

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA

EDILSON FELICIANO DA SILVA

APEGO ADULTO E PSICOLOGIA COGNITIVA:
UM ESTUDO SOBRE AS CUIDADORAS DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA-
SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS

Recife

2018

EDILSON FELICIANO DA SILVA

**APEGO ADULTO E PSICOLOGIA COGNITIVA:
UM ESTUDO SOBRE AS CUIDADORAS DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA-
SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Cognitiva.

Área de concentração: Desenvolvimento Cognitivo

Orientador: Prof. Dr. Antonio Roazzi

Coorientador: Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Recife

2018

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

- S586a Silva, Edilson Feliciano da.
Apego adulto e psicologia cognitiva : um estudo sobre as cuidadoras de crianças com Microcefalia-Síndrome Congênita do Zika Vírus / Edilson Feliciano da Silva. – 2018.
150 f. : il. ; 30 cm.
- Orientador : Prof. Dr. Antonio Roazzi.
Coorientador : Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, Recife, 2018.
Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Psicologia cognitiva. 2. Psicologia positiva. 3. Comportamento de apego. 3. Parentalidade. 4. Cuidadores de crianças. 5. Doenças congênitas. I. Roazzi, Antonio (Orientador). II. Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes (Coorientador). III. Título.

EDILSON FELICIANO DA SILVA

**APEGO ADULTO E PSICOLOGIA COGNITIVA:
UM ESTUDO SOBRE AS CUIDADORAS DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA-
SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Cognitiva.

Aprovado em: 27/02/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio Roazzi (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Alessandro Medeiros do Nascimento (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Sabrina Araújo Feitoza Fernandes Rocha (Examinadora Externa)
Centro Universitário Estácio do Recife

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus e a Nossa Senhora da Conceição, Mãe do Divino Amor, que estão a cada dia mais presente na minha vida. Sou imensamente grato por toda graça que tenho recebido nesses anos de estudo.

Aos meus pais, Josefa Firmino e Arnóbio Feliciano (*in memoriam*), ao meu irmão Eduardo Feliciano e ao sobrinho João Victor Pereira, que são meus grandes motivadores na continuidade da formação acadêmica.

Agradeço ao Prof. Dr. Antonio Roazzi, meu orientador, por aceitar caminhar com essa temática de estudo, oferecendo apoio e por todo o trabalho árduo com as análises dos dados da pesquisa.

Agradeço a coorientação do Professor Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa e por todo o apoio com os trâmites do Comitê de Ética em Pesquisa.

Agradeço ao IMIP por dar suporte técnico especializado em Psicologia para eventualidades clínicas no período da coleta de dados.

Agradeço ao Prof. Dr. Alexsandro Medeiros do Nascimento por apresentar os primeiros caminhos da vida de pesquisador na graduação.

Aos professores (as) da graduação que são meus maiores exemplos de profissionais comprometidos com o saber: Prof^a Dr^a Alessandra Ramos Castanha, Prof^a Dr^a Karla Galvão Adrião, Prof^a Dr^a Maria Lucia Bustamantes, Prof^a M.^a Maria Lucicleide Falcão, Prof^a Dr^a Rosinha Barbosa e Prof Me. Willher Nogueira.

Por todos os ensinamentos dos (as) professores (as) do Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva, em especial e com carinho: Prof^a Dr^a Marina Assis, Prof^a Dr^a Ana Karina Moutinho, Prof Dr. José Maurício Haas Bueno, Prof^a Dr^a Selma Leitão Santos, Prof^a Dr^a Sandra Patrícia Ataíde Ferreira e Prof^a Dr^a Candy Laurendon.

Aos grandes ensinamentos sobre a Educação, o Ensinar e o Aprender: Professora Dr^a. Tícia Cassiany Ferro Cavalcante e Professor Dr. José Batista Neto. Os dias de aulas no Programa de Pós-graduação em Educação foram momentos de bastante crescimento e inspiração.

Ao meu amigo que ajudou nos momentos mais angustiantes neste período de mestrado: Witanagé da Silva Júnior.

As minhas companheiras e amigas do Grupo de Orientação Roazzi: Ariane Siqueira e Ingrid Michéle. Vocês são partes desse trabalho, muito obrigado por tudo.

Agradeço aos meus amigos e amigas para além da Universidade.

Aos meus colegas da Pós-graduação do Mestrado em Psicologia Cognitiva, agradeço pelos momentos que compartilhamos conhecimentos, afetos, apoios e parcerias.

Aos funcionários (as) e bolsistas do Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva, em especial a Timóteo Leitão.

Agradeço a todos (as) participantes dessa pesquisa que dedicaram seu tempo contribuindo com esse estudo.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro ofertado durante esses dois anos, fundamentais para o meu desenvolvimento e para o crescimento científico brasileiro.

Poema

Eu esperei ansiosamente para que ele caminhasse, mas ele não caminhou.

Eu esperei pacientemente o dia em que ele me chamasse, ele não me chamou.

Eu esperei confiante todos os resultados de exames com a certeza absoluta que iriam melhorar, mas a maioria não veio com melhora alguma.

Eu esbravejei com Deus, duvidei Dele, culpei Ele. Tive a certeza que Ele havia me abandonado e me senti ridícula dois segundos depois. Eu sempre soube que não era culpa Dele mas eu tinha que culpar alguém.

Eu achava que tudo iria passar, um dia ele levantaria, andaria e me pediria água. Sem auxílio nenhum, como mágica... Não aconteceu.

Outra mágica aconteceu, minha tecla de aceitação foi apertada. Em algum momento, de alguma forma eu percebi que era ok não caminhar, era ok não falar, também era ok demorar aceitar que seu filho único não faça essas coisas ditas normais.

Eu demorei mais que ele pra entender tudo, ele nasceu pronto, eu tive que aprender. Ele nasceu pra me ensinar. Nasceu pra mim completar.

Eu sou as pernas.

Ele é o sorriso.

Eu sou os braços.

Ele é o amor.

Eu sou a cabeça pensante.

Ele é o coração pulsante.

Nós somos um só, somos coração e alma, furacão e calmaria.

Eu não existo sem ele e ele não existe sem mim.

Agora, pois, permanecem a fé, a esperança e o amor, estes três, mas o maior destes é o amor. (PARTICIPANTE 23, 2017).

RESUMO

O presente estudo teve o objetivo de descrever como se constituem as relações entre os padrões externos associados aos Estilos de Apego Adulto (Seguro, Inseguro Ambivalente, Inseguro Evitante e Desorganizado), das manifestações das experiências subjetivas (Otimismo, Felicidade, Esperança, Satisfação com a vida e Resiliência) e do perfil social, à luz da Psicologia Positiva, nas cuidadoras de crianças com microcefalia associadas ao Zika vírus. A pesquisa é de natureza correlacional, exploratória e com características descritivas, recorte transversal e fundamentados em dados primários. Contou-se com a participação de 51 mães com crianças com microcefalia, apresentando idades entre 18 e 54 anos. E um grupo controle composto por 15 mães de crianças sem microcefalia e outras deficiências. As participantes responderam as seguintes escalas psicométricas: Experiences in Close Relationship (ECR), Escala SWLS (Satisfaction With Life Scale), Escala sobre o Otimismo, Escala sobre a Felicidade, Escala sobre a Esperança e a Escala Breve do Comportamento Resiliente. Além dessas medidas, as cuidadoras responderam um questionário sociodemográfico. Os instrumentos são construídos com medidas curtas, padronizadas e validadas no Brasil. A aplicação dos instrumentos se deu através de formulários *online*. Os resultados e discussões foram organizados em etapas de análise, na etapa 1, observa-se que as cuidadoras são as principais responsáveis pelo cuidado da criança com microcefalia. Na etapa 2, o exame das medidas psicológicas demonstraram boas propriedades psicológicas; a etapa 3, houve a categorização dos cuidadores de acordo com os padrões associados aos Estilos de Apego Adulto; e por fim, na etapa 4, obteve-se a média dos valores obtidos nas escalas, através da qual constata-se que os indivíduos com Estilos de Apego Seguro apresentam maiores níveis positivos em todas as medidas subjetivas, os de Estilo Inseguro Ambivalente possuem níveis médios negativos nas variáveis que medem a percepção subjetiva ligadas ao futuro (Otimismo e Esperança), os de Apego Inseguro Evitante demonstram um valor médio negativo com a Felicidade e o Apego Desorganizado manifestam valores médios negativos em todas as experiências subjetivas, indicando possíveis riscos no bem-estar social e psíquico. A pesquisa oferece um entendimento sobre o encontro das teorias do Apego Adulto e das medidas da Psicologia Positiva, indicando que os Estilos de Apego das cuidadoras desempenham papel protetivo sobre as adversidades sociais e subjetivas.

