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

©2009-2026 ABILIO | APEGO

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 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

©2009-2026 ABILIO | APEGO

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 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

©2009-2026 ABILIO | APEGO

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 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,

©2009-2026 ABILIO | APEGO

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 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.

©2009-2026 ABILIO | APEGO

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

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

©2009-2026 ABILIO | APEGO

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.
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.

©2009-2026 ABILIO | APEGO

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.

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”.

©2009-2026 ABILIO | APEGO