvolvimento da criança. Por fim, Hennighausen e Lyons-Ruth enfatizam acertadamente que a intervenção precoce com bebês e crianças pequenas que apresentam apego desorganizado possivelmente reduzirá a necessidade de intervenções mais onerosas após o surgimento de uma psicopatologia.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Sem dúvida, todos os autores concordariam que já sabemos o suficiente para identificar crianças com risco de distúrbios do apego e de psicopatologias associadas. Apesar disso, intervenções preventivas, talvez até mesmo antes do nascimento da criança, têm enorme potencial de modificar as trajetórias comportamentais e de desenvolvimento que podem se apresentar aos filhos de famílias em situação de múltiplos riscos. Os autores afirmam ainda que políticas e práticas devem focalizar a identificação precoce de dificuldades na relação entre pais e filhos, na esperança de oferecer serviços que possam reduzir o risco de desenvolvimento de psicopatologia posterior.

As políticas devem identificar meios para que as famílias possam ter acesso à assistência psicológica e relativa ao cuidado parental no decorrer da vida de seus filhos. Provedores de cuidados primários de saúde e profissionais que atuam na área de cuidados infantis são dois grupos que têm contato com a maioria das famílias de crianças e adolescentes. Ainda está em discussão a maneira pela qual esses profissionais podem melhor atender às necessidades dos pais, e quais seriam as intervenções mais benéficas para a promoção de sensibilidade parental e do apego infantil. Uma meta-análise recente sobre intervenções na primeira infância verificou que intervenções breves (menos de cinco sessões) focalizadas na promoção da sensibilidade materna e da segurança do apego da criança foram mais eficazes do que intervenções de longo prazo.[23] Em contraste, Hennighausen e Lyons-Ruth evidenciam que apegos desorganizados respondem melhor a intervenções realizadas em casa, intensivas e de longo prazo. Em outras palavras, da perspectiva de promoção da saúde (promoção de apegos seguros), talvez sejam preferíveis intervenções mais curtas e mais focalizadas; mas da perpectiva de redução de risco (redução do apego desorganizado), podem ser necessárias intervenções mais longas e mais intensivas. Restam os desafios de demonstrar abordagens válidas para a identificação de diferentes níveis de risco nas famílias, e operar intervenções com boa relação custo-benefício, para otimizar os resultados comportamentais e de desenvolvimento de crianças pequenas.

Referências

1. Bowlby J. *Child care and the growth of love.* Melbourne, Australia: Penguin Books; 1953;13.
2. Howes C. Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* New York, NY: Guilford Press; 1999:671-687.
3. Lyons-Ruth K, Bronfman E, Parsons E. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behaviour and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1999;64(3):67-96.
4. Green J, Goldwyn R. Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and*

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Psychiatry 2002;43(7):835-846.

5. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development* 2000;71(3):690-694.
6. Lewis M, Feiring C, Rosenthal S. Attachment over time. *Child Development* 2000;71(3):707-720.
7. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development* 2000;71(3):684-689.
8. Weinfeld NS, Sroufe LA, Egeland B. Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development* 2000;71(3):695-702.
9. Zeanah CH, Keyes A, Settles L. Attachment relationship experiences and childhood psychopathology. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2003;1008:22-30
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Text revision. Washington, DC: *American Psychiatric Association*; 2000;130.
11. O'Connor TG, Marvin RS, Rutter M, Olrick JT, Britner PA, English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology* 2003;15(1):19-38.
12. Smyke AT, Dumitrescu A, Zeanah CH. Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41(8):972-982.
13. Zeanah CH, Smyke AT, Koga S, Carlson E. Attachment in institutionalized children. Paper presented at: Biennial meeting of the Society for Research in Child Development; March, 2003; Tampa, Fla.
14. Boris NW, Zeanah CH, Larrieu JA, Scheeringa MS, Heller SS. Attachment disorders in infancy and early childhood: A preliminary investigation of diagnostic criteria. *American Journal of Psychiatry* 1998;155(2):295-297.
15. Boris NW, Hinshaw-Fuselier SS, Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH. Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004;43(5):568-577.
16. Zeanah CH, Scheeringa M, Boris NW, Heller SS, Smyke AT, Trapani J. Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse and Neglect* 2004;28(8):877-888.
17. Chisholm K. A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development* 1998;69(4):1092-1106.
18. Tizard B, Rees J. The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1975;16(1):61-73.
19. Hodges J, Tizard B. Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1989;30(1):77-97.
20. Tizard B, Hodges J. The effect of institutional rearing on the development of eight-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1978;19(2):99-118.
21. Boris NW, Zeanah CH. Disturbances and disorders of attachment in infancy: An overview. Infant Mental Health Journal 1999;20(1):1-9.
22. van IJzendoorn MH, Bakersmans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment and the dysregulation of negative emotions. In: Zuckerman B, Lieberman A, Fox N, eds. Socioemotional regulation: Dimensions, developmental trends and influences. New York, NY: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2002:159-180.
23. Bakersmans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more : Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. Psychological Bulletin 2003;129(2):195-215.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Segurança e desorganização do apego em famílias que maltratam e em orfanatos

Marinus H. van IJzendoorn, PhD, Marian J. Bakermans-Kranenburg, PhD

Centre for Child and Family Studies, Leiden University, Holanda

Novembro 2009

Introdução

Comportamentos de cuidado extremamente insensíveis e que envolvem maus-tratos podem estar entre os precursores mais importantes do desenvolvimento de insegurança e desorganização do apego. Egeland e Sroufe[1] apontaram o impacto dramaticamente negativo do comportamento materno negligente ou abusivo para o desenvolvimento do apego e da personalidade, sobre o qual acumularam, nas fases finais do estudo Minnesota,[2] evidências prospectivas sem paralelo na literatura. O que sabemos sobre a associação entre maus-tratos e apego, quais os mecanismos que associam maus-tratos a apego inseguro e desorganizado, e que tipos de intervenções baseadas em apego poderiam ser mais eficazes?

Do que se trata

Acompanhando Cicchetti e Valentino,[3] nossa definição de maus-tratos inclui *abuso sexual, abuso físico, negligência e maus-tratos emocionais*. Além desses tipos de maus-tratos no contexto da família, chamamos a atenção também para a *negligência estrutural* que afeta milhões de órfãos e crianças abandonadas em todo o mundo. A negligência estrutural indica as características inerentes a cuidados em instituições, que impossibilitam um cuidado contínuo, estável e sensível para crianças individuais: rodízio de cuidadores, altas taxas de rotatividade de funcionários, grupos grandes, regimes severos e, às vezes, caos físico e social.[4]

Tem-se sugerido que a desorganização do apego é causada por cuidadores ameaçadores e extremamente insensíveis ou negligentes.[5] Estudos com amostras que não sofreram maus-tratos demonstraram que comportamento parental anômalo, envolvendo (muitas vezes, apenas em episódios breves) comportamento parental dissociativo, manipulação rude, ou comportamento retraído, está relacionado com o desenvolvimento de apego desorganizado (ver uma revisão meta-analítica em Madigan, Baker-Kranenburg *et al.*). Maus-tratos praticados pelos pais são

©2005-2026 ABILIO | APEGO

provavelmente um dos comportamentos mais assustadores a que uma criança pode estar exposta. Mães abusivas dirigem a seus filhos comportamento aversivo, intrusivo e controlador, em contraste com mães negligentes, que podem exibir cuidados inconsistentes. Pais insensíveis e que maltratam não regulam ou acalmam as experiências de aflição de seus filhos, mas ativam, a um só tempo, os sistemas de medo e de apego das crianças. A experiência resultante de medo sem solução é característica de crianças maltratadas. Segundo Hesse e Main,[5] crianças desorganizadas são aprisionadas em um paradoxo insolúvel: sua figura de apego é uma fonte potencial de consolo e, ao mesmo tempo, uma fonte de medo imprevisível.

Problemas

Especulamos que existam multiplas trajetórias para a desorganização do apego, envolvendo seja maus-tratos da criança por pais abusivos, seja negligência em famílias em situação de múltiplos riscos ou em instituições.

A trajetória de abuso baseia-se na ideia de pais que maltratam (físicamente ou sexualmente), criando um medo insolúvel para a criança, que não consegue lidar com o paradoxo de uma figura de apego potencialmente protetora e, ao mesmo tempo, abusiva, e por isso se desorganiza.

Uma segunda trajetória está associada ao ambiente caótico de famílias em situação de múltiplos riscos ou aos cuidados em instituições, que levam a negligenciar as necessidades de apego das crianças. Cuidadores que evitam interagir com as crianças devido a problemas urgentes ou dificuldades em outras áreas de funcionamento (garantir renda, problemas de moradia, crianças demais para cuidar) criam um sistema de apego cronicamente hiperativado em uma criança que não tem a quem se voltar para obter consolo em momentos de estresse. Eventualmente, isso pode levar à ruptura das estratégias organizadas de apego ou prejudicar a capacidade da criança de desenvolver até mesmo uma estratégia de apego inseguro.

Em terceiro lugar, a discórdia conjugal e a violência doméstica podem conduzir a níveis elevados de desorganização, na medida em que a criança testemunha que sua figura de apego é incapaz de proteger a si própria em suas brigas com seu parceiro. Zeanah *et al*.[7] documentaram uma relação proporcional entre a exposição da mãe à violência praticada pelo parceiro e a desorganização da criança. Presenciar a violência entre os pais pode provocar medo na criança pequena em relação ao bem-estar da mãe e à capacidade desta de proteger a si mesma e de protegê-la contra a violência.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Contexto de pesquisa

É difícil coletar dados com amostras que sofrem maus-tratos. Frequentemente, crianças maltratadas são vítimas de múltiplas formas de abuso, o que dificulta a comparação dos diversos tipos de maus-tratos. O trabalho conjunto com o sistema de previdência social da criança pode levantar questões legais e éticas, que envolvem compartilhar informações com o pessoal do atendimento clínico ou ser solicitado a depor em juízo.

Um trabalho notável e rigoroso, embora ainda escasso, tem sido desenvolvido por grupos pioneiros de pesquisa nessa área desafiadora. Foram relatados sete estudos sobre segurança/desorganização do apego e maus-tratos a crianças nas famílias, e seis estudos sobre apego em crianças criadas em instituições, utilizando o procedimento (modificado) da Situação Estranha para avaliar o apego.[8] Para examinar o impacto do abuso infantil sobre o apego, comparamos nesses estudos a distribuição combinada de padrões de apego com a distribuição normativa de apego de baixo risco (N = 2104, derivada da meta-análise de van IJzendoorn, Schuengel e Bakermans-Kranenburg[8]): inseguro-evitativo (A): 15%; seguro (B): 62%; inseguro-ambivalente (C): 9%; e desorganizado (D): 15%.

Principais questões de pesquisa

Há três pontos centrais: primeiro, maus-tratos à criança levam a apegos mais inseguros-organizados (evitativo e ambivalente)? Segundo, maus-tratos têm relação com desorganização do apego? Terceiro, quais são as intervenções eficazes (preventivas) para maus-tratos à criança?

Resultados recentes de pesquisa

Os estudos com crianças maltratadas na família revelam muito poucas crianças que demonstram apego seguro (14%), uma maioria de crianças desorganizadas (51%) e algumas inseguras-evitativas (23%) e inseguras-ambivalentes (12%). Essa distribuição difere significativamente da distribuição normativa, particularmente em termos de desorganização[10,11,1,12,13,14] (ver uma meta-análise em Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg e van IJzendoorn[15]).

Seis estudos recentes abordaram os efeitos dos cuidados em instituições sobre o apego[16,17,18,19,20] (N.A. Dobrova-Krol, M.J. Bakermans-Kranenburg, M.H. IJzendoorn, F. Juffer, dados não publicados, 2009). Em conjunto, a distribuição das crianças criadas em instituições desvia-se acentuadamente da distribuição normativa, com 17% de apegos seguros, 5% esquivos, 5%

©2005-2026 ABILIO | APEGO

ambivalentes e 73% desorganizados, em relação ao cuidador principal.

A porcentagem de apegos seguros é semelhante em crianças maltratadas e em crianças criadas em instituições, mas a porcentagem de apegos desorganizados é consideravelmente maior nas crianças institucionalizadas (Figura 1).