Palavras-chave: Apego. Microcefalia. Psicologia Positiva. Cuidadores. Parentalidade.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the relationship between the external patterns associated with the Adult Attachment Styles (Secure, Ambivalent, Avoidant, and Disorganized), the manifestations of subjective experiences (Optimism, Happiness, Hope, Satisfaction with life and Resilience) and the social profile, in the light of Positive Psychology, in the sample of caregivers of children with microcephaly associated with the Zika virus. The research is correlational in nature, exploratory and with descriptive characteristics, transversal cross - referencing and based on primary data. The sample consisted of 51 mothers with children having microcephaly, aged 18 to 54 years. The study also included a control group composed of 15 mothers of children without microcephaly and other disabilities. Participants answered the following psychometric scales: Experiences in Close Relationship (ECR), Satisfaction With Life Scale (SWLS), Scale of Optimism, Scale of Happiness, Scale of Hope, and Brief Scale of Resilient Behavior. In addition to these measures, the caregivers answered a sociodemographic questionnaire. The instruments were developed with short, standardized and validated measures in Brazil. The application of the questionnaires was carried out through online forms. The results and discussions were organized in stages of analysis, in stage 1, it is observed that the caregivers are the main responsible for the care of the child with microcephaly. In stage 2, the examination of psychological measures showed good psychological properties; stage 3, there was the categorization of the caregivers according to the patterns associated with the Styles of Adult Attachment; Finally, in stage 4, we obtained the mean of the values obtained in the Scales, through which it was found that individuals with Secure Attachment Styles presented higher positive levels in all the Ambivalent Insecure Style has negative mean levels in the variables that measure the subjective perception linked to the future (Optimism and Hope), the Avoidant Attachment demonstrate a negative mean value with Happiness and Disorganized Attachment show negative mean values in all subjective experiences, indicating possible risks in social and psychic well-being. We conclude that the research offers an understanding about the meeting of the theories of Adult Attachment and the measures of Positive Psychology, indicating that the Attachment Style caregivers play a protective role on social and subjective adversities.

Keywords: Attachment. Microcephaly. Positive Psychology. Caregivers. Parenting.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico do grupo de cuidadoras de crianças com microcefalia e de crianças sem microcefalia e outras deficiências (controle).....	62
Tabela 2 - Distribuição de frequência das cuidadoras de acordo com a configuração sociodemográfica com recorte de cor/etnia.....	74
Tabela 3 - Distribuição de frequência das cuidadoras de acordo com a configuração sociodemográfica com recorte de cor/etnia.....	75
Tabela 4 - Distribuição das cuidadoras com crianças com microcefalia participantes do estudo por Unidade Federativa.....	76
Tabela 5 - Distribuição das cuidadoras com crianças sem microcefalia (controle) e outras deficientes participantes do estudo por Unidade Federativa.....	77
Tabela 6 - Média, desvio-padrão e Teste de Mann-Whitney dos fatores da escala ECR dos grupos de cuidadoras de crianças com microcefalia e sem microcefalia (controle).	82
Tabela 7 - Média, desvio-padrão e Teste de Mann-Whitney nas diferentes escalas de experiência subjetiva dos grupos das cuidadoras de crianças com microcefalia e sem microcefalia (controle).....	84
Tabela 8 - Coeficientes de correlação (Pearson e Ponto-Bisserial) entre as diferentes escalas e perfil sociodemográfico das cuidadoras com crianças com microcefalia.....	85
Tabela 09 - Coeficientes de correlação (Pearson e Ponto-Bisserial) entre as diferentes escalas e perfil sociodemográfico das cuidadoras com crianças sem microcefalia (Controle).	86
Tabela 10 - Média, desvio-padrão e Teste de Mann-Whitney nas diferentes escalas em função do tipo de relacionamento (com e sem Relacionamento) para os grupos de cuidadoras de crianças com microcefalia (Grupo Microcefalia) e sem microcefalia (Grupo Controle).	87
Tabela 11 - Distribuição de média, mediana e desvio-padrão para categorização dos padrões de apego dos grupos de cuidadoras.	97
Tabela 12 - Distribuição das categorizações dos padrões de apego nas cuidadoras de crianças com microcefalia e cuidadoras com crianças sem microcefalia.....	98
Tabela 13 - Correlações Ponto-Bisseriais entre padrões de apego e experiências subjetivas das cuidadoras de crianças com microcefalia.....	99
Tabela 14 - Correlações Ponto-Bisseriais entre padrões de apego e experiências subjetivas das cuidadoras de crianças sem microcefalia (controle).....	100
Tabela 15 - Correlações (Ponto-Bisseriais e Phi) entre padrões de apego e perfil sociodemográfico das cuidadoras de crianças com microcefalia.	100

Tabela 16 - Correlações (Ponto-Bisserials e Phi) entre padrões de apego e perfil sociodemográfico das cuidadoras de crianças sem microcefalia (controle).	101
Tabela 17 - Distribuição das médias e desvios-padrão das experiências subjetivas por padrão de apego nas cuidadoras com crianças com microcefalia.	107
Tabela 18 - Distribuição das médias e desvios-padrão das experiências subjetivas por padrão de apego nas cuidadoras com crianças sem microcefalia (controle).	108

LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
EBCR	Escala Breve do Comportamento Resiliente
ECR	<i>Experiences in Close Relationship</i>
ESF	Escala sobre a Felicidade
IWM	<i>Internal Working Models</i>
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SWLS	<i>Satisfaction with life scale</i>
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	AS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS DA TEORIA DO APEGO ADULTO, DA PSICOLOGIA POSITIVA E DA MICROCEFALIA NO BRASIL.....	19
2.1	A MICROCEFALIA NO BRASIL	19
2.1.1	A Microcefalia como emergência Nacional de Saúde Pública no Brasil	22
2.2	CUIDADORES DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA.....	24
2.3	A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA	29
2.4	A TEORIA DO APEGO NA VIDA ADULTA.....	32
2.4.1	Apego Seguro	38
2.4.2	Apego Inseguro Ambivalente	39
2.4.3	Apego Inseguro Evitante	39
2.4.4	Apego Desorganizado	40
2.5	UMA BREVE REVISÃO SOBRE A PSICOLOGIA POSITIVA	41
2.5.1	Experiências Subjetivas associadas ao Passado	43
2.5.1.1	<u>A Satisfação com a vida</u>	43
2.5.2	Experiência Subjetiva associada ao Presente	46
2.5.2.1	<u>A Felicidade</u>	46
2.5.3	Experiências Subjetivas associadas ao Futuro	47
2.5.3.1	<u>O Otimismo</u>	47
2.5.3.2	<u>A Esperança</u>	50
2.5.3.3	<u>A Resiliência</u>	52
2.5.1	O ESTUDO DO APEGO, DOS ASPECTOS SOCIAIS E SUBJETIVOS DE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA NO BRASIL	56
3	OBJETIVOS DO ESTUDO E HIPÓTESES	60
4	O MÉTODO	61
4.1	TIPO DE ESTUDO	61
4.2	PARTICIPANTES	61
4.3	INSTRUMENTOS	63
4.4	PROCEDIMENTOS ÉTICOS E OPERACIONAIS.....	65
4.5	COLETA DE DADOS	66
4.6	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	68

5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	69
5.1	ETAPA DE ANÁLISE 1	70
5.1.2	Procedimentos Metodológicos.....	72
5.1.2.1	<u>Amostra.....</u>	72
5.1.2.2	<u>Instrumentos.....</u>	72
5.1.2.3	<u>Procedimentos.....</u>	72
5.1.2.4	<u>Análises dos dados</u>	73
5.1.3	Resultados.....	73
5.1.4	Discussão	77
5.2	ETAPA DE ANÁLISE 2	79
5.2.2	Procedimentos Metodológicos.....	81
5.2.2.1	<u>Amostra.....</u>	81
5.2.2.2	<u>Instrumentos.....</u>	82
5.2.2.3	<u>Procedimentos.....</u>	82
5.2.2.4	<u>Análises dos dados</u>	82
5.2.3	Resultados	82
5.2.3.1	<u>As Escalas de Experiências Subjetivas.....</u>	83
5.2.4	Discussão	88
5.2.4.1	<u>Experiences in Close Relationship (ECR) – Escala de Apego Adulto.....</u>	89
5.2.4.2	<u>Escalas de Experiências Subjetivas.....</u>	90
5.3	ETAPA DE ANÁLISE 3	94
5.3.2	Procedimentos Metodológicos.....	96
5.3.2.1	<u>Amostra.....</u>	96
5.3.2.2	<u>Instrumentos e Procedimentos</u>	96
5.3.2.3	<u>Análises dos dados</u>	96
5.3.3	Resultados.....	97
5.3.3.1	<u>Interrelações entre Estilos de Apego e Experiências Subjetivas.....</u>	98
5.3.4	Discussão	102
5.4	ETAPA DE ANÁLISE 4	103
5.4.2	Procedimentos Metodológicos.....	106
5.4.2.1	<u>Amostra.....</u>	106
5.4.2.2	<u>Instrumentos e Procedimentos</u>	106
5.4.2.3	<u>Análises dos dados</u>	107
5.4.3	Resultados	107

5.4.4	Discussão	109
5.4.4.1	<u>Apego Seguro.....</u>	109
5.4.4.2	<u>O Apego Inseguro Ambivalente.....</u>	111
5.4.4.3	<u>O Apego Inseguro Evitante.....</u>	112
5.4.4.4	<u>O Apego Desorganizado.....</u>	113
6	DISCUSSÃO GERAL	115
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS	122
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	140
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	141
	ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA.....	143
	ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	144
	ANEXO D - DECLARAÇÃO DE SERVIÇO PSICOLÓGICO	145
	ANEXO E - PARECER DO CEP	146
	ANEXO F - QUESTIONÁRIO ECR	147
	ANEXO G - ESCALAS DE EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS	149

1 INTRODUÇÃO

A microcefalia é uma condição rara de saúde, congênita e com explicações múltiplas, que acarretam variações no desenvolvimento neurológico, estrutural e cognitivo das crianças, com repercussão na percepção, linguagem, ato motor e nas habilidades sociocognitivas (LÖWY, 2016), no entanto, com expectativas de um crescimento saudável, dentro de suas possibilidades, se submetido a uma rede de atenção biopsicossocial nos primeiros anos de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

De acordo com a classificação dos casos de microcefalia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) há uma padronização de dois grupos: Microcefalia (recém-nascido com perímetro cefálico inferior a -2 desvios-padrão); Microcefalia grave ou severa (recém-nascido com perímetro cefálico inferior a -3 desvios-padrão) (PERNAMBUCO, 2016).

Entre novembro e dezembro de 2015, houve um *boom* de notificações de nascimentos de crianças com suspeita de microcefalia, evento que culminou em uma investigação epidemiológica bastante robusta em todo o país, com destaque para os pesquisadores pernambucanos da Fiocruz, os quais primeiramente apontaram a relação entre a infecção do Zika vírus e a microcefalia, com confirmação da relação causal em janeiro de 2016. Os estudos epidemiológicos evidenciam que as causas de tais acontecimentos estão diretamente ligadas à infecção pelo vírus Zika durante a gestação (TRIUNFOL, 2016).

Neste período, o Ministério da Saúde (MS) (2015) divulgou três protocolos, entre esses, uma guia de diretrizes de estimulação precoce como plano clínico nacional de enfrentamento as sequelas desenvolvimentais da microcefalia nas crianças, o qual possuía como objetivo central contribuir com a prática terapêutica de profissionais de saúde a realizarem trabalhos de estimulação na idade crítica do desenvolvimento infantil, compreendido entre 0 e 3 anos de idade. Neste manual, todas as dimensões do desenvolvimento infantil são trabalhadas, entre elas, o desenvolvimento sociocognitivo.

Ao entender que o desenvolvimento humano é um processo multidimensional, multifacetado e integral, a estimulação precoce no período dessa janela de oportunidades apresentadas aos primeiros dias de nascido até os 3 (três) anos de idade constitui-se como um período decisivo para a execução multiprofissional ao estabelecer funções que terão repercussão nos anos seguintes da vida da pessoa com deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A incidência de microcefalia no Brasil apontou para uma emergência em Saúde Pública, com 4.783 casos notificados em 21 Estados brasileiros até a data de 06 de janeiro de 2016, o que atinge 99,7 por 100.000 de crianças nascidas vivas (CALVET et al., 2016). Com aumento dos índices entre os dias 21 e 27 de fevereiro de 2016 para 26 Estados brasileiros atingidos, exceto o Amapá.

De acordo com o último boletim do Ministério da Saúde (2017), referente a 20ª semana epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde (24 de maio de 2017), os dados sobre crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika destacam que entre as datas de 08 de novembro de 2015 a 20 de maio de 2017, foram notificados em todo o país, um número de 13.835 casos suspeitos, dos quais 23,2% (3.211) estão em investigação, 19,9% (2.753) dos casos foram confirmados, 1% (141) casos são prováveis, 42,6% (5.892) casos foram descartados e 13,3% (1.838) foram excluídos.

A maior parte dos casos de microcefalia concentram-se na região Nordeste (47,3%), seguido pelo Sudeste (34,1%) e Norte (9,0%). Sendo os Estados brasileiros com maiores números: Bahia (17,7%), São Paulo (11,8%), Rio de Janeiro (11,1%), Pernambuco (9,5%) e Minas Gerais (8,6%). Os números de casos teve uma redução de 95% no ano de 2017 em relação ao ano anterior, porém ainda é uma situação de alerta para os estudiosos na área de Saúde Coletiva. Em maio de 2017, o Ministério da Saúde (2017) anunciou o término da situação de emergência pública nacional para o vírus Zika.

Pernambuco registrou em 05 de janeiro de 2018 diminuição de 65,5% dos casos das notificações. Possui 437 casos confirmados em todo o Estado, 76 inconclusivos, 261 casos em investigação, sendo descartados 1.669 notificações. E registrou 148 óbitos, sendo 59 (40%) neomortos¹, 54 (36,5%) de natimortos², 29 (19,9%) no período pós-neonatal³ (de 32 dias a 21,9 meses de idade) e 6 (4,1%) com óbito fetal⁴ (PERNAMBUCO, 2018).

Diante desse quadro de emergência nacional e enfrentamento as demandas surgidas a partir do nascimento de crianças com microcefalia, impõe a comunidade científica a produzir subsídios que possam ser incorporadas nas práticas terapêuticas e clínicas na atenção as crianças com microcefalia, aos cuidadores (as) e a sociedade.