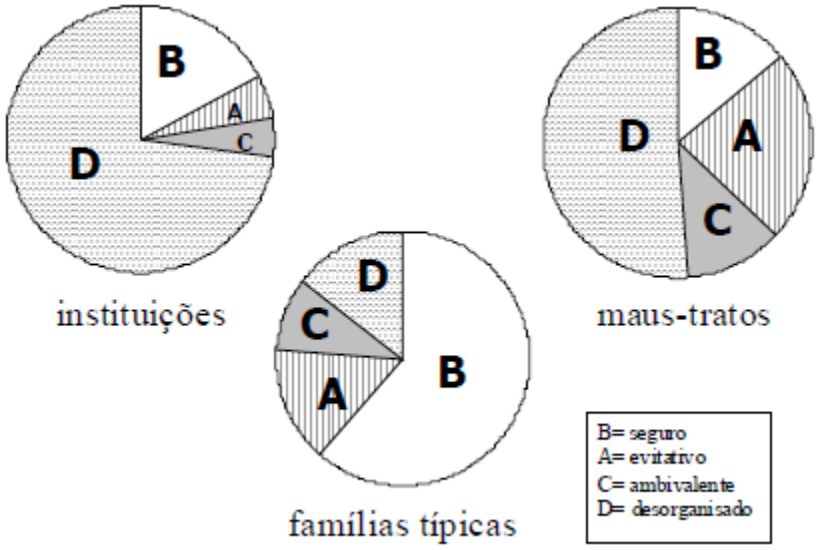


Figura 1. Distribuições de apego (proporções) em amostras de crianças maltratadas, de instituições e de famílias típicas

Lacunas na pesquisa

De que maneira algumas crianças criadas em instituições e maltratadas desenvolvem apegos seguros, e o que caracteriza essas crianças? A segurança do apego constitui um fator de proteção em contextos de alto risco? A segurança interage com outros fatores de proteção, tais como a constituição biológica da criança ou os recursos psicossociais dos cuidadores? Pouco se sabe a respeito dos efeitos diferenciais dos vários tipos de abuso e negligência – a comorbidade pode dificultar uma distinção clara entre efeitos diferenciais. Por fim, os efeitos de maus-tratos à criança no longo prazo devem ser estudados mais detalhadamente.

Implicações para pais, serviços e políticas

Diversos estudos, controlados e randomizados, começam a fornecer dados sobre a eficácia de intervenções baseadas em apego com populações de alto risco (ver revisões em Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn e Juffer[21], Juffer, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn[4] e Berlin,

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Ziv, Aamaya-Jackson e Greenberg[22]). No entanto, muito poucos desses estudos de intervenção foram realizados com crianças maltratadas e seus pais, ou com crianças em instituições.

A falta de intervenções baseadas em evidências para casos de maus-tratos pode ter levado alguns profissionais a recorrer às chamadas *terapias de contenção*,[a] em que as crianças são forçadas a entrar em contato físico com seu cuidador ainda que resistam fortemente a essas tentativas. Esse tipo de terapia não se mostrou eficaz[23,24] e em alguns casos foi prejudicial para as crianças, chegando a provocar graves danos ou mortes.[25] A terapia de contenção não tem nenhuma relação com a teoria do apego. Na verdade, os terapeutas forçam os cuidadores a ser extremamente insensíveis e a ignorar sinais claros emitidos pela criança.

Um importante estudo, controlado e randomizado, realizado por Cicchetti, Rogosch e Toth,[26] demonstrou a eficácia de uma intervenção baseada em apego para famílias que maltratam, utilizando psicoterapia com pais e filhos e promovendo a sensibilidade materna por meio de reinterpretação de experiências de apego passadas. A intervenção resultou em uma redução substancial do apego desorganizado e em aumento de segurança do apego.

Os dados sobre prevalência de maus-tratos evidenciam um grande impacto de fatores de risco associados a nível educacional muito baixo e desemprego dos pais (por exemplo, Euser *et al.*[27]). Uma implicação prática desta observação é a recomendação de adotar políticas socioeconômicas com forte ênfase em educação e emprego. Uma vez que pais desempregados e que abandonaram a escola são aqueles que praticam maus-tratos contra seus filhos com maior frequência, pode-se esperar que políticas que promovam a educação e aumentem as taxas de emprego reduzam efetivamente as taxas de maus-tratos de crianças.

Referências

1. Egeland B, Sroufe AL. Attachment and early maltreatment. *Child Development* 1981;52(1):44-52.
2. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA, Collins WA. The Development of the Person. *The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York, NY: Guilford Press, 2005.
3. Cicchetti D, Valentino K. An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental Psychopathology.* 2nd Ed. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons; 2006:129-201.
4. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research of Child Development* 2008;73(3):279-293.
5. Hesse E, Main M. Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology* 2006;18(2):309-343.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

6. Madigan S, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Moran G, Pederson DR, Benoit D. Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development* 2006;8(2):89-111.

7. Zeanah CH, Danis B, Hirshberg L, Benoit D, Miller D, Heller SS. Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal* 1999;20(1):77-86.

8. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.

9. Van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999;11(2):225-249.

10. Barnett D, Ganiban J, Cicchetti D. Maltreatment, negative expressivity, and the development of type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1999;64(3):97-118.

11. Crittenden PM. Relationships at risk. In: Belsky J, Nezworski T, eds. *Clinical Implications of Attachment.* Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc;1988:136-174.

12. Lamb ME, Gaensbauer TJ, Malkin CM, Schultz LA. The effects of child maltreatment on security of infant-adult attachment. *Infant Behavior and Development* 1985;8(1):35-45.

13. Lyons-Ruth K, Connell DB, Grunebaum HU, Botein, S. Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development* 1990:61(1):85-98.

14. Valenzuela M. Attachment in chronically underweight young children. *Child Development* 1990;61(6):1984-1996.

15. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg M.J, Van IJzendoorn MH. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development & Psychopathology* 2010;22(1):87-108.

16. The St. Petersburg – USA Orphanage Research Team. The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 2008;73(3):1-262.

17. Vorria P, Papaligoura Z, Dunn J, van IJzendoorn MH, Steele H, Kontopoulou A, Sarafidou J. Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003;44(8):1208-1220.

18. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E, Bucharest Early Internvention Project Core Group. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development* 2005;76(5):1015-1028.

19. Steele M, Steele H, Jin X, Archer M, Herreros F. Effects of lessening the level of deprivation in Chinese orphanage settings: Decreasing disorganization and increasing security. *Paper presented at: The Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development.* April 2-4, 2009; Denver, CO.

20. Herreros F. Attachment security of infants living in a Chilean orphanage. Poster session presented at: The Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development. April 2-4, 2009; Denver, CO.

21. Dobrova-Krol NA, Bakermans-Kranenburg MH, van Ijzendoorn MH, Juffer J. The importance of quality of care: Effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness. In: Dobrova-Krol NA, eds. *Vulnerable children in Ukraine impact of institutional care and HIV on the development of preschoolers.* Leiden, the Netherland: Mostert en van Onderen; 2009.

22. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

23. Berlin LJ, Ziv Y, Amaya-Jackson L, Greenberg MT, eds. *Enhancing Early Attachments: Theory, Research, Intervention, and Policy.* New York, NY: Guilford Press; 2005.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

24. O'Connor MJ, Zeanah CH. Introduction to the special issue: Current perspectives on assessment and treatment of attachment disorders. *Attachment & Human Development* 2003;5(3):221-222.

25. Sroufe A, Erickson MF, Friedrich WN. Attachment theory and "attachment therapy." APSAC Advisor 2002;14:4-6.

26. Chaffin M, Hanson R, Saunders B, Barnett D, Zeanah C, Berliner L, Egeland B, Lyon T, Letourneau E, Miller-Perrin C. Report of the APSAC Task Force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment* 2006;11(1):76-89.

27. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through prevention interventions. *Development and Psychopathology* 2006;18:623-649.

28. Euser EM, Van IJzendoorn MH, Prinzie P, Bakermans-Kranenburg MJ. The prevalence of child maltreatment in Netherlands. *Child Maltreatment* 2010;15(1):5-17.

[a]NT : No original, *holding therapies*. A palavra *holding* (segurar) refere-se ao fato de que a criança é imobilizada para forçar o contato com o cuidador. A tradução adotada pela literatura da área dilui até certo ponto esse sentido, uma vez que contenção pode ser entendida como referente ao plano emocional, de atitudes etc.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

O impacto de intervenções baseadas no apego sobre a qualidade do apego em bebês e crianças pequenas

Mary Dozier, PhD, Kristin Bernard, MA

University of Delaware, EUA

Novembro 2009, Éd. rév.

Introdução

Uma tarefa-chave para bebês e crianças mais próximas do final do primeiro ano, biologicamente alicerçada, é desenvolver relações de apego com seus cuidadores. A qualidade do apego que as crianças desenvolvem parece ser muito dependente da disponibilidade dos cuidadores.[1] Se os cuidadores são responsivos, as crianças tendem a desenvolver apegos seguros, procurando diretamente os cuidadores quando estão aflitas. Se os cuidadores rejeitam os pedidos de reasseguramento das crianças, estas tendem a desenvolver apegos evitativos, afastando-se dos cuidadores quando estão aflitas. Se os cuidadores são inconsistentes em termos de disponibilidade, as crianças tendem a desenvolver apegos ambivalentes, que apresentam uma mistura de busca por proximidade e de resistência. Embora possa ser ótimo que as crianças de nossa sociedade desenvolvam apegos seguros,[2-6] cada um desses três tipos pode ser considerado como bem ajustado à disponibilidade dos cuidadores. No entanto, quando os cuidadores provocam medo, as crianças têm dificuldade de desenvolver apegos organizados e, em vez disso, desenvolvem apegos desorganizados, o que as priva de uma estratégia consistente para lidar com suas aflições. A qualidade do apego tem sido associada a problemas comportamentais posteriores, sendo que o apego desorganizado é particularmente preditivo de sintomas dissociativos (por exemplo, parecer avoado, “fora do ar” etc.),[7] e de problemas de internalização e externalização.[6,8-10] Numerosos programas de prevenção e intervenção têm sido desenvolvidos visando melhorar a qualidade do apego infantil.

Do que se trata

O preditor mais potente do apego infantil é o estado mental dos pais em relação ao apego.[11] Estado mental refere-se à maneira pela qual os adultos processam as ideias, os sentimentos e as lembranças referentes ao apego. Quando os pais são coerentes ao discutir suas próprias

©2005-2026 ABILIO | APEGO

experiências de apego, diz-se que têm “estados mentais autônomos”

em relação ao apego. Quando não são coerentes nessa discussão, diz-se que têm “estados mentais não autônomos” em relação ao apego. Pais com estados de espírito autônomos têm maior probabilidade de ter bebês com apego seguro, ao passo que pais com estados mentais não autônomos tendem a ter bebês com apegos inseguros. Dadas essas associações entre estado mental dos pais e apego infantil, algumas intervenções[12-15] centram-se no estado mental dos pais como forma de modificar o apego do bebê.

Outras intervenções[16-18] tentam modificar os comportamentos dos pais sem focalizar seu estado mental. Em particular, diversas intervenções tentaram promover a sensibilidade do cuidador. Esse aspecto não tem sido associado tão estreitamente à qualidade do apego quanto ao estado mental,[11] mas a sensibilidade parece ser o mecanismo mais provável por meio do qual as qualidades do cuidado são transmitidas às crianças.

Problemas

Os programas que têm em comum o objetivo de melhorar o apego podem diferir em termos de foco, de estratégia de intervenção e de população-alvo. Embora o objetivo geral possa ser a melhoria da qualidade do apego, outros objetivos de melhoria de qualidade de vida, de aumento das habilidades de vida e de redução da sintomatologia podem diferir, dependendo da intervenção e da população atendida, bem como do grau de fidelidade ao modelo de tratamento. Não há concordância em meio aos especialistas da área quanto à natureza das necessidades a serem atendidas. Por exemplo, alguns[13] sugerem que intervenções intensivas iniciadas antes do nascimento são essenciais, ao passo que outros[19] sugerem que são necessárias intervenções focais e de curto prazo. A avaliação do processo de tratamento e da fidelidade ao tratamento é essencial para conhecer o que está sendo oferecido em uma intervenção. Por exemplo, Korfmacher *et al*.[20] descobriram que sua intervenção, que visava modificar o estado mental dos pais, raramente envolvia os pais em atividades orientadas para o *insight.*

Contexto de pesquisa

Em 2003, uma meta-análise relatada por Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn e Juffer[19] encontrou 29 estudos que incluíam a segurança do apego como resultado. Entre eles, 23 eram estudos clínicos randomizados, com um total de 1.255 participantes. A natureza das intervenções

©2005-2026 ABILIO | APEGO

e as populações atendidas diferiam muito entre os estudos. Mesmo assim, os resultados da meta-análise permitem uma avaliação da importância de fatores como população e intensidade da intervenção. Na maioria dos estudos, a qualidade do apego foi avaliada na Situação Estranha, embora em algumas das investigações tenha sido utilizado *Attachment Q-set*.[a]

Principais questões de pesquisa

As principais questões de pesquisa incluem:

- Programas de intervenção ou prevenção melhoram a qualidade do apego das crianças em relação a seus cuidadores?
- Quais são as características das intervenções bem-sucedidas?
- Para quem as intervenções são mais bem-sucedidas?
- Qual é o processo pelo qual os programas de intervenção funcionam?