¹ Neomorto – Significa falecido no primeiro mês de vida (até 28 dias).

² Natimortos – Quando o feto morre dentro do útero materno ou durante o trabalho de parto.

³ Pós-neonatal – óbito entre 28 a 364 dias.

⁴ Óbito fetal – é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe.

Compreendendo que os estudos do desenvolvimento sociocognitivo com parentalidade de pessoas com deficiência no Brasil são escassos e incipientes para casos de microcefalia, gera um dever imperativo e urgente para suprir elementos teórico-clínico que possam fundamentar e subsidiar a atuação profissional diante dessa protelação congênita decorrente da infecção do Zika vírus (FRANÇA et al., 2016). A Psicologia, como ciência que tem entre as suas preocupações de estudo o desenvolvimento humano, é convidada a prover achados científicos para a sociedade, que possam ser revertidos na mitigação e ação diante dos impactos nos cuidadores de crianças com microcefalia, bem como impulsionar novos estudos que acarretem no lidar com os prováveis problemas e desafios que irão surgir no futuro próximo.

O presente estudo tenciona entender como os padrões externos associados aos Estilos de Apego dos Adultos se relacionam com as experiências subjetivas coadunadas a Satisfação com a vida, Esperança, Felicidade, Otimismo e Resiliência nos cuidadores (as) de crianças com microcefalia associada ao Zika vírus, no prisma da convergência entre a Psicologia Positiva e Cognitiva.

A propositura do estudo se justifica pelo interesse em ofertar a comunidade científica e a sociedade uma contribuição no fortalecimento das teorias e métodos empregados na Psicologia do Desenvolvimento Humano Adulto e da Psicologia Cognitiva no Brasil ao investigar o funcionamento cognitivo, ligado a Teoria do Apego Adulto e aos seus aspectos sociocognitivos e afetivos, associados aos cuidadores (as) de crianças com deficiência decorrente da microcefalia.

A relevância em conceber, como consequência da indagação de como se desdobram as interações psicológicas dos padrões de Apego e das Experiências subjetivas dos cuidadores (as) de uma criança com deficiência, portadora de uma condição de saúde de origem de uma epidemia de magnitude nacional, será na promoção de fomentos de novos conhecimentos para o entendimento desenvolvimental da cognição de modo mais saudáveis dos cuidadores (as) das crianças com deficiência e necessidades específicas advindas da microcefalia associada ao Zika vírus.

O estudo se organiza em cinco seções: a primeira seção, apresenta o marco teórico a respeito da Microcefalia e o Zika vírus, sobre a Teoria do Apego e Apego Adulto, do Cuidador e da Criança com deficiência, discute brevemente sobre a Psicologia Positiva e as variáveis avaliadas nessa pesquisa (Otimismo, Esperança, Felicidade, Satisfação com a vida e Resiliência) e sobre a parentalidade de crianças com deficiência. A segunda seção é dedicada a exposição dos objetivos (geral e específicos) e hipóteses; O método é apresentado na

terceira seção, com o detalhamento sobre tipo de estudo, participantes, instrumentos utilizados, procedimentos de coleta de dados, considerações éticas e as técnicas de análises de dados. A quarta seção discorre sobre os resultados e discussões de todas as técnicas utilizadas distribuídas em quatro etapas de análise dos dados. Compõe a quinta seção a discussão geral, as considerações finais do trabalho e suas limitações.

2 AS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS DA TEORIA DO APEGO ADULTO, DA PSICOLOGIA POSITIVA E DA MICROCEFALIA NO BRASIL

2.1 A MICROCEFALIA NO BRASIL E O ZIKA VÍRUS

O ano de 2015 foi marcado pela epidemia do Zika vírus no Brasil, um dos vírus compreendido nas arboviroses (que significa: *ARthropod BORne VIRUSES* - vírus que é transmitido por artrópodes, em específico neste caso, o mosquito *Aedes aegypti* do gênero *Culex*), faz parte desse grupo a Dengue (do tipo 1 ao 4), a Febre Chikungunya e a Febre Amarela. Com estimativa de 440.000 a 1,3 milhões de infecções por Zika autóctones⁵ até dezembro de 2015, com quadro clínico clássico manifestado por febre, artralgia⁶, mialgia⁷, dor de cabeça e exantema maculopapular⁸, complexo sintomas para diagnóstico diferencial. Com maior ocorrência na região nordeste do Brasil (LOPES; NOZAWA; LINHARES, 2014).

O Zika vírus pertence aos Flavivírus, membro da família *Flaviviridae*, primeiramente isolado em um macaco Rhesus localizado na floresta Zika, periferia de Entebbe, capital da Uganda em 1947. Com primeiro registro da infecção do vírus em humanos na Nigéria durante estudos em 1954. Sendo reportado, desde então, em vários países africanos (Uganda, Tanzânia, Egito, Serra Leoa, Camarões e Senegal) (HAYES, 2009), com surto em 2007 nas ilhas da região do Oceano Pacífico e em países asiáticos (Índia, Paquistão, Malásia, Filipinas, Tailândia, Camboja, Vietnã e Indonésia), primeira ocorrência do vírus fora do continente africano, chegando ao continente americano em 2015 (Chile, Colômbia, El Salvador, Guatemala, México, Paraguai, Suriname, Venezuela, EUA e Brasil) (SAKKAS, ECONOMOU; PAPADOPOULOU, 2016; WAGGONER; PINSKY, 2016).

Desde 1960, o Zika vírus foi pouco relatado em humanos, com ocorrência esporádica e com baixo padrão de gravidade, assim dada com pouca importância nos estudos científicos até um surto epidêmico ocorrido em Yap, ilha na República da Micronésia em 2007, com elevado número de pessoas infectadas com síndrome febril, erupção cutânea de intensidade moderada e uma significativa porcentagem de casos assintomáticos (DUFFY et al, 2009). Com seguimento de outros relato de casos semelhantes na costa asiática e ilhas do Pacífico, com estudos epidemiológicos retrospectivos que sugerem um número de 30.000 infecções,

⁵ Que tem origem no local onde se manifesta.

⁶ Dor nas articulações.

⁷ Dor muscular.

⁸ Erupção cutânea com formação de pápulas.

além da associação com casos da síndrome Guillain-Barré⁹, 8 (oito) avisos potenciais de complicações de infecções de arbovírus congênita com base em relatos de encefalopatia, febre hemorrágica e morte fetal; na Polinésia com 17 casos de malformação do sistema nervoso central, incluindo microcefalia em fetos e recém-nascidos, identificados entre março de 2014 e maio de 2015, desses, 4 mães assintomáticas para o Zika vírus, porém com exame positivo para a testagem com anticorpos (IgG) para Flavivírus (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016).

O Zika vírus tem como principal transmissor os mosquitos *Aedes* de diferentes espécies: *Aedes africanus*, *Aedes albopictus*, *Aedes hensilli*, *Aedes polynesiensis*, *Aedes apicoargenteus* (DICK; KITCHEN; HADDOW, 1952) e, o predominante no Brasil, o *Aedes aegypti* (KANTOR, 2016).

A microcefalia é o resultado de um desenvolvimento anatômico cerebral atípico e significa crânio pequeno, microcrania e/ou cérebro pequeno, com condições e agravos de saúde diversos e com etiologia de origem ambiental quanto genética. É um sinal clínico observado na antropometria dos perímetros cefálico da circunferência frontooccipital, também denominada de “*Frankfurt Plane*”, de crianças após o nascimento com desvios-padrão abaixo da média populacional para a idade e sexo (LEAL, 2003).

No Brasil era adotada a marca de 33 cm para a normalidade antropométrica da cabeça, contudo, em 2015, passam a serem utilizadas as medidas sugeridas para a curva do crescimento da Organização Mundial da Saúde (32 cm para recém-nascidos a termo) e da escala de Fenton (2 DP para recém-nascido pré-termo). As curvas de referência para o crescimento e desenvolvimento da criança não tem uma concordância única nos estudos publicados, no entanto, é consenso à importância da antropometria do perímetro cefálico para o acompanhamento, detecção e intervenção em casos atípicos do crescimento cerebral e sua relação com o desenvolvimento neurológico, cognitivo, perceptual e neuromotor, revelando, a partir de um método não invasivo, de baixo custo e simples, serem utilizadas como indicadores de saúde e bem-estar (MACCHIAVERNI; BARROS FILHO, 1998).

Segundo Leal (2003), a microcefalia apresenta-se em três situações físicas diferentes:

- a) O crescimento do cérebro está normal, porém as suturas cranianas fundem-se precocemente e impede o aumento de volume da cabeça;
- b) O cérebro apresenta uma capacidade diminuída de crescimento e o crânio mantém-se pequeno e desproporcional a estatura;
- c) O crescimento

⁹ Doença neurológica, autoimune, que tem como sintoma a fraqueza muscular generalizada.

cerebral está diminuído e o crânio mantém-se pequeno, porém proporcional à estatura da criança. E pode vir acompanhado de outras anormalidades morfológicas (microcefalia sindrômica ou complexa) ou não (microcefalia pura, não sindrômica).

A microcefalia primária é de origem genética e a microcefalia secundária, ambiental. Em sua maioria é acompanhado a retardo mental e, de acordo com a gravidade, a outros sinais e sintomas neurológicos, dismorfias ou malformações. Além de espasticidade¹⁰, crise convulsiva, calcificações intracranianas, microftalmia¹¹, deficiência do crescimento, anomalias cardíacas, surdez, retinopatia, glaucoma, catarata, déficit visual, paralisia cerebral e mobilidade articular diminuída (ARAGÃO et al., 2016; TANAKA et al, 2015; PINTO E SÁ, 2013).

A microcefalia primária resulta de anomalias cromossômicas, alterações monogênicas¹² ou de síndromes de etiologia não esclarecida, alguns exemplos de síndromes genéticas com microcefalia: Trissomia do cromossomo 18, Trissomia do cromossomo 13, síndrome cri-du-chat (miado do gato), síndrome de Rett, síndrome de Aicardi-Goutières, síndrome de Seckel, síndrome de Cockayne, síndrome de Dubowitz, síndrome de Feingold, Síndrome de Sutherland-Haan. (YANG et al, 2013; LEAL, 2013).

A microcefalia secundária resulta de choques ao desenvolvimento neurológico em período fetal ou pós-fetal precoce e possui como agentes o: Citomegavírus, Toxoplasma gondii, vírus da rubéola, herpes simplex, Varicella Zoster vírus, HIV, hipóxia perinatal, exposição intra-uterina ao etanol, à carbamazepina, à hidantoína, à radiação, desnutrição grave na gestação, fenilcetonúria materna, alterações vasculares, desordens sistêmicas e metabólicas e no momento atual, ao Zika vírus e suspeitas em relação à associação com a Chikungunya (SOUZA; SCHWARTZ; GIUGLIANI, 2002; MUSSI-PINHATA; YAMAMOTO, 1999).

No entanto, a associação entre os casos de microcefalia e Zika vírus foi comprovada em janeiro de 2016 por pesquisadores brasileiros do Instituto Evandro Chagas da Fiocruz e em março por estudiosos estrangeiros, ao utilizar de investigações microbiológicas do tecido cerebral, do fluido espinal cerebral, fragmentos de vários órgãos viscerais de recém-nascidos

¹⁰ Rigidez muscular.

¹¹ Pequenez da dimensão de um ou dos dois olhos, pode provocar alterações de visão.

¹² Ocorrem devido as alterações na sequência do DNA.

mortos e a localização do vírus no líquido amniótico de mulheres grávidas do estado da Paraíba (TRIUNFOL et al., 2016; CALVET et al., 2016; BUTLER et al., 2016).

Contudo, não são todas as mulheres grávidas pela infecção do Zika vírus que irão desenvolver um quadro de gestação com bebês com microcefalia. De acordo com Caires-Júnior et al. (2018), a microcefalia decorrente do Zika vírus também apresenta um fator genético, sendo uma estimativa de ocorrência de 6% a 12% de mulheres infectadas que irão conceber crianças com a microcefalia. Cerca de 60 genes estão envolvidos na suscetibilidade ao vírus, a maioria envolvida com a sinalização celular chamada mTOR, responsável pela regionalização do cérebro, o que afetará as células progenitoras neurais. No estudo com gêmeos dizigóticos com microcefalia revelaram essa associação entre fatores genéticos e ambientais, ou seja, a criança precisa ter a suscetibilidade genética e ser infectado pelo Zika vírus no período gestacional para desenvolver a microcefalia.

2.1.1 A Microcefalia como Emergência Nacional de Saúde Pública no Brasil

Entre novembro de 2014 e abril de 2015, síndromes exantemática ¹³e casos de Guillain-Barré passam a ser notificados com maiores frequências pelas equipes de saúde. No entanto, em agosto de 2015, os números de nascimentos de crianças com suspeitas de microcefalia tiveram um aumento nos registros de ocorrências, porém, sem o entendimento dos fatores associados a tal condição neurológica. (HENRIQUES; DUARTE; GARCIA, 2016; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016).

Em Pernambuco, no mês de outubro, uma equipe de saúde materno-infantil de um hospital particular emite nota ao Ministério da Saúde sobre esse aumento exponencial. O Ministério da Saúde, no mesmo mês, inicia as investigações com o objetivo de identificar o elemento causador. Os casos suspeitos passam a ser notificados em grande parte do país, com um alto número de registros de casos novos, quando o Ministério da Saúde declara situação de emergência nacional no dia 10 de novembro de 2015 (HENRIQUES; DUARTE; GARCIA, 2016).

Em 06 de janeiro de 2016, o número de 4.783 casos foram notificados em 21 estados brasileiros, o que cobre 99,7 por 100.000 de crianças nascidas vivas (CALVET et. al., 2016). A microcefalia no Brasil, neste período de 2015-2016, não apresentou correlação significativa

¹³ Erupções cutâneas disseminadas.

entre a condição de saúde das crianças e histórico familiar genético ou testes que demonstrassem algum padrão de outros processos infectocontagiosos já conhecidos.

O desenvolvimento neuropsicomotor nos quadros de microcefalia tem um comprometimento de leve a grave de acordo com a extensão das afecções causadas pela ação da infecção do Zika vírus. Até o momento, observar-se que as crianças com microcefalia têm acometido as principais vias que permitem o desenvolvimento humano saudável, como por exemplo, o aparato motor, perceptual, cognitivo e socioafetivo (FLOR; GUERREIRO; ANJOS, 2017).

Contudo, não depende apenas da maturação biológica cerebral em atraso ou com limitações para ocasionar o prejuízo no desenvolvimento humano. O desenvolvimento neuropsicomotor devem envolver as diferentes esferas que contribuem na complexificação da vida humana, ou seja, nas dimensões sociocognitivas, afetivas e motora, estas sendo estimuladas ou reabilitadas podem, ao longo da janela de oportunidades das funções neuropsicológicas, em especial entre os 0 e 3 anos de idade, alcançarem conquistas dentro de suas potencialidades, e isto significa que a estimulação e atenção aos cuidadores possuem função de destaque nesse contexto, sendo qualquer empecilho para o estabelecimento efetivo deste, um deletério.

A família e o seu contexto têm papel essencial nos processos de desenvolvimento humano e da aprendizagem em torno das interações que as pessoas que a compõe tomam em relação a si mesmas, aos outros e ao mundo; a complexificação sociocognitiva e afetiva não é diferente nas configurações familiares onde há um filho com necessidades específicas decorrente de alguma alteração, condição ou déficit nas funções psicológicas, biológicas e/ou sociais. O contexto sociocultural no qual os familiares e crianças com deficiência estão imersos atuam como um mediador e fomentador dos seus desenvolvimentos, logo, a deficiência não é vista como um problema em si, mas as barreiras sociais que lhe são impostas são as grandes limitadoras para um desenvolvimento humano pleno (PANIAGUA, 2004).