Resultados recentes de pesquisa

Verificou-se que intervenções que focalizam a sensibilidade são mais eficazes na melhoria da segurança do apego do que aquelas que focalizam outros aspectos (tais como estado mental dos pais).[19] Por diversos motivos, faz sentido focalizar diretamente o comportamento dos pais, ao invés de características subjacentes. Em primeiro lugar, estado mental e outras características dos pais não são tão suscetíveis de mudança quanto os comportamentos dos pais. Em segundo lugar, presumivelmente é o comportamento dos pais que afeta diretamente as expectativas da criança sobre a disponibilidade dos cuidados parentais.

Intervenções iniciadas depois dos seis primeiros meses de vida da criança foram mais eficazes do que aquelas iniciadas mais cedo.[19] Embora isto ainda seja uma especulação, é possível que as intervenções sejam mais eficientes e eficazes depois que as crianças começam a exibir o apego a cuidadores específicos.

Em sua maioria, os efeitos de intervenções não se mostraram significativamente diferentes para diferentes tipos de populações. Por exemplo, os efeitos de intervenções são em geral comparáveis entre *status* de risco e *status* socioeconômico. Entretanto, amostras com níveis mais altos de insegurança apresentaram os efeitos mais significativos.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Conclusões

1. Intervenções são eficazes na melhoria da qualidade do apego infantil.
2. Intervenções que focalizam aspectos específicos, especialmente a sensibilidade parental, parecem ser mais eficazes do que intervenções que têm objetivos mais globais.
3. Intervenções breves são pelo menos tão eficazes quando as de maior duração.
4. Intervenções que têm início quando a qualidade do apego começou a se manifestar (depois dos seis meses de vida) parecem ser mais eficazes do que aquelas iniciadas mais cedo.

Implicações

Atualmente, evidências de pesquisas favorecem intervenções breves e altamente focais para melhorar a qualidade do apego em crianças pequenas. Uma vez que a base atual de evidências é relativamente pequena, faz sentido continuar a examinar associações entre características das intervenções e seus resultados. No momento, no entanto, parecem ser mais promissoras as intervenções de pouca duração, iniciadas na segunda metade do primeiro ano de vida.

Referências

1. Ainsworth MD. The development of infant-mother attachment. In: Caldwell BM, Ricciutti HN, eds. Child development and social policy. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1973:1-94. *Review of child development research*; vol. 3.
2. Elicker J, Englund M, Sroufe LA. Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In: Parke RD, Ladd GW, eds. *Family-peer relationships: Modes of linkage.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992:77-106.
3. Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):147-166.
4. Matas L, Arend RA, Sroufe LA. Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development* 1978;49(3):547-556.
5. Sroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaption and competence. *Minnesota Symposia on Child Psychology* 1983;16:41-83.
6. Kobak R, Cassidy J, Lyons-Ruth K, Ziv Y. Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental psychopathology*. 2nd Ed.. New York, NY: Wiley-Interscience; 2006:333-369. Theory and method; vol 1.
7. Carlson EA. A prospective longitudinal study of attachment disorganization/ disorientation. *Child Development* 1998;69(4):1107-1128.
8. Lyons-Ruth K, Alpern L, Repacholi B. Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development* 1993;64(2):572-585.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

9. Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64(1):64-73.

10. Lyons-Ruth K. Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Mental Health Journal.* 2008;29(special issue):203-218.

11. van Ijzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin* 1995;117(3):387-403.

12. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development* 1991;62(1):199-209.

13. Egeland B, Weinfield NS, Bosquet M, Cheng BK. Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE, eds. Infant mental heath groups at high risk. New York, NY: Wiley; 2000:35-89. *Handbook of infant mental health*; vol. 4.

14. Heinicke CM, Fineman NR, Ruth G, Recchia SL, Guthrie D, Rodning C. Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal* 1999;20(4):349-374.

15. Baradon T, Steele M. Integrating the AAI in the clinical process of psychoanalytic parent-infant psychotherapy in a case of relational trauma. In: Steele H, Steele M, eds. *Clinical applications of the Adult Attachment Interview.* New York, NY: Guilford Press; 2008;195-212.

16. van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development* 1994;65(5):1457-1477.

17. van den Boom DC. Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. *Child Development* 1995;66(6):1798-1816.

18. Juffer F, Hoksbergen RAC, Riksen-Walraven JM, Kohnstamm GA. Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1997;38(8):1039-1050.

19. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

20. Korfmacher J, Adam E, Ogawa J, Egeland B. Adult attachment: Implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. *Applied Developmental Science* 1997;1(1):43-52.

[a]NT: *Attachment Q-set* é um instrumento padronizado para avaliação do apego que consiste em uma lista de itens que descrevem o comportamento da criança na relação com a mãe no cotidiano. Waters, E. (1987) *Attachment Q-set* (Version 3) Disponível em http://www.johnbowlby.com.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Programas de intervenção e prevenção para crianças pequenas baseados no apego

Byron Egeland, PhD

Institute of Child Development, University of Minnesota, EUA

Novembro 2009, Éd. rév.

Introdução

A teoria do apego de Bowlby é ao mesmo tempo uma teoria de psicopatologia e de desenvolvimento socioemocional normal. Baseia-se na ideia de que a relação precoce que se desenvolve entre o bebê e seu cuidador fornece as fundações para o desenvolvimento posterior. A teoria de Bowlby tenta explicar de que maneira essa relação inicial contribui para o bem-estar psicológico ou para uma psicopatologia posterior. O termo “apego” é utilizado para descrever o vínculo afetivo que se desenvolve entre o bebê e seu cuidador.[1,2] O apego não é uma característica nem do bebê nem do cuidador. É, antes, um padrão de interação emocional e comportamental que se desenvolve ao longo do tempo à medida que o bebê e o cuidador interagem, particularmente no contexto de necessidades e solicitações do bebê por atenção e consolo.

Por meio de interações repetidas com os mesmos adultos, um bebê começa a reconhecer seus cuidadores e a antecipar o comportamento do cuidador principal, usualmente a mãe. Bowlby descreve o bebê como biologicamente predisposto a usar o cuidador como um porto seguro, ou uma base segura para a exploração do ambiente.[1] Assim, um bebê que se sente ameaçado volta-se para o cuidador em busca de proteção e consolo. As respostas do cuidador a essas solicitações contribuem para moldar a relação de apego em um padrão de interação que se desenvolve ao longo do tempo. Ao final do primeiro ano de vida, a história da relação entre bebê e cuidador permite que a criança comece a antecipar as respostas do cuidador a suas solicitações de consolo, e a agir de acordo com essas expectativas.

Outro princípio da teoria do apego é que, a partir dessas primeiras relações, os bebês constroem representações mentais do *self*[a], dos outros e da relação entre *self* e outros. Bowlby chamou essas representações de modelos internos de funcionamento. À medida que o bebê se desenvolve e encontra o mundo que está além daquela primeira relação, o modelo interno de funcionamento

©2005-2026 ABILIO | APEGO

guia também seu comportamento e suas expectativas em outras relações subsequentes.

Mães que respondem de forma sensível e reconfortante às solicitações do bebê terão filhos que continuam a procurá-las quando estão aflitos e que se acalmarão pelo contato com elas. O modelo interno de funcionamento do bebê o levará a ver os outros como confiáveis e bondosos, e a si mesmo como merecedor desse tipo de atenção. Esse padrão foi denonimado apego seguro.[1,2]

Em contraste, se o cuidador não está disponível, ou está disponível de forma errática, ou é insensível ou rejeitador quando o bebê solicita contato, o bebê aprende a não procurar o contato quando está perturbado ou a procurar o contato apenas de forma ambivalente, uma vez que solicitações muito intensas poderiam afastar um cuidador que já não é confiável. O modelo interno de funcionamento desse bebê o levará a ver os outros como indignos de confiança e potencialmente rejeitadores, e a si mesmo como indigno de cuidado sensível e confiável. Esses padrões foram denominados *inseguros*.[1,2] Os padrões de apego inseguro foram ainda especificados em dois tipos: o apego evitativo e o apego resistente (ou ambivalente). Além disso, alguns bebês são classificados como desorganizados/desorientados em relação ao apego, porque não parecem capazes de recorrer a um padrão único e organizado de apego diante de ameaças ou de estresse. Em vez disso, eles ficam desorientados ou recorrem a estratégias comportamentais conflitantes.

Do que se trata

A pesquisa demonstrou que a segurança do apego na primeira infância é preditiva de aspectos do desenvolvimento social na infância e na adolescência, tais como empatia[3,4,5] competência social[5,6,7,8,9] e problemas de comportamento[10,11,12], sendo que o apego seguro prediz resultados melhores de desenvolvimento, e o apego inseguro prediz dificuldades de comportamento e de relacionamento. Descobrimos também que um apego seguro é um fator importante de proteção para crianças que funcionam de maneira competente mesmo diante de adversidades.[13] Além disso, as relações de apego podem ter efeitos de longo prazo através de sua influência sobre o desenvolvimento biológico, inclusive o desenvolvimento cerebral.[14]

Os modelos internos de funcionamento operam a partir da primeira infância e prolongam-se por toda a vida e, como já foi apontado, influenciam as expectativas e o comportamento do indivíduo em seus relacionamentos, inclusive a parentalidade na geração seguinte. Utilizando a Entrevista de Apego para Adultos (EAA)[15] diversos estudos demonstraram que a organização do apego dos

©2005-2026 ABILIO | APEGO

pais está associada a seus padrões de apego na primeira infância. Quando os pais tiveram apegos seguros, seus filhos tendem a ter apego seguro em relação a eles; e pais com organizações inseguras tendem a ter filhos com apego inseguro em relação a eles.[16,17]

Diante dos inúmeros resultados positivos associados a um apego seguro, as implicações são evidentes: planejar (e avaliar) programas de prevenção e de intervenção para promover relações seguras de apego entre pais e filhos, para melhorar os resultados de desenvolvimento de bebês e crianças que correm risco de resultados de desenvolvimento deficientes e para prevenir problemas comportamentais e psicopatologia.

Problemas

Tal como qualquer outro aspecto do desenvolvimento, as relações de apego não ocorrem isoladas de seu contexto. Como foi apontado anteriormente, cuidadores que respondem com sensibilidade às necessidades e aos sinais de seus bebês são mais propensos a desenvolver com eles uma relação de apego seguro. Há muitos fatores pessoais (por exemplo, depressão materna) e interpessoais (por exemplo, relação violenta com o cônjuge) que podem tornar mais difícil para o cuidador responder ao bebê de forma sensível e emocionalmente adequada. Além disso, inúmeros fatores ambientais, tais como condições caóticas de vida, podem interferir com o desenvolvimento da relação de apego, particularmente quando a intervenção envolve famílias de populações de alto risco que enfrentam múltiplos desafios pessoais e ambientais. Muitos programas não estavam preparados para lidar com os problemas de famílias em situação de alto risco.

Contexto de pesquisa

Em 1995, van IJzendoorn *et al.*[18] fizeram uma revisão de 12 intervenções relativas a apego e, em 2000, Egeland e colegas[19] descobriram mais alguns programas que tinham sido implementados e avaliados. Em 2003, pesquisadores holandeses realizaram outra meta-análise, que incluiu 20 pesquisas planejadas para promover a segurança do apego. Mais recentemente, ocorreu um aumento de programas de prevenção e intervenção baseados no apego.[20]

Há basicamente dois tipos gerais de programas de intervenção destinados a promover a qualidade do apego mãe-bebê: (1) aqueles que procuram ajudar os pais a tornar-se mais perspicazes em relação aos sinais do bebê; e (2) aqueles que tentam modificar as representações

©2005-2026 ABILIO | APEGO

dos pais sobre a forma pela qual foram cuidados por seus próprios pais. Muitas das intervenções baseadas no apego situam-se em uma dessas duas categorias, enquanto outras combinam essas e outras abordagens – como o programa de Beckwith,[21] que enfatiza o apoio social.

Principais questões de pesquisa

Uma vez que uma relação segura de apego entre pais e filhos está associada a resultados positivos de desenvolvimento, e tendo em vista a constatação de que essa relação é um fator de proteção diante de adversidades, somos compelidos a desenvolver, implementar e avaliar programas de intervenção baseados no apego. Muitas questões de pesquisa ainda estão por ser respondidas, particularmente aquelas que se relacionam à relação custo-benefício a longo prazo associada a programas de prevenção baseados em apego. Além disso, os pesquisadores precisam determinar quem tem maior probabilidade de se beneficiar das abordagens e estratégias de cada programa.

Resultados recentes de pesquisa

Diversas intervenções realizadas na Holanda tiveram sucesso em sua tentativa de melhorar a sensibilidade da mãe aos sinais dados pelo bebê. Van den Boom[22] atribuiu aleatoriamente 100 bebês irritáveis e suas mães a grupos de tratamento e de controle, e verificou que no grupo de tratamento as mães foram mais sensíveis, e que os pares mãe-filho tinham uma relação de apego mais seguro em comparação com as díades de controle. O objetivo dessa intervenção realizada em casa era aumentar a sensibilidade parental. A intervenção consistiu em apenas três sessões, e os resultados positivos foram confirmados em acompanhamentos aos 24 e aos 48 meses. Juffer *et al.*[23,24] também obtiveram resultados positivos utilizando uma abordagem semelhante com bebês adotados e seus pais adotivos.

Em uma investigação mais recente, van Zeijl e colegas[25] utilizaram o procedimento de retroalimentação por vídeo com um grupo de crianças de 1 a 3 anos de idade que apresentava altos níveis de comportamento de externalização. Em comparação com o grupo de controle, a intervenção foi eficaz na redução de comportamento hiperativo, agressivo e de oposição. Análises posteriores desses dados por Bakermans-Kranenburg e colegas[26] indicaram que diferenças genéticas modulavam os efeitos da intervenção. Crianças com um certo genótipo quanto ao gene relacionado à recepção de dopamina apresentaram a maior redução no comportamento de externalização nos casos em que os pais apresentaram o maior aumento de

©2005-2026 ABILIO | APEGO

utilização de disciplina positiva. A descoberta de que a suscetibilidade das crianças a mudanças em seu ambiente depende, em parte, de diferenças genéticas é muito estimulante, e espera-se que conduza a mais estudos sobre interação genes-ambiente na área de prevenção e intervenção nos primeiros anos de vida.

Os resultados de avaliações de programas destinados a modificar as respresentações cognitivas dos pais produziram muitas constatações positivas, mas poucos obtiveram diferenças significativas entre grupos de tratamento e de controle quanto a classificações do apego. Lieberman *et al.*[27] identificaram um grupo de crianças de famílias de alto risco com apego ansioso. Como a maioria dos pesquisadores que tentam alterar os modelos internos de funcionamento, eles utilizaram uma abordagem de psicoterapia conjunta com bebês e pais. O foco das visitas domiciliares semanais era responder às experiências afetivas da mãe e da criança, tanto relatadas pela mãe quanto observadas no decorrer das interações mãe-criança. A pessoa que realizava a intervenção tentava esclarecer as experiências afetivas da mãe e seus sentimentos em relação ao bebê e em relação a quem realizava a intervenção. Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de intervenção e de controle em relação à empatia materna, comportamento de parceria corrigida para uma meta conforme o objetivo, esquiva da criança e raiva da criança em relação à mãe, sendo que o grupo de intervenção apresentou melhores comportamentos em todas essas variáveis. Com uma abordagem semelhante, Toth e colegas[28] encontraram uma taxa mais alta de apegos seguros em crianças de mães deprimidas que estavam no grupo de psicoterapia pais-bebês em comparação com aquelas de um grupo de controle designado de forma randômica.

O projeto STEEP (*Steps Toward Effective Enjoyable Parenting* – Passos na direção de parentalidade efetiva e prazerosa) é um programa abrangente destinado a modificar modelos internos de funcionamento e melhorar a sensibilidade materna.[29] A abordagem envolveu visitas domiciliares e sessões de grupo iniciadas antes do parto e mantidas durante dois anos (o programa original previa apenas um ano). O programa apresentou muitos resultados positivos. Por exemplo, em comparação com as mães do grupo de controle, as mães do projeto STEEP eram mais sensíveis, tinham melhor compreensão do desenvolvimento infantil e escores mais baixos de depressão e ansiedade, eram mais competentes na administração de seus assuntos familiares e tinham uma rede social de apoio maior.

Conclusões

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Os resultados positivos de desenvolvimento no longo prazo, associados a uma relação segura de apego pais-bebê, oferecem uma justificativa excelente para a implementação precoce de programas de prevenção baseados no apego. O reconhecimento da importância dessa relação inicial, no entanto, não resultou em um grande número de intervenções baseadas no apego. Existem diversos programas de educação parental e de visitas domiciliares, mas muito poucos têm como meta principal facilitar o desenvolvimento de uma relação segura de apego. Os resultados da avaliação de intervenções existentes baseadas em apego são encorajadores, particularmente os estudos holandeses que envolvem amostras de risco relativamente baixo. Com base nos achados dos estudos holandeses, parece que intervenções baseadas em apego que focalizam o aumento de sensibilidade tendem a ser mais bem-sucedidas com pais que estão motivados para aprender maneiras de lidar com seus bebês difíceis. Para famílias em situação de mais alto risco, parecem ser necessárias intervenções mais abrangentes e de longo prazo.

Implicações

Com base na teoria e na pesquisa sobre apego, bem como nos resultados de avaliações de intervenções baseadas em apego, seria recomendável incorporar programas de intervenção/prevenção baseados em apego aos programas já existentes de visitas domiciliares e de educação de pais para famílias em situação de alto risco com crianças pequenas, bem como investigar novas abordagens para modificar a representação cognitiva dos pais sobre sua própria experiência de apego. Muito já se sabe sobre a interação pais-filhos, características e crenças parentais e fatores contextuais que constituem antecedentes de uma relação de apego seguro. Esse conhecimento precisa ser aplicado no desenvolvimento da próxima geração de intervenções baseadas no apego. As necessidades e os pontos fortes das famílias em situação de alto risco são muito variáveis. Os programas de intervenção precisam ser planejados de forma a atender às necessidades singulares de cada família, bem como para tirar partido de seus pontos fortes.

Referências

1. Bowlby J. Attachment. 2nd ed. New York, NY: Basic Books; 1982. *Attachment and loss*; vol 1.
2. Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Wall S. *Patterns of Aattachment: A Psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
3. Kestenbaum R, Farber E, Ellen A, Sroufe LA. Individual differences in empathy among preschoolers: Relation to attachment history. *New Directions for Child Development* 1989;44:51-64.
4. Oppenheim D, Sagi A, Lamb ME. Infant-adult attachments on the kibbutz and their relation to socioemotional development four years later. In: Chess S, Hertzig ME, eds. *Annual progress in child psychiatry and child development*, 1989. Philadelphia, Pa: Brunner/Mazel Inc.; 1990:92-106.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

5. Sroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. *Minnesota Symposia on Child Psychology* 1983;16:41-83.

6. Elicker J, Englund M, Sroufe LA. Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In: Parke RD, Ladd GW, eds. *Family-Peer Relationships: Modes of Linkage.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992:77-106.

7. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA, Collins WA. *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood.* New York, NY: Guilford Press; 2005.

8. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA. One social world: The integrated development of parent-child and peer relationships. In: Collins WA, Laursen B, eds. *Relationships as developmental contexts*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1999: 241-262. *Minnesota symposium on child psychology*; vol 30.

9. Thompson RA. Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd Ed. New York: Guilford Press; 2008: 348-365.

10. Egeland B, Carlson B. Attachment and psychopathology. In: Atkinson L, Goldberg S, eds. *Attachment issues in psychopathology and intervention.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004:27-48.

11. Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):147-166.

12. Lyons-Ruth K, Easterbrooks MA, Cibelli CD. Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology* 1997;33(4):681-692.

13. Yates TM, Egeland B, Sroufe LA. Rethinking resilience: A developmental process perspective. In: Luthar SS, eds. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood Adversities.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2003: 243-266.

14. Schore AN. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 1996;8(1):59-87.

15. Main M, Goldwyn R. *Adult attachment scoring and classification system.* Berkeley, Calif: Department of Psychology, University of California at Berkeley; 1985. Unpublished manuscript.

16. Benoit D, Parker KCH. Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development* 1994;65(5):1444-1456.

17. Zeanah CH, Benoit D, Barton M, Regan C, Hirshberg L, Lipsitt L. Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993;32(2):278-286.

18. Van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(2):225-248.

19. Egeland B, Weinfield NS, Bosquet M, Cheng VK. Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE, eds. WAIMH handbook of infant mental health. New York, NY: Wiley; 2000: 35-89. *Infant mental health groups at high risk*; vol 4.

20. Bakermans-Kranenburg M.J, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

21. Beckwith L. Intervention with disadvantaged parents of sick preterm infants. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 1988;51(3):242-247.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

22. Van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development* 1994;65(5):1457-1477.

23. Juffer F, Hoksbergen RAC, Riksen-Walraven JM, Kohnstamm GA. Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1997;38(8):1039-1050.

24. Juffer F, Rosenboom LG, Hoksbergen RAC, Riksen-Walraven JMA, Kohnstamm GA. Attachment and intervention in adoptive families with and without biological children. In: Koops W, Hoeksma JB, van den Boom DC, eds. *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches*. Amsterdam, Netherlands: North Holland; 1997:93-108.

25. Van Zeijl J, Mesman J, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Stolk MN, Koot HM, Alink LRA. Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(6):994-1005.

26. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Pijlman FTA, Mesman J, Juffer F. Experimental evidence for differential susceptibility: Dopamine D4 receptor polymorphism (DRD4 VNTR) moderates intervention effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized controlled trial. *Developmental Psychology* 2008;44(1):293-300.

27. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development* 1991;62(1):199-209.

28. Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74(6):1006-1016.

29. Egeland B, Erickson M. Lessons from STEEPTM: Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. In: Sameroff A, McDonough S, Rosenblum K, eds. *Treating parent-infant relationship problems*. New York, NY: Guilford Press; 2004: 213-242.

[a]NT: Não há uma tradução consensual para *self* na literatura brasileira dessa área. O sentido mais aproximado é “si mesmo”.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Eficácia de intervenções baseadas no apego

Diane Benoit, MD, FRCPC

University of Toronto, The Hospital for Sick Children, Canadá

Outubro 2009, Éd. rév.

Introdução

Há evidências crescentes, propectivas e retrospectivas, associando a qualidade das relações iniciais de apego entre bebê e cuidador a resultados sociais e emocionais posteriores.[1,2] Foram descritos quatro tipos de apego infantil. Acredita-se que o *apego seguro bebê-cuidador* se desenvolve quando o cuidador responde com sensibilidade às aflições da criança. O *apego bebê-cuidador inseguro-evitativ*o resulta, presumivelmente, de respostas de rejeição dadas consistentemente pelo cuidador às aflições da criança. *O apego bebê-cuidador inseguro-ambivalente* é atribuído a respostas inconsistentes e imprevisíveis do cuidador às aflições da criança. *O apego inseguro-desorganizado entre bebê e cuidador* evidentemente se desenvolve quando o cuidador apresenta comportamentos anômalos e, em última instância, amedrontadores na presença da criança. Entre os quatro padrões de apego bebê-cuidador (seguro, evitativo, ambivalente, desorganizado), a classificação “desorganizado” foi identificada como um risco poderoso de desajustamento socioemocional e psicopatologia em etapas posteriores.[2,3]

Do que se trata

Foi demonstrado que crianças que têm apego desorganizado com sua figura primária de apego são vulneráveis ao estresse, têm problemas com a regulação e o controle de emoções negativas, e exibem comportamentos de oposição, hostilidade e agressão, e estilos coercivos de interação.[2,3] Podem apresentar baixa auto-estima, problemas de internalização e externalização na idade escolar, pouca interação com pares de idade, comportamento incomum ou bizarro na sala de aula, taxas altas de comportamento dissociativo e sintomas de internalização na infância intermediária – segundo a avaliação de professores –, níveis elevados de dificuldades sociais e comportamentais na sala de aula – segundo a avaliação de professores –, baixo desempenho em matemática e capacidade prejudicada para operações formais.[3] O apego desorganizado com uma figura primária de apego aparece super-representado em grupos de crianças com problemas clínicos e naquelas que são vítimas de maus-tratos.[1,2,3] A maioria das crianças que têm apego

©2005-2026 ABILIO | APEGO

desorganizado com sua figura primária de apego na primeira infância continuará a desenvolver desajustamentos e psicopatologias sociais e emocionais significativos.[3,4] Assim, uma intervenção baseada no apego deve focalizar a prevenção e/ou a redução do apego desorganizado.

Problemas e contexto de pesquisa

Historicamente, a maioria das intervenções baseadas no apego focalizou a melhoria da sensibilidade do cuidador (que pode ser definida como a capacidade de perceber acuradamente pistas e sinais, e responder de forma rápida e adequada), com base na suposição de que isso promoveria o apego seguro criança-cuidador, o que, por sua vez, estaria ligado a resultados sociais e emocionais positivos. Em grande parte, as tentativas de melhorar a sensibilidade do cuidador foram realizadas tomando como foco as representações e/ou o comportamento do cuidador durante interações com seus filhos.[5] No entanto, embora a sensibilidade do cuidador esteja associada aos tipos de apego organizado (seguro, evitativo, ambivalente), talvez não esteja tão fortemente associada ao apego desorganizado.[6] Assim, é possível que, até este momento, intervenções baseadas no apego que focalizam as interações criança-cuidador não tenham se centrado nos comportamentos do cuidador que são mais significativos, do ponto de vista clínico, para a prevenção ou a redução do apego desorganizado. Isto pode refletir o fato de que, além da descoberta ainda recente de que o apego desorganizado frequentemente está associado a resultados marcadamente negativos, foi apenas há pouco tempo que os pesquisadores desvelaram uma possível trajetória interacional criança-cuidador para o apego desorganizado. Essa trajetória inclui a exposição da criança a formas específicas de comportamentos de cuidado aberrantes, que são referidos como “atípicos” ou amedrontadores, dissociados, desorientados (os quais, por critérios defensáveis, podem ser considerados distintos de sensibilidade ou de formas extremas de insensibilidade, em termos qualitativos),[7] e que podem explicar alguns dos desenlaces mais negativos para as crianças. Exemplos de comportamento atípico do cuidador incluem não conseguir manter a criança em segurança, não conseguir reconfortar uma criança aflita, rir quando a criança está aflita, ridicularizar ou provocar uma criança aflita, solicitar atenção e reasseguramento por parte da criança, imobilização ou apatia (isto é, ausência de movimentos ou expressões faciais durante períodos extensos, como se observa em alguns estados de dissociação), ou ameaçar ferir a criança. Portanto, no estado atual de conhecimentos, pode-se argumentar que uma intervenção baseada no apego que toma como alvo o comportamento do cuidador deve focalizar tanto a melhoria da sensibilidade do cuidador (para promover apego seguro e os resultados socioemocionais positivos decorrentes) quanto a redução

©2005-2026 ABILIO | APEGO

e/ou eliminação de comportamentos atípicos do cuidador, que são reconhecidos precursores de apego desorganizado[7] (para prevenir ou reduzir o apego desorganizado e os resultados negativos decorrentes).

Principais questões de pesquisa e resultados recentes

Há boas evidências a respeito de maneiras de melhorar a sensibilidade do cuidador e promover o apego seguro criança-cuidador. Em uma meta-análise de 70 estudos publicados (incluindo 9.957 crianças e pais, e um conjunto essencial de 51 estudos controlados e randomizados com 6.282 mães e filhos), Bakermans-Kranenburg, IJzendoorn e Juffer[8] demonstraram que as intervenções baseadas no apego mais eficazes para melhorar a sensibilidade parental (d = 0,33, p < 0,0001) e promover apego seguro criança-cuidador (d = 0,20, p < 0,001) incluíram as seguintes características: (1) foco claro e exclusivo no treinamento comportamental de sensibilidade parental, em vez de foco em sensibilidade mais apoio, ou em sensibilidade, mais apoio, mais representações internas (por exemplo, terapia individual); (2) utilização de feedback por vídeo; (3) menos de cinco sessões (menos de cinco sessões foram tão eficazes quanto de cinco a 16 sessões; e 16 sessões ou mais foi o procedimento menos eficaz); (4) início mais tardio, isto é, depois dos 6 meses de idade da criança, ou mais, em vez de antes do parto ou dos 6 meses de idade; e (5) conduzidas por não profissionais. Além disso, o local da intervenção (em casa ou no consultório) e a presença de múltiplos fatores de risco não afetaram a eficácia, mas intervenções realizadas com pacientes/clientes encaminhados para atendimento clínico e aquelas que incluíram o pai foram mais eficazes do que as que não apresentavam essas características. Uma deficiência da meta-análise de Bakermans-Kranenburg et al.[8] é não ter investigado se intervenções baseadas no apego e focalizadas na sensibilidade do cuidados têm impacto significativo na prevenção do apego desorganizado.

Para abordar essa questão, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn e Juffer[6] examinaram 15 estudos (n = 842) da meta-análise original de 2003 que continham informações sobre o impacto de intervenções baseadas no apego na prevenção da emergência de apego desorganizado. Em conjunto, as intervenções focalizadas na melhoria da sensibilidade dos cuidados têm eficácia limitada (d = 0,05, não significativo) para a prevenção ou a redução do apego desorganizado. No entanto, aparentemente algumas intervenções com esse foco tiveram algum impacto, sugerindo que o apego desorganizado poderia mudar como efeito colateral de algumas intervenções com foco em sensibilidade. As intervenções desse tipo que mudaram o apego desorganizado foram iniciadas depois dos 6 meses de idade (e não durante a gravidez ou nos primeiros seis meses de

©2005-2026 ABILIO | APEGO

vida), focalizaram crianças em situação de risco (e não pais em situação de risco) e foram conduzidas por profissionais. Os autores concluíram que intervenções para a prevenção ou a redução de apego desorganizado podem precisar focalizar especificamente os comportamentos do cuidador associados ao apego desorganizado, tais como comportamentos atípicos. Em dois estudos recentes, Benoit *et al*.[9,10] demonstraram que uma intervenção breve e focal de capacitação comportamental dos pais pode reduzir comportamentos atípicos de cuidado.

Conclusões

Em síntese, até o momento, as intervenções baseadas no apego focalizaram principalmente os precursores dos tipos organizados de apego, mais do que os precursores do apego desorganizado, o que reflete o fato de que só recentemente foi identificada a extensão das sequelas negativas e os precursores de apegos desorganizados criança-cuidador. Tendo em vista a alta taxa básica de apego organizado, mas inseguro (evitativo ou ambivalente), na população geral, talvez não seja um encaminhamento realista, ou mesmo necessário, focalizar as intervenções na prevenção ou na eliminação desses tipos de apego, a menos que a criança seja sintomática. Por outro lado, uma grande proporção de crianças que desenvolvem apego inseguro-desorganizado com seus cuidadores primários segue desenvolvendo desajustamentos sociais e emocionais significativos e psicopatologia. Portanto, clinicamente, o apego inseguro-desorganizado parece ser o tipo mais significativo de apego que requer intervenção. O foco direto em antecedentes do apego desorganizado, tais como comportamentos atípicos do cuidador, representam uma direção promissora para pesquisas futuras.

Implicações

Os achados de pesquisa sugerem que intervenções baseadas no apego devem focalizar a melhoria da sensibilidade do cuidador, para promover apegos seguros criança-cuidador e os resultados sociais e emocionais positivos associados ao apego seguro. No entanto, o foco exclusivo na melhoria da sensibilidade do cuidador talvez não seja suficiente nem eficaz para a prevenção ou a redução do tipo clinicamente mais relevante de apego inseguro – ou seja, o apego desorganizado. Achados de pesquisas recentes sugerem que o foco na redução de comportamentos atípicos do cuidador pode ser uma direção promissora para reduzir o apego desorganizado cuidador-criança. São necessárias mais pesquisas para determinar se uma redução dos fatores associados ao apego desorganizado – tais como comportamentos atípicos por parte do cuidador – de fato tem relação com uma redução do apego desorganizado e dos

©2005-2026 ABILIO | APEGO

resultados socioemocionais negativos para a criança que são associados a essa forma de apego. Mais pesquisas são necessárias também para determinar quais são as técnicas de intervenção mais eficazes para a redução de comportamentos atípicos do cuidador (ou outros precursores do apego desorganizado criança-cuidador) e do apego desorganizado criança-cuidador. É importante considerar que, quando se lida com os problemas da relação de apego criança-cuidador, as meta-análises recentes[5,8] mostram que, até este momento, as melhores intervenções são breves, utilizam feedback por vídeo, começam depois que a criança completou 6 meses de idade, e têm um foco claro e exclusivo na capacitação comportamental dos pais, e não em sensibilidade mais apoio, ou sensibilidade, mais apoio, mais representações internas. No entanto, outros pesquisadores enfatizam a necessidade de intervenções realizadas em casa, intensivas e de longo prazo para algumas famílias mais perturbadas e disfuncionais.[4] É evidente a necessidade de mais pesquisas para identificar as características de intervenções baseadas no apego que melhor atendem às necessidades de famílias específicas. É necessário também capacitar os provedores de serviços na utilização de técnicas baseadas no apego e já testadas, e na identificação do apego desorganizado e de seus precursores.

Referências

1. Benoit D. Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & Child Health* 2004;9(8):541-545.
2. van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 1999;11(2):225-249.
3. Green J, Goldwyn R. Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 2002;43(7):835-846.
4. Hennighausen K, Lyons-Ruth K. Disorganization of attachment strategies in infancy and childhood. Rev ed. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2007:1-7. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/Hennighausen-LyonsRuthANGxp_rev.pdf . Accessed July 14, 2011.
5. Egeland B. Attachment-based intervention and prevention programs for young children. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1-7. Available at: http://www.child-encyclopedia.com/documents/EgelandANGxp.pdf. Accessed July 14, 2011.
6. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal* 2005;26(3):191-216.
7. Madigan S, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Moran G, Pederson DR, Benoit D. Unresolved states of mind, anomalous parental behavior and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development* 2006;8(2):89-111.
8. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

9. Benoit D, Madigan S, Lecce S, Shea B, Goldberg S. Atypical maternal behavior toward feeding-disordered infants before and after intervention. *Infant Mental Health Journal* 2001;22(6):611-626.

10. Madigan S, Hawkins E, Goldberg S, Benoit, D. Reduction of disrupted caregiver behavior using Modified Interaction Guidance. *Infant Mental Health Journal* 2006;27(5): 509-527.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Intervenções baseadas no apego: comentários sobre Dozier , Egeland e Benoit

Sheree L. Toth, PhD

Mt. Hope Family Center, University of Rochester, EUA

Abril 2005

Introdução

A teoria do apego oferece uma perspectiva poderosa para a investigação da natureza das relações entre experiências de cuidados e resultados de desenvolvimento.[1,2,3] A organização do apego em bebês e crianças pequenas tem sido associada à adaptação futura.[4,3] Portanto, é importante promover relações seguras de apego entre os cuidadores e seus filhos. Na última década, os pesquisadores vêm dirigindo cada vez mais seus esforços para a compreensão e a modificação de relações de apego em populações psiquiátricas e de alto risco.[5,6,7] Dozier, Egeland e Benoit têm estado na linha de frente das iniciativas teóricas e de pesquisa que visam prevenir relações inseguras e promover relações seguras de apego em crianças pequenas. Nestes artigos, os autores fazem uma revisão da literatura sobre intervenções baseadas no apego e destacam achados empíricos fundamentais a respeito da eficácia de iniciativas de prevenção e intervenção.

Pesquisa e conclusões

Dozier começa revendo de que maneira o tipo de cuidado oferecido afeta a qualidade do apego da criança. Prossegue explicando que o preditor mais forte do apego infantil é o estado mental dos pais com relação ao apego. A autora discute também as variações entre estratégias de intervenção utilizadas para melhorar a segurança do apego. Baseia-se em uma meta-análise realizada em 2003 por Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn e Juffer, na qual concluem que intervenções que focalizam a sensibilidade dos pais e que são iniciadas depois que o bebê completa aproximadamente [6] meses de idade são mais eficazes do que intervenções com objetivos mais globais iniciadas nos primeiros meses de vida.[8] Além disso, a autora conclui que intervenções breves são pelo menos tão eficazes quanto aquelas de mais longa duração.

Egeland enfatiza que a segurança do apego na primeira infância tem-se revelado consistentemente como preditiva de aspectos do desenvolvimento social na infância, sendo que o

©2005-2026 ABILIO | APEGO

apego seguro está relacionado a melhores resultados de desenvolvimento, e o apego inseguro prediz desajuste socioemocional. Egeland afirma ainda que as relações de apego podem ter efeitos de longo prazo no decorrer do desenvolvimento biológico. Tal como Dozier, Egeland conclui, portanto, que é fundamental planejar e avaliar programas que promovam uma relação segura de apego genitor-bebê. E, como Dozier, discute também dois tipos gerais de estratégias de intervenção destinadas a promover relações seguras de apego: 1) estratégicas que focalizam a sensibilidade parental; e 2) estratégias que procuram modificar a representação parental sobre sua própria história de cuidado na infância. Um princípio central da teoria do apego é que as relações iniciais entre bebês e seus cuidadores levam à formação de representações mentais do *self*[a], dos outros e do *self* em relação aos outros. Assim, assume importância o foco das intervenções na modificação dessas representações mentais ou no comportamento do cuidador. Egeland faz um importante alerta quanto a evidências que sustentam a utilização de intervenções breves com foco na modificação da sensibilidade parental. Especificamente, Egeland lembra que, embora esses programas sejam bem-sucedidos com amostras de risco relativamente baixo, é provável que para famílias de alto risco sejam necessárias intervenções mais abrangentes e de longo prazo.

O artigo de Benoit focaliza um padrão particular de apego inseguro, classificado como desorganizado. Diferentemente dos apegos organizados, nos quais estão presentes estratégias coerentes para o relacionamento com o cuidador em momentos de estresse, o apego desorganizado não se caracteriza por nenhuma estratégia consistente de relação com o cuidador. O apego desorganizado foi identificado como particularmente significativo no sentido de colocar as crianças em risco de desajuste socioemocional e psicopatologia. Benoit enfatiza que, embora a sensibilidade do cuidador tenha sido associada a padrões organizados de apego, o mesmo não foi demonstrado para o apego desorganizado. Benoit discute o fato de que, em uma análise de 15 estudos de sua meta-análise de 2003, Bakermans-Kranenburg e colegas concluíram que intervenções no apego que focalizam a prevenção ou a redução de apego desorganizado talvez precisem adotar como alvo a redução de comportamentos atípicos do cuidador.[8] Especificamente, comportamentos do cuidador que revelam medo ou são amedrontadores têm sido implicados na etiologia do apego desorganizado.

Implicações para desenvolvimento e políticas

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Em conjunto, os três artigos sustentam a importância da prevenção de relações inseguras e da promoção de relações seguras de apego entre crianças pequenas e seus cuidadores. Ao longo das últimas décadas, acumularam-se evidências sobre a importância do estabelecimento de um apego seguro para um desenvolvimento adaptativo futuro. Cada vez mais, os programas de intervenção têm focalizado a segurança do apego como um objetivo dos resultados. Embora tenha havido algumas evidências sugerindo que intervenções breves que focalizam a sensibilidade parental são eficazes e talvez superiores a abordagens de longo prazo que procuram mudar o estado mental dos pais em relação ao apego, essa controvérsia está longe de ser resolvida. Na verdade, seria extremamente prematuro concluir que uma das abordagens é preferível à outra. Como alerta Egeland, abordagens comportamentais de curto prazo podem ser eficazes com grupos de bebês e mães de baixo risco, mas não temos evidências de que sejam igualmente eficazes, ou mesmo se teriam qualquer eficácia, com populações de mais alto risco.

De fato, os estudos conduzidos recentemente no *Mt. Hope Family Center* ofereceram evidências consistentes de que intervenções preventivas que focalizam representações maternas de relações são muito eficazes na promoção da segurança do apego. Na primeira investigação, crianças no final do primeiro ano cujas mães haviam sofrido um distúrbio depressivo profundo desde o nascimento do bebê foram designadas aleatoriamente a uma intervenção baseada no apego ou a uma condição padrão na comunidade. Um grupo de mães não deprimidas serviu de grupo de comparação normativo. Embora na linha de base crianças prestes a andar de mães deprimidas evidenciassem taxas mais altas de insegurança do que as de mães não depressivas, ao final da intervenção o grupo que tinha recebido a intervenção baseada no apego apresentou taxas significativamente mais altas de segurança do que os participantes que receberam a intervenção padrão. E ainda mais importante, as taxas de segurança das díades mãe-filho que receberam a intervenção baseada em apego não diferiram daquelas verificadas em díades com mães não depressivas.[5] Para as crianças que participaram da intervenção baseada em apego, houve também maior manutenção da organização de apego seguro entre aquelas que inicialmente eram seguras, bem como maior mudança de apegos inseguros para seguros. Resultados igualmente marcantes foram obtidos com bebês submetidos a maus-tratos, para os quais a linha de base de insegurança era superior a 90%, e as taxas de segurança pós-tratamento não diferiram daquelas referentes a bebês não maltratados. Os bebês submetidos a maus-tratos que foram designados à condição de intervenção padrão continuaram a evidenciar taxas muito altas de apego inseguro, consistentes com aquelas que estavam presentes na linha de base.[9] Curiosamente, nesta última intervenção preventiva, um procedimento mais didático e mais

focalizado no comportamento foi tão eficaz na promoção de apego seguro quanto um procedimento que trabalhou com as representações maternas. Inversamente, na avaliação de uma intervenção preventiva com crianças em idade pré-escolar que haviam sido submetidas a maus-tratos, a única intervenção que resultou em melhoria das representações da criança sobre os cuidadores e o *self* foi aquela que focalizou as representações maternas.[10] Assim a questão da estratégia preferencial de intervenção parece estar longe de ser resolvida, e é necessário cautela para que a discussão não seja encerrada prematuramente.

Há diversos outros pontos que precisam ser considerados antes que se possa chegar a conclusões definitivas sobre a melhor forma de promover a organização segura do apego. Primeiro, não está claro qual é a durabilidade dos efeitos de intervenções, e tampouco se essa durabilidade varia com a extensão e a intensidade da intervenção oferecida. Segundo, poucas investigações procuraram elucidar os mediadores dos resultados das intervenções – se é que alguma o fez. Ou seja, ainda que seja possível saber se determinada intervenção foi eficaz, temos muito pouca informação sobre os mecanismos que podem estar contribuindo para essa eficácia. Esse conhecimento seria extremamente útil para identificar os aspectos críticos de uma intervenção e para eliminar aqueles que podem ser onerosos e não acrescentar muito ao valor da intervenção de maneira geral. Por fim, a maioria das avaliações envolveu estudos de eficácia bem controlados, que utilizam critérios claros de inclusão/exclusão e pessoal clínico adequadamente capacitado e supervisionado, bem como monitoram a fidelidade da intervenção sendo oferecida. Embora esses estudos clínicos randomizados sejam necessários para estabelecer uma base de conhecimentos, precisamos trabalhar também na exportação desses métodos clínicos para arenas do mundo real, e a partir daí continuar a avaliar sua eficácia. Somente então saberemos de fato qual é a melhor forma de promover o apego seguro e que abordagens podem ser mais eficazes para uma determinada população.

Referências

1. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
2. Main M, Kaplan N, Cassidy JC. Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):66-104.
3. Sroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. *Minnesota symposia on child psychology* 1983;16:41-83.
4. Elicker J, Englund M, Sroufe LA. *Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships*. In: Parke RD, Ladd GW, eds. Family-peer relationships: Modes of linkage. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1992:77-106.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

5. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development* 1999;1(1):34-66.
6. Lieberman AF, Pawl JH. Disorders of attachment and secure base behavior in the second year of life: Conceptual issues and clinical intervention. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:375-397.
7. van Ijzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(2):225-248.
8. Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
9. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of interventions for maltreated infants in fostering secure attachment. In preparation.
10. Toth SL, Maughan A, Manly JT, Spagnola M, Cicchetti D. The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory. *Development and Psychopathology* 2002;14(4):877-908.

[a]NT: Não há uma tradução consensual para *self* na literatura brasileira dessa área. O sentido mais aproximado é “si mesmo”.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Apoiando famílias na construção de relações de apego seguro: comentários sobre Benoit, Dozier e Egeland

Femmie Juffer, PhD, Marian J. Bakermans-Kranenburg, PhD, & Marinus H. van IJzendoorn, PhD

Centre for Child & Family Studies, Leiden University, Holanda

Junho 2005

Introdução

Desde que Bowlby e Ainsworth formularam a teoria do apego, muitos programas de intervenção precoce têm sido lançados, com o objetivo de promover relações seguras de apego criança-genitor. Esses programas de intervenção normalmente são planejados para melhorar a sensibilidade parental, a capacidade de perceber com precisão os sinais de apego da criança e de responder a esses sinais prontamente e de forma apropriada.[2] O objetivo último dessas intervenções é transformar relações de apego inseguras-evitativas (A) e inseguras-ambivalentes (C) em apegos seguros (B).[2] Em alguns programas, a intervenção não é dirigida apenas ao comportamento parental sensível, mas também a representações mentais de apego da mãe, como no programa STEEP (*Steps Toward Effective Enjoyable Parenting* – Passos para parentalidade eficaz e prazerosa), descrito por Egeland. Segundo Benoit, com a identificação de uma nova categoria de apego inseguro – o apego desorganizado (D)[3] –, surgiram novos desafios para as intervenções baseadas em apego. Devido ao impacto negativo sobre os resultados de desenvolvimento da criança, gerado particularmente pelo apego desorganizado, as intervenções baseadas no apego não deveriam – ou não deveriam apenas – focalizar os determinantes empiricamente derivados dos apegos *organizados* (A, B e C), tais como representações mentais parentais (in)seguras de apego e comportamento parental sensível (ver Dozier), mas também os determinantes do apego *desorganizado* (D). Estudos empíricos encontraram evidências relativas ao modelo de Main e Hesse[4], que assume que perdas e traumas não resolvidos dos pais estão associados ao apego inseguro-dsesorganizado da criança por intermédio de comportamento parental de medo ou amedrontador. No entanto, ainda não há resultados relatados de intervenções que tenham focalizado diretamente comportamentos amedrontadores. Como primeiro passo, é importante avaliar os efeitos de intervenções baseadas em apego que incluem

©2005-2026 ABILIO | APEGO

a desorganização do apego como medida de resultados (ver abaixo), mas o passo seguinte deve ser a avaliação de intervenções planejadas especificamente para prevenir o apego desorganizado.

Pesquisa e conclusões

Egeland elegantemente sintetiza os princípios fundamentais da teoria do apego. Segundo Bowlby,[1] os bebês têm uma predisposição biológica para usar o genitor como um porto seguro que lhes ofereça consolo e proteção quando estão angustiados, e como uma base segura a partir da qual possam explorar o ambiente. À medida que as crianças se desenvolvem, formam representações mentais ou modelos internos de funcionamento com base em suas experiências com seus cuidadores. Se as crianças tiveram experiências positivas com pais sensíveis, continuarão a confiar neles, revelando suas aflições e sendo tranquilizadas pelo contato com eles (o que é definido por Ainsworth[2] como padrões seguros de apego). Em contraste, pais insensíveis rejeitam as solicitações de reasseguramento dos filhos, e outros pais oferecem uma disponibilidade inconsistente. Os filhos desses pais desenvolvem relações inseguras de apego, seja evitando-os, seja resistindo a eles passivamente ou com raiva. Apegos seguros na primeira infância predizem melhores resultados de desenvolvimento em fases posteriores da infância (por exemplo, competência social), ao passo que apegos inseguros predizem resultados menos satisfatórios. Com base nas inúmeras consequências positivas do apego seguro evidenciadas em estudos empíricos, Egeland chega à conclusão cristalina de que devem ser planejados e avaliados programas para a promoção de relações seguras de apego, de forma a melhorar os resultados de desenvolvimento de crianças que correm o risco de resultados insatisfatórios. Egeland revê diversas intervenções baseadas no apego (por exemplo, o abrangente projeto STEEP). Descreve também uma primeira meta-análise nesse campo.[5] Essa meta-análise sobre os efeitos de 12 intervenções baseadas no apego, que focalizaram sensibilidade materna e segurança do bebê, mostrou que essas intervenções foram mais eficazes para modificar a insensibilidade parental do que para mudar a segurança do apego da criança.[5]

Egeland não aborda o acompanhamento dessa primeira meta-análise sobre sensibilidade parental e apego, e não trata da questão da prevenção de apegos inseguros desorganizados. Recentemente, em uma meta-análise quantitativa ampliada e atualizada, foram incluídas 88 intervenções em sensibilidade materna e segurança do bebê realizadas em 70 estudos.[6] Essa meta-análise mostrou que, aparentemente, as intervenções que focalizavam especificamente a promoção de comportamento parental sensível foram bastante eficazes na mudança tanto da

©2005-2026 ABILIO | APEGO

insensibilidade parental quanto da insegurança do apego da criança. Uma das conclusões dessa série de meta-análises, ilustrada também no título do artigo “Menos é mais”, foi que intervenções com um número modesto de sessões (até 16) pareciam ser mais eficazes do que intervenções com mais sessões, e que isso se aplicava tanto a grupos clínicos como a grupos não clínicos.[6] Essa constatação diverge da conclusão de Egeland de que intervenções mais abrangentes e de maior duração são necessárias para famílias de alto risco. Embora isto também possa ser verdadeiro para outros objetivos de intervenção – tais como ajudar mães de alto risco a lidar com a adversidade ou com as dificuldades diárias que cercam o nascimento de uma criança –, a meta-análise recente mostra que, para sensibilidade e apego, o caminho mais eficaz é oferecer intervenções baseadas no apego com um número reduzido de sessões, focalizadas em sensibilidade.

Dozier aprofunda a abordagem, analisando o estado mental dos pais como um dos preditores mais poderosos do apego infantil. Quando conseguem refletir sobre suas próprias experiências de infância de forma coerente, os pais são classificados no grupo daqueles que têm estados mentais autônomos. Quando não são coerentes na discussão de suas próprias experiências de apego, diz-se que têm estados mentais não autônomos. Aqui ganha destaque o trabalho de Main: a Entrevista de Apego para Adultos[7] permite que os codificadores diferenciem, de maneira confiável, os pais com estados mentais inseguros (dissimulados, preocupados ou não resolvidos) e os pais com representações seguras (autônomas) de apego. Diversos estudos empíricos e uma meta-análise[8] verificaram que bebês de pais inseguros geralmente têm apego inseguro e que pais seguros tendem a ter filhos seguros. Dozier nota que algumas intervenções baseadas no apego são planejadas para focalizar o estado mental dos pais como forma de mudar o apego infantil, embora muitas outras intervenções tentem mudar apenas a sensibilidade parental.

Citando a meta-análise recente sobre intervenções baseadas no apego realizada por Bakermans-Kranenburg e colegas,[6] Dozier resume os resultados principais: intervenções breves focalizadas na sensibilidade e iniciadas quando a criança tem no mínimo 6 meses de idade são muito bem-sucedidas, independentemente de status de risco dos pais ou de status socioeconômico. Dozier não aborda explicitamente o apego desorganizado e suas implicações para a pesquisa sobre intervenção.

Em contraste com os dois primeiros autores, Benoit descreve explicitamente o desafio da descoberta do apego inseguro-desorganizado para o campo de intervenções baseadas no apego. No início de seu artigo, a autora observa que, entre os quatro padrões de apego infantil (seguro,

©2005-2026 ABILIO | APEGO

evitativo, ambivalente, desorganizado), a classificação “desorganizado” tem sido identificada como um risco considerável de psicopatologia posterior na infância. Prossegue com a observação de que, para o apego desorganizado, a intervenção não deve focalizar a sensibilidade parental, salientando que a sensibilidade não está associada ao apego desorganizado. Apesar disso, uma meta-análise mostrou que intervenções com foco em sensibilidade tiveram sucesso na redução ou na prevenção de desorganização do apego9 (ver adiante). Em nossa avaliação, o que talvez explique esse achado seja o fato de os pais passarem a focalizar mais a interação com seu filho, tornando-se assim menos propensos a processos dissociativos na presença da criança. Segundo Benoit, uma trajetória recentemente identificada para o apego desorganizado é a exposição da criança a determinadas formas de comportamentos aberrantes de cuidado que são designados como “atípicos”. A partir daí, Benoit conclui que as intervenções baseadas em apego devem focalizar tanto a melhoria da sensibilidade parental (para promover apego seguro) quanto a redução ou a eliminação de comportamentos parentais atípicos (para prevenir ou reduzir o apego desorganizado). O próprio estudo de Benoit – que demonstrou os efeitos de uma intervenção breve e focal, voltada à capacitação comportamental de pais, na redução de comportamento de cuidado atípico – é um primeiro exemplo de estudos muito necessários que visem reduzir comportamentos parentais amedrontados/amedrontadores ou atípicos. Seria importante saber se esse tipo de intervenção foi de fato bem-sucedido na prevenção ou na redução do apego desorganizado.

Implicações para prática clínica e serviços

O que podemos concluir sobre intervenções baseadas no apego e o estado da arte na pesquisa sobre intervenção? Com base nas duas meta-análises[5,6] conduzidas em 1995 e 2003, podem ser extraídas diversas conclusões para a prática clínica e a prestação de serviços. Foi demonstrado empiricamente que as intervenções podem promover com sucesso a sensibilidade parental e o apego seguro em crianças, especialmente quando a intervenção é relativamente breve (até 16 sessões), orientada para comportamentos, focalizada apenas na sensibilidade (ao invés de intervenções mais amplas que incluem apoio social etc.), e iniciada depois dos 6 meses de idade da criança. No entanto, para famílias que enfrentam múltiplos problemas ao lidar com suas dificuldades diárias, pode ser necessário um apoio mais abrangente e de longo prazo, para capacitá-las a focalizar a sensibilidade posteriormente.[6] A meta-análise de 2003 encontrou também uma relação importante entre o sucesso da intervenção na sensibilidade parental e seu impacto sobre a segurança do apego da criança: somente as intervenções que produziram efeitos

©2005-2026 ABILIO | APEGO

substanciais na sensibilidade conseguiram modificar a insegurança do apego.[6]

As duas meta-análises incluíram intervenções destinadas a mudar relações de apego infantil inseguras *organizadas*: relações inseguras-evitativas e inseguras-ambivalentes, e não a categoria clinicamente importante de apego inseguro-*desorganizado*. Atualmente, poucas intervenções são planejadas especificamente para prevenir a desorganização do apego. Da mesma forma, a maioria das intervenções baseadas no apego não relata efeitos sobre o apego desorganizado. Essa é uma lacuna grave em nosso conhecimento, por dois motivos: (1) A pesquisa recente mostrou que o apego desorganizado é um preditor de psicopatologia, ao passo que o apego inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente conduzem a ajustamento infantil não otimizado, mas não patológico.[10] É imperativo, portanto, avaliar intervenções baseadas no apego quanto a seu valor potencial na prevenção de desorganização do apego. (2) Uma vez que até mesmo crianças seguras são consideradas inseguras quando seu comportamento de apego exibe sinais graves de desorganização, é muito importante que as intervenções relatem não apenas efeitos sobre o apego seguro, mas também sobre o apego desorganizado.

Foi concluída recentemente uma revisão qualitativa e uma meta-análise quantitativa, incluindo 15 intervenções preventivas com apego desorganizado como medida de resultados.[9] Embora o efeito geral de todas as intervenções combinadas não tenha sido significativo, algumas de fato conseguiram prevenir o apego desorganizado em crianças. Essas intervenções compartilhavam as seguintes características: começaram depois dos 6 meses de idade da criança; focalizaram sensibilidade; e envolveram amostras de crianças de risco, ao invés de pais de risco.[9]

A título de exemplo, uma intervenção preventiva em famílias com bebês adotados em diferentes países aumentou significativamente a sensibilidade materna e reduziu, também significativamente, o apego desorganizado: no grupo de intervenção houve apenas 6% de crianças com apego desorganizado, em comparação com 22% no grupo de controle.[11] Esse estudo utilizou uma intervenção breve, iniciada quando a criança tinha 6 meses de idade, com três sessões domiciliares de feedback por vídeo, focalizando a sensibilidade parental. Com base nos resultados positivos desse estudo, modificou-se a prática de adoção na Holanda. Os novos pais adotivos podem candidatar-se a um novo serviço de cuidado pós-adoção: até quatro sessões de *feedback* por vídeo, implementadas por uma organização central de serviços de adoção financiada pelo governo. O número de pais adotivos que vêm utilizando esse novo serviço aumenta continuamente. A intervenção com feedback por vídeo utilizada com famílias adotantes [11] foi ampliada e adaptada no Leiden VIPP (*Videofeedback Intervention to Promote Positive*

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Parenting – Feedback por vídeo para promover parentalidade positiva).[12,13] O programa VIPP e diversas adaptações e ampliações têm sido utilizados em diferentes culturas e contextos – por exemplo, com mães inseguras e com desordens alimentares, em famílias com bebês prematuros e doentes, ou com crianças externalizadoras, e em um contexto de creche.[14]

Estudos futuros devem focalizar também a avaliação de intervenções dirigidas explicitamente a comportamentos parentais amedrontados e amedrontadores, empiricamente derivados de apego infantil desorganizado. Uma vez que todas as meta-análises sobre apego organizado e desorganizado indicam um papel importante da sensibilidade parental, pode ser sensato incluir o aumento da sensibilidade parental em todas as intervenções baseadas no apego.

Referências

1. Bowlby J. Attachment. New York, NY: Basic Books; 1982. *Attachment and loss*. 2nd ed; vol 1.
2. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
3. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.
4. Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cichetti D, Cummings E, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:161-182.
5. Van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1995;36(2):225-248.
6. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
7. Main M, Goldwyn R. *Adult attachment rating and classification system*. Berkeley, Calif: University of California. Unpublished manuscript.
8. Van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin* 1995;117(3):387-403.
9. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*. In press.
10. Solomon J, George C. The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. In: Solomon J, George C, eds. *Attachment disorganization.* New York, NY: Guilford Press; 1999:3-32.
11. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. The importance of parenting in the development of disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46(3):263-274.
12. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. Enhancing children's socioemotional development: A review of intervention studies. In: Teti DM, ed. *Handbook of Research Methods in Developmental Science*. Oxford, United Kingdom:

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Blackwell Publishers; 2004:213-232.

13. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. Introduction and outline of the VIPP and VIPP-R program. In: Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, eds. *Attachment-based intervention with video-feedback and biographical discussion: The Leiden VIPP and VIPP-R program.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. In press.

14. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, eds. *Attachment-based intervention with video-feedback and biographical discussion: The Leiden VIPP and VIPP-R program*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. In press.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Creche na primeira infância e segurança do apego mãe-bebê

Jay Belsky, PhD

Institute for the Study of Children, Families and Social Issues, Birbeck University of London, Reino Unido

Outubro 2009

Introdução

Se as experiências de cuidado não maternal afetam o desenvolvimento da criança e de que forma o afetam são questões que têm sido há muito tempo alvo do interesse de pais, formuladores de políticas e pesquisadores do desenvolvimento. Desde a divulgação da teoria do apego de Bowlby, [1] o pensamento dela decorrente levou algumas pessoas a supor que a creche, especialmente nos primeiros anos de vida, afetaria negativamente a segurança das relações de apego entre pais e bebês. Para alguns, isso se daria porque a creche envolve separação entre a criança e a mãe (ou outro cuidador principal), e a separação da figura de apego seria inerentemente estressante. A separação poderia também prejudicar a capacidade da própria mãe de oferecer cuidado sensível – o principal determinante da segurança – e dessa forma promover indiretamente a insegurança (isto é, separação → insensibilidade →insegurança). Uma última razão para a expectativa de uma relação entre a creche e a segurança do apego foi a de que a segurança refletiria o bem-estar emocional geral, de forma que efeitos adversos da creche na infância seriam manifestados sob a forma de apego inseguro.

Contexto

As primeiras pesquisas sobre a relação entre cuidado em creche e apego, realizadas frequentemente com crianças de 3 a 5 anos de idade, não ofereceram evidências consistentes em favor da alegação de que a creche prejudicaria a segurança.[2] Mas em meados da década de 1980, estudos realizados com crianças bem mais jovens começaram a relatar relações entre creche e insegurança, tal como medida pelo Procedimento da Situação Estranha (PSE) (por exemplo, Barglow, Vaughn & Molitar[3]). Isto levou Belsky[4,5,6] a concluir que a creche na primeira infância, especialmente quando iniciada em regime de tempo integral ou quase integral no primeiro ano de vida,[7] era um “fator de risco” no desenvolvimento de apego inseguro na infância

©2005-2026 ABILIO | APEGO

(e de agressão e desobediência em crianças de 3 a 8 anos de idade).

Essa conclusão não ficou imune a críticas. Uma delas argumentava que a influência aparente do cuidado precoce e extensivo em creche sobre a insegurança era consequência de outros fatores explicativos (por exemplo, renda familiar), que não estavam sendo adequadamente considerados na pesquisa existente.[8] Uma outra afirmava que o fator relevante era a baixa qualidade (não avaliada) do cuidado, e não o momento e a quantidade de cuidado.[9] E uma terceira defendia que o comportamento independente apresentado por crianças que frequentavam creches, que não era particularmente enfatizado pelo PSE – devido à familiaridade das crianças com a separação – era erroneamente interpretado como comportamento de evitação, levando à avaliação equivocada das crianças como inseguras-evitativas.[10]

Questões de pesquisa

Todos concordavam, no entanto, que eram necessárias mais pesquisas para esclarecer as condições nas quais a frequência precoce à creche prejudicaria ou não – ou promoveria – a segurança do apego. Era considerado particularmente importante (a) levar em conta fatores da criança, dos pais e do contexto familiar que poderiam confundir e ser responsáveis por quaisquer efeitos aparentes da frequência à creche na infância; (b) diferenciar e separar efeitos potenciais de diferentes aspectos da experiência de cuidado, particularmente qualidade, quantidade e tipo de cuidado (por exemplo, baseado na instituição *versus* baseado no lar); e (c) determinar se o cuidado na creche estava associado com menos aflição em relação à separação no PSE ou se o comportamento independente estava sendo erroneamente caracterizado como comportamento de evitação.

Pesquisas recentes

O *Study of Early Child Care and Youth Development* (SECCYD – Estudo sobre Cuidado na Primeira Infância e Desenvolvimento Juvenil), do NICHD (*National Institute of Child Health and Human Development*), lançado em 1991 nos Estados Unidos, procurou abordar essas e muitas outras questões.[11] O estudo acompanhou mais de 1.300 crianças desde o nascimento, durante os anos da escola primária e da adolescência, realizando avaliações no PSE aos 15 e aos 36 meses.

Depois de levar em conta um enorme conjunto de fatores contextuais confundidores potenciais, os resultados mostraram-se extraordinariamente consistentes com a conclusão relativa a fator de risco[14] – embora diversos autores tenham sugerido o contrário.[15,16] Normalmente, o que se

©2005-2026 ABILIO | APEGO

enfatizava é que nenhum aspecto isolado da experiência de creche – quantidade, tipo ou qualidade do cuidado – era, *em si e por si mesmo*, preditor de segurança do apego, *parecendo* sugerir ausência de qualquer efeito do cuidado na creche sobre a segurança do apego. No entanto, o que os resultados efetivamente revelaram foi um fenômeno de "risco dual".[17] Embora o mais forte preditor de insegurança aos 15 meses de idade fosse, como seria de esperar, comportamento materno insensível (observado nas idades de 6 e de 15 meses), esse efeito era *amplificado* se qualquer uma entre três condições diferentes de cuidado caracterizasse a experiência da criança nos primeiros 15 meses de vida: (a) receber, em média, qualquer tipo de cuidado por mais de 10 horas por semana, independentemente da qualidade; (b) ser atendida em mais de um tipo de arranjo de cuidado; e (c) estar exposta a cuidado de baixa qualidade. As duas primeiras condições amplificadoras aplicavam-se à maioria das crianças estudadas. Mas apenas a primeira – a quantidade de cuidado – contribuía também para a predição de insegurança do apego aos 36 meses,[18] novamente em interação com cuidado materno insensível. Igualmente importante foi a evidência de que bebês que tinham experiência extensiva de cuidado em creche (a) não eram menos estressados no PSE do que outros bebês[19] e de que (b) o comportamento aparentemente independente não era erroneamente interpretado como comportamento de evitação.[14]

Dois outros estudos com amostras relativamente grandes oferecem resultados que discordam do estudo americano. Em uma investigação com mais de 700 crianças israelenses, Sari e colaboradores[20] verificaram que "o cuidado em instituições, em si e por si mesmo, aumentava adversamente a probabilidade de bebês desenvolverem apego inseguro com suas mães em comparação com bebês que ou eram cuidados pelas mães, ou eram cuidados individualmente não por um dos pais, mas por um parente, ou eram cuidados individualmente por um cuidador remunerado, ou eram cuidados durante o dia por familiares." Outros resultados sugeriam que era "a baixa qualidade do cuidado em instituições e a alta proporção bebês/cuidador que explicava esse nível mais alto de apego inseguro entre crianças cuidadas em instituições"[16]. Em um segundo estudo com 145 bebês primogênitos australianos, Harrison e Unger[21] focalizaram mais o emprego materno do que as características do cuidado na creche. A retomada do emprego antes dos 5 meses de vida do bebê – e portanto a utilização mais precoce de cuidado alternativo – foi preditiva de taxas mais baixas de insegurança aos 12 meses de idade em comparação com a volta ao trabalho mais tarde ou mesmo a desistência do trabalho. Mães australianas eram mais propensas a trabalhar em tempo parcial, e não em tempo integral, do que mães americanas e israelenses.

©2005-2026 ABILIO | APEGO

Lacunas de pesquisa

Ainda não está claro por que resultados provenientes de lugares diferentes produzem evidências diferentes. Uma explicação possível estaria relacionada aos sistemas nacionais mais amplos de cuidado infantil nos quais se inclui o cuidado na creche. Aparentemente, serão necessárias pesquisas transnacionais.

As características das próprias crianças, talvez principalmente sua genética, também merecem consideração. Afinal, há cada vez mais evidências indicando que as crianças diferem substancialmente em sua suscetibilidade a influências ambientais,[22] inclusive ao cuidado na creche,[23] mostrando-se algumas mais maleáveis do que outras no processo de desenvolvimento.

Conclusões

Depois de décadas de debates e estudos, os resultados dos estudos mais abrangentes sobre creche e apego desacreditam fortemente qualquer alegação de que “não existe relação entre cuidado na creche e apego”. Também não são confirmadas asserções de que o PSE é metodologicamente inadequado para a avaliação de efeitos da creche ou que, pelo menos nos Estados Unidos, os efeitos adversos da creche sejam simplesmente função de cuidado de baixa qualidade. Apesar disso, o fato de os resultados de três estudos de larga escala, realizados em diferentes localidades, mostrarem variações substanciais deve deixar claro que provavelmente não há efeitos inevitáveis da creche sobre o apego. Os efeitos parecem depender do contexto social em que o cuidado na creche é experienciado.

Implicações

O fato de os efeitos detectados da creche sobre a segurança do apego apresentarem variações substanciais conforme o contexto nacional indica a fragilidade de inferências fortes a partir da teoria do apego sobre os possíveis efeitos da creche. Em última instância, o cuidado em creches é um fenômeno multidimensional, de modo que questões como “o cuidado na creche é bom para os bebês?” são excessivamente simplistas. É preciso individualizar fatores como qualidade, tipo, momento e quantidade do cuidado, e os efeitos desses aspectos do cuidado infantil podem variar em função do contexto mais amplo da família, da comunidade, da sociedade e da cultura em que o cuidado ocorre. Em qualquer avaliação sobre os efeitos do cuidado em creche, considerações humanitárias não podem ser ignoradas: é preciso investigar o que querem as mães, os pais, os formuladores de políticas e a sociedade em geral, mas também é preciso perguntar o que

©2005-2026 ABILIO | APEGO

querem as crianças?

Referências

1. Bowlby J. Attachment and Loss. New York, NY: Basic Books; 1969. *Attachment*. Vol 1.
2. Belsky J, Steinberg L. The effects of day care: A critical review. *Child Development* 1978;49(4):929-949.
3. Barglow P, Vaughn B, Molitor N. Effects of maternal absence due to employment on the quality of infant-mother attachment in a low risk sample. *Child Development* 1987;58(4):945-954.
4. Belsky J. Infant day care: A cause for concern? *Zero to Three* 1986;6(4):1-7.
5. Belsky J. The "effects" of infant day care reconsidered. *Early Childhood Research Quarterly* 1988;3(3):235-272.
6. Belsky J. Emanuel Miller Lecture: Developmental risks (still) associated with early child care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(7):845-859.
7. Belsky J, Rovine M. Nonmaternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment. *Child Development* 1988;59(1):157-167.
8. Scarr S, Phillips D, McCartney K. Facts, fantasies, and the future of child care in the United States. *Psychological Science* 1990;1(1):26-35.
9. Phillips D, McCartney K, Scarr S, Howes C. Selective review of infant day care research: A cause for concern. *Zero to Three* 1987;7:18-21.
10. Clarke-Stewart KA. Infant day care: Maligned or malignant? *American Psychologist* 1989;44(2):266-273.
11. NICHD Early Child Care Research Network, ed. *Child Care and Child Development: Results of the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development*. New York, NY: Guilford Press; 2005.
12. Belsky J, Vandell D, Burchinal M, Clarke-Stewart KA, McCartney K, Owen MT and The NICHD Early Child Care Research Network. Are There Long-term Effects of Early Child Care? *Child Development* 2007;78(2):681-701.
13. Vandell DL, Belsky J, Burchinal M, Steinberg L, Vandergrift N, the NICHD Early Child Care Research Network. Do Effects of Early Child Care Extend to Age 15 Years? *Child Development*. In press.
14. NICHD Early Child Care Research Network The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Results of the NICHD Study of Early Child Care. *Child Development* 1997;68(5):860-879.
15. Allhusen VD, Clarke-Stewart KA, Miner JL. Childcare in the United States: Characteristics and consequences. In: Melhuish E, Petrogiannis K, eds. *Early Childhood Care and Education: International Perspectives*. London, UK: Routledge; 2008:7-26.
16. Love M, Harrison L, Sagi-Schwartz A, van Ijzendoorn MH, Ross C, Ungerer JA, Raikes H, Brady-Smith C, Boller K, Brooks-Gun JC, Jill K, Ellen E, Paulsell D, Chazen-Cohen R. Child Care Quality Matters: How Conclusions May Vary with Context. *Child Development* 2003;74(4):1021-1033.
17. NICHD Early Child Care Research Network The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Results of the NICHD Study of Early Child Care. *Child Development* 1997;68(5):876.
18. NICHD Early Child Care Research Network. Child care and family predictors of preschool attachment and stability from infancy. *Developmental Psychology* 2001;37(6):847-862.
19. Belsky J, Braungart J. Are insecure-avoidant infants with extensive day-care experience less stressed by and more independent in the strange situation? *Child Development* 1991;62(3):567-571.
20. Sagi A, Koren-Karie N, Gini M, Ziv Y, Joels T. (2002). Shedding further light on the effects of various types and quality of early child care on infant-mother attachment relationship: The Haifa Study of Early Child Care. *Child Development*

©2005-2026 ABILIO | APEGO

2002;73(4):1166.

21. Harrison LJ, Ungerer JA. Maternal employment and infant-mother attachment security at 12 months postpartum. *Developmental Psychology* 2002;38(5):758-773.

22. Belsky J, Bakermans-Kranenburg M, van Ijzendoorn M. For Better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science* 2007;16(6):305-309.

23. Pluess M, Belsky J. Differential susceptibility to rearing experience: the case of childcare. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009:50(4):396-404.

©2005-2026 ABILIO | APEGO