É vital compreender que o conceito de família, nesta perspectiva desenvolvimental, significa um conjunto de seres humanos, uma unidade social ou um todo coletivo que são unidos por laços consanguíneos, de afinidades emocionais ou de relações legais, assim como das pessoas significativas (MARTINS; COUTO, 2014).

Sendo os adultos, em especial os pais e cuidadores mais próximos, que desempenham a função mediadora, ou ainda de interlocução, nesse processo de desenvolvimento, essencial para uma série de competências e capacidades que são elaboradas desde os primeiros contatos (ROAZZI; SPERB, 2013), como a própria diferenciação do *Self* que depende das relações estabelecidas em nível interpessoal. Todavia, existem diferentes formas de organização das interações entre pais e filhos, a depender do contexto, das características das crianças e de seus cuidadores. Assim, é essencial perceber como os cuidadores de crianças com microcefalia relacionam-se com seus sentimentos, expressões das emoções positivas e suas relações com sua constituição sociocognitiva diante da deficiência.

2.2 CUIDADORES DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA

O nascimento de um filho com necessidades específicas aumenta significativamente as preocupações, vulnerabilidades e dinâmicas na interação familiar, além da percepção de falhas nas expectativas sobre uma normalidade cultural aguardada que terá considerável impacto nos aspectos das experiências subjetivas e sentimentos dos indivíduos (FIAMENGHI JR.; MESSA, 2007).

Os filhos, mesmo antes de seu nascimento, são esperados com uma combinação de sentimentos que envolvem ansiedade, desamparo e uma agradável expectativa (BRUM; SCHERMANN, 2004), além de serem idealizados e atribuídos características físicas, sociais e psicológicas dentro de uma régua da endocultura em que irão nascer (PICCININI; LEVANDOWSKY; GOMES; LINDENMEYER; LOPES, 2009), sendo que qualquer tipo de dificuldade séria na saúde e de caráter permanente que surja, provocará preocupações em potencial com reverberações nos estados psicossociais dos cuidadores dessas crianças (GÓES, 2006).

O termo cuidador refere-se as pessoas que assumem as responsabilidades do cuidar, provendo segurança e proximidade, além de assistência as necessidades de outros indivíduos. A grande maioria dos cuidadores de crianças com deficiência são as mães e parentes próximos. O cuidado envolve atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com a dificuldade da pessoa cuidada (BARROS; LEONARDO, 2013).

Segundo Coll, Marchesi e Palacios (2007), os fatores de risco que maximizam as vulnerabilidades das crianças, familiares e serviços de atenção são diferentes: as crianças

podem apresentar problemas de conduta, transtorno do sono, soma de dificuldades (motoras, sensoriais, incontinência e etc.), problemas de comunicação da criança, dificuldades sérias de saúde física, graves dificuldades de aprendizagem, problemas de aparência da criança e alto grau de excitabilidade. Os pais e familiares podem sofrerem com a falta de estratégias para enfrentarem o estresse, isolamento social, dificuldades socioeconômicas, pouca formação para exercerem maternidade/paternidade, tensão na vida cotidiana, insatisfação do casal, falta de diversão e de lazer na família, falta de crenças sólidas morais e/ou religiosas, falta de coesão familiar e dificuldades de ajuste à criança (OLIVEIRA; POLETTTO, 2015).

Soma-se as gravidades estabelecidas na relação familiar, as peculiaridades dos serviços especializados, o número elevado de procedimentos sem cobertura, serviços inadequados às necessidades das crianças e famílias, serviços que sobrecarregam a família economicamente, horários inadequados e descoordenação organizacional (SOUZA-SILVA; DIEGUES; CARVALHO, 2012).

Os pais de filhos com deficiências passam por uma situação psicológica semelhante ao luto, com fases que se manifestam de forma aleatória e cíclica entre o choque (ao serem informados que os filhos têm uma deficiência), a negação (ignoram o problema, culpam os serviços e a capacidade diagnóstica dos profissionais), a reação (vivência de emoções e sentimentos necessários para a adaptação, os mais comuns: irritação, culpa e depressão) e a de adaptação-orientação (alcançam um nível de compreensão realista e prática). A existência de uma deficiência lançará aos familiares, em especial, aos pais, projeções sobre como será o presente e o futuro de suas vidas e de seus filhos, com ampliação a depender do quadro clínico, da evolução no desenvolvimento, dos recursos pessoais e das condições de vida (BEGOSSI, 2003).

A partir do nascimento ou ao longo da investigação diagnóstica de alguma condição de saúde ou doença, os pais se deparam com uma mudança radical em suas vivências psicológicas, como por exemplo, elevado grau de ansiedade, depressão, com a preocupação demasiada, as dúvidas, as incertezas, a vergonha, o medo e a culpa (UDRY-JORGENSEN; DARWICHE; GERMOND; WUNDER; VIAL, 2015), neste ínterim, são bombardeados por informações, tratamentos e consultas de saúde, com uma agenda carregada, lazer prejudicado e atenção aos demais filhos comprometidas, conflitos familiares, estresse, rede de apoio fragilizada, abandono do apoio marital e aumento dos gastos financeiros, entram em divergência com uma visão romantizada de parentalidade e com uma avaliação ruminativa

sobre si mesmos, caracterizando esse momento como de trauma (PONTES-FERNANDES; PETEAN, 2011). Nesta etapa, podem surgir as demandas dos pais para as instituições de saúde e educação, atitude que pode perdurar por toda a vida, ao imaginar que algo a mais poderia ter sido feito para alcançar uma cura (MARTINS; COUTO, 2014).

No entanto, são escassos os estudos que descrevam como a experiência em ser um cuidador de crianças com deficiência provocará nos sentimentos e experiências subjetivas positivas, como otimismo, felicidade, satisfação com a vida, esperança, afetos positivos e negativos, confirmando a preferência por estudos científicos pautados na investigação psicopatológica.

Algumas configurações familiares, sejam em função de subsistemas diádicos¹⁴, triádicos¹⁵ e poliádicos¹⁶, podem maximizar ou minimizar os riscos e vulnerabilidades no estabelecimento da vinculação e desenvolvimento das crianças que nasceram com deficiência (GRISANTE; AIELLO, 2012), entre essas: Positivas – a) Cuidadores que admitem a condição de saúde e deficiência dos filhos e buscam um diagnóstico imediato e uma resposta rápida no crescimento das crianças; b) Cuidadores que compreendem a dimensão da parentalidade de filhos com deficiência e buscam por programas de estimulação precoce a fim de conseguir para as crianças o maior grau de desenvolvimento dentro das possibilidades da mesma. Negativas: a) Cuidadores que negam e buscam soluções mágicas para a cura dos filhos; b) Cuidadores que não tem expectativas no desenvolvimento dos filhos com deficiência e acham que todas as atividades de estimulação, acompanhamento e tratamento são dispendiosas.

Outro grande fator a ser considerado na complexidade da atenção a família com filhos com deficiência está em torno dos números de irmãos que esta terá (ROMERO; PERALTA, 2012; MESSA; FIAMENGHI JR., 2010). Estudos apontam que ter um irmão com deficiência não é um estressor em si, no entanto, há ganhos (maturidade, independência, altruísmo) e perdas (medo, raiva, vergonha, inveja e culpa) na relação fraterna (NAVARAUSCKAS; SAMPAIO; URBINI; COSTA, 2010; SILVA; DESSEN, 2014).

Os profissionais também podem assumir diferente marcos referenciais de intervenção junto aos cuidadores de acordo com suas ideologias, divisão de poder, participação e tipo de relação interpessoal, os modelos mais comuns segundo Coll, Marchesi e Palacios (2004) são:

¹⁴ Interação Pais e filhos.

¹⁵ Interações entre Pai-Mãe-Criança.

¹⁶ Padrões de interações entre uma criança e seus familiares (pai, mãe, avó, irmã)

a) O modelo do *expert* (o profissional tem o conhecimento sobre a criança, os cuidadores são vistos como pouco competentes, assumindo, assim, um posto secundário. Os profissionais usam de linguagem técnica e pouco transparente. E diante dos insucessos no desenvolvimento, os profissionais atribuem culpabilidade aos cuidadores);

b) Modelo transplante (os profissionais desejam que os cuidadores se tornem co-terapeutas e co-educadores, transmitam seus conhecimentos e suas habilidades. Quando a terapêutica não avança, há uma divisão das culpas);

c) Modelo do usuário (identificação dos pais como *experts*, mesmo sem noções técnicas e conhecimento sobre pessoas com deficiência. Atribuição de importância às necessidades e prioridades dos cuidadores, com enfoque construtivista. Os profissionais informam, criam alternativas e são empáticos nas negociações);

d) Modelo de negociação (ampliação da noção do modelo de usuário para o sistema complexo e multifacetado de família).

Como o desenvolvimento humano é um processo contínuo de evolução (aspectos subpessoais, ligados aos processos biológicos), mudanças (sistemática, adaptativa e interativa com o ambiente) e crescimento (aspectos intrapessoais e individuais), com início na concepção e com continuidade até a morte (RABELLO, PASSOS, s/d), e os cuidadores assumindo papel de destaque nessa protagonização, sobretudo no modo como esses atores sociais lidam com a deficiência, é essencial o estudo sobre o cuidado parental, de modo particular, no suporte oferecido às crianças com deficiência (BARROS; LEONARDO, 2013; SANTOS; XAVIER; NUNES, 2008).

Os estudos sobre o cuidado parental de crianças com deficiência são escassos e assumem três enfoques investigativos: a) Perspectiva psicopatológica (aspectos descritivos da situação emocional dos pais e como as relações sociais desses são impactadas por doenças e transtornos mentais); b) Modelo de *Coping* (interesse nos aspectos do estresse, da tomada de decisão e das necessidades das famílias); c) Modelo Complexo e Multifacetado (envolve a investigação dos processos de adaptação, dos fatores psicológicos e sociais que podem prejudicar esses e das transformações que ocorrem. Passam a ter um objetivo real e significativo, deixa de ser negativo e busca as variáveis de contexto ligadas a resiliência, satisfação, felicidade e otimismo em uma perspectiva centrada no cuidado, compreendendo que ter um filho com deficiência envolve um impacto alto no funcionamento emocional,

social e cognitivo dos cuidadores e familiares, consequentemente, com a saúde mental e o bem-estar) (COLL; MARCHESI; PALACIOS, 2004).

A partir da discussão sobre o conceito de cuidador, o impacto da chegada de uma criança com deficiência, os riscos e vulnerabilidades aos quais estão expostos, aos modelos de intervenção vigentes dos profissionais e aos enfoques científicos de investigação da relação cuidador e criança com deficiência, não se sustenta a ideia de programa de estimulação precoce apenas centrado nas necessidades e padrões fundamentados na maturação biológica da pessoa com deficiência, com ações pontuais e fragmentadas nas competências pragmáticas e funcionais (FRANCO, 2016).

Um programa de estimulação que não envolva a dimensão biopsicossocial põem os cuidadores em uma posição de sobrecarga, contribuindo com o aumento da negação (com esperança ilusória de tratamento e cura) ou da culpa (com o peso da obrigação e vergonha) (FRANCO, 2016). De acordo com Franco (2016) e Pinto e Sá (2013) a estimulação precoce deve sofrer influência relacional, integrativa, interprofissional, transicional, ambiental, em uma perspectiva centrada na família e na negociação, com foco na responsividade, na sincronia (adaptar-se ao ritmo das crianças), simetria (prestar atenção as preferências das crianças na interação), contingência (o repertório do que funciona ou não na interação com a criança), encadeamento/adesão (os sinais passam a se estabelecer como um diálogo que somente os cuidadores interpretam), jogos e brincadeiras (oportunidade de aumento da aprendizagem) e autonomia/flexibilidade parental (segurança em deixar a criança explorar), promotoras de aprendizagem e desenvolvimento da criança, o que representa a reconstrução do vínculo. Para Schipper e Schuengel (2010), as dificuldades dos cuidadores em assumir esses pontos prejudicará na interpretação dos sinais dos filhos com deficiência e desenrolam um Estilo de Apego Inseguro.

Segundo Rubia (2013), as crianças com deficiências, mesmo múltiplas, podem desenvolver um estilo de Apego Seguro por cima dos déficits e limitações, contudo, este depende das primeiras relações emocionais e vinculativas em acordo com os Estilos de Apego dos adultos que assumem a figura de cuidado e aos seus respectivos aspectos sociocognitivos, esses podem se modular e categorizar-se em sistemas de condutas diferentes que podem ser agrupadas: Empática (Apego Seguro), Intrusiva (Apego Ambivalente), Recíproca evitante (Apego Evitante) e Transgressora (Apego Desorganizado), portanto, o desenvolvimento da

criança e dos cuidadores se dá na interação estabelecida em termos de segurança ou insegurança, proximidade ou distanciamento.

2.3 A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA

Um dos grandes pensadores da Psicologia que se destaca e contribui de modo especial para o estudo da criança com deficiência é Lev Vygotsky. Possui diferenças epistemológicas em suas investigações no que se refere a Teoria do Apego e da Psicologia Positiva, entretanto, a relevância de suas proposições se fazem insigne na presente temática.

Vygotsky (2011) discute em sua obra sobre os Fundamentos da Defectologia no Desenvolvimento e educação da criança com deficiência, elementos chaves para pensar a deficiência sobre um novo ângulo. Em seus escritos, Vygotsky (2011) faz uma denúncia em relação a Educação na União Soviética, ao mencionar que houve poucas ou nenhuma mudança no modo de compreender a pedagogia das crianças com deficiência. E propõe uma ruptura para a Psicologia no instante que aponta o aprisionamento biológico que esta estar envolvida e sugere, por fim, um campo de uma psicologia histórica, ou seja, humana, em uma perspectiva social no sentido de cultural.

O pensador soviético compreende que as funções psicológicas superiores não se formam na biologia e sim na matriz social. Vygotsky apoia-se nos estudos da Psicologia Individual proposta por Adler e no Marxismo para elaborar a sua proposição sobre o desenvolvimento e a pedagogia da criança com deficiência. Para o pensador, o desenvolvimento psicológico se dá através de uma chamada autoignição do desenvolvimento cultural mediado pelo meio circundante que promove essa passagem espontânea da criança do natural para o cultural e marca em sua escrita fortemente a concepção de que o desenvolvimento não dependerá da deficiência orgânica. O olhar a deficiência apenas pelas funções, ou seja, quantitativamente, reduz a concepção do que é desenvolvimento humano (VYGOTSKY, 2011).

A psicologia e as neurociências ainda sustentam a ideia tradicional da deficiência como algo negativo e de falta, que consequentemente prejudica, limita ou estreita o desenvolvimento e a aprendizagem da criança com deficiência, o olhar sobre o ângulo da perda de uma função ainda é presente na literatura científica da Psicologia, Psiquiatria e Neurociências. Os estudos sobre as deficiências, em geral, são sustentados pela subtração e

comparação das funções perdidas em relação as funções de outra pessoa sem comprometimentos orgânicos. Vygotsky (2011) não nega a deficiência, entende como produtora de falhas, obstáculos e dificuldades na adaptação das crianças, contudo, assim como Adler, enfatiza que são nessas dificuldades que despertam o desenvolvimento de caminhos alternativos de adaptação que conduzirá a um equilíbrio onde as funções se superpõem a outras funções em uma direção de compensação, e alerta que apenas o desenvolvimento cultural é a principal esfera nessa dinâmica compensatória.

A participação sócio-cultural dos indivíduos é a principal contribuição para a redefinição do conceito de aprendizagem da pessoa com deficiência em uma perspectiva teórica sócio-histórica. Cavalcante e Ferreira (2011) alertam para as terminologias utilizadas por Vygotsky em sua obra sobre os Fundamentos da Defectologia, que podem ser utilizadas como conceituações que segregam, contudo, o momento histórico no qual a obra foi escrita deve ser considerado, período marcadamente baseado na linguagem médico-psiquiátrica de normalidade e anormalidade do comportamento, entretanto, Vygotsky supera essas definições ao propor esse olhar para o desenvolvimento das pessoas com deficiência, toma-o como um processo dinâmico, contextual e social.

Vygotsky propõe que as leis do desenvolvimento são iguais para todas as pessoas, com ou sem deficiência, e que a alteração no modo de enraizamento do sujeito na cultura se dá pela diferenciação do padrão biológico típico, mas que as limitações (ou particularidades) promovem nesses mesmos indivíduos um redirecionamento de suas ações no curso do desenvolvimento e, conseqüentemente na aprendizagem. Desse modo, Vygotsky trabalha os conceitos de deficiência primária e secundária, sendo a primeira de ordem biológica e a segunda de conseqüências psicossociais das particularidades orgânicas. Acredita em uma barreira criada em função de um padrão de normalidade que existe na sociedade que provocam o surgimento de barreiras físicas, atitudinais e educacionais na participação social e cultural da pessoa com deficiência (CAVALCANTE; FERREIRA, 2011).

E dois conceitos da teoria de Vygotsky são imprescindíveis para a discussão sobre o desenvolvimento e a aprendizagem da pessoa com deficiência: o processo de compensação e a Zona de Desenvolvimento Proximal, onde a educação intervêm nesse processo com um caráter transformador. Os processos de compensação são entendidos como a via da aprendizagem que promove o desenvolvimento, onde uma dificuldade orgânica e psicossocial passam a ser estímulo para uma superação, ainda assim, a cultura tem o papel duplo,

limitadora ou promotora. Portanto, a deficiência é muito mais do que biológico, ela é um fenômeno sociogenético e/ou psicogenético.

A compensação não é a hipertrofia de uma função ou órgão prejudicado, ela é uma via de mediação simbólica alternativa organizativa do comportamento das pessoas com deficiência na atribuição de novos modos nas funções psicológicas e determinação dos órgãos. Criticava na educação os métodos de repetição, concepção mecanicista de estimulação, incentivando a pedagogia a lançar mãos de meios de possibilitar novas construções em direção a criações positivas de trabalho que permitissem o desenvolvimento das crianças com deficiência.

Cavalcante e Ferreira (2011, p. 47) são enfáticas ao mencionarem: “O desenvolvimento precário das funções superiores está relacionado ao insuficiente desenvolvimento cultural do indivíduo”. Inserção cultural, participação em atividades coletivas, mediação simbólica, interações e vinculações sociais permitem a tão necessária via cultural para o desenvolvimento.

A Zona de Desenvolvimento Proximal, definida como um estágio do processo de aprendizagem, propõe um bom aprendizado, aquele que se adianta ao desenvolvimento, é outro conceito caro ao estudo da Psicologia da Pessoa com Deficiência ao evitar que alguns estudantes são impossibilitados de aprender devido a uma limitação, a ZDP permite a noção de apoio, do favorecimento de um planejamento de intervenção pedagógica apropriada as necessidades da criança com ou sem deficiência.

As pessoas com deficiência possuem déficits biológicos, mas não são esses que os privam de certas parcelas da cultura. A privação cultural das pessoas com deficiência provoca um desastre no desenvolvimento cognitivo. Não permitir que as pessoas com deficiência estejam em contato direto e facilitado com a cultura anulam a capacidade sociocognitiva dos seres humanos (SILVA, 2010).

O modelo teóricos apresentado contribui e converge com a discussão proposta neste estudo no ato em que a teoria Sócio-histórica referem que as deficiências causam privações, porém não são limitadoras, sendo compensadas com as modificações dos artefatos e com a interação social.

Diante do entendimento que as deficiências físicas e psíquicas não são limitadores em si, mas suas principais consequências são as barreiras ambientais e sociais, que a interação

dos cuidadores sobre os filhos resultará na diminuição dos impactos dessas dificuldades, diante da realidade atual das políticas públicas no Brasil, com o aumento dos números de casos confirmados de microcefalia ligados a Síndrome Congênita da infecção do Zika vírus, é imprescindível discutir como os aspectos das experiências subjetivas positivas relacionam-se, protegem e promovem um desenvolvimento afetivo e social dos cuidadores dessas crianças em uma perspectiva multifatorial e complexa em diálogo com a Teoria do Apego.

Dado que o Apego permite a criança interagir com outros humanos, a construir significados e regular seus comportamentos, não decorre apenas da maturação biológica do órgão cerebral, mas pelas interações sociais, envolvidas ativamente desde o seu nascimento com seus cuidadores (RAMIRES; SCHNEIDER, 2010).

2.4 A TEORIA DO APEGO NA VIDA ADULTA

John Bowlby, médico e psicanalista inglês, ao ser contratado em 1950 pela Organização Mundial de Saúde para a realização de um extenso trabalho com o objetivo de identificar os efeitos no desenvolvimento e personalidade de crianças que eram afastadas de suas mães nos primeiros anos de vida, sustentado a partir das bases epistemológicas da Psicanálise e da Etologia, utilizando do método científico tradicional, privilegiando as observações e as hipóteses, pode formular a Teoria do Apego em 1958, que possui convergências entre as perspectivas de bases biológicas e culturalistas (MASCARENHAS; ROAZZI; SILVA, M, 2013).

A teoria se desenvolveu fundamentada na perspectiva basilar que se assentava em diferenças e influências significativas em relação aos estudos que apontavam para a valoração da vinculação pais-filhos, foi amplamente desenvolvida e investigada ao redor do mundo, com contribuições de vários teóricos do desenvolvimento humano (DALBEM; DELL'AGLIO, 2008).

Para Bowlby, diferente dos estudos realizados por Sigmund Freud, Donald Winnicott, Françoise Dolto, Melanie Klein, Anna Freud, René Spitz, Dorothy Burlingham, entre outros, o Apego assume um papel central no desenvolvimento cognitivo e afetivo dos humanos, ou seja, o Apego é um processo cognitivo de alta relevância para o psiquismo humano, se distancia da concepção de vinculação como instinto, ao contrário, ocorre mediante uma série de condutas comportamentais interativas repetidas entre as crianças e as figuras de

cuidado, com a intenção e a busca de proteção, adquirindo um valor de sobrevivência (LÓPEZ; RAMÍREZ, 2005; ROSSEL, 2004).

Proporcionou um novo quadro teórico dentro dos estudos do Desenvolvimento Humano como uma variante da teoria das relações objetais; a Teoria do Apego tem como ênfase a área cognitiva, social, afetiva e emocional, e como referência a psicanálise e outros campos teóricos, tais como a Teoria dos Sistemas de Controle, etologia, cibernética, biologia evolucionária e das ciências cognitivas. Assume que o desenvolvimento não possui apenas uma rota na complexificação da vida humana, partindo de uma perspectiva multidimensional, enfatizando para o estudo dos laços afetivos na ontogênese dos indivíduos (GOMES; MELCHIORI, 2012).

O apego é uma disposição para a busca de aproximação; com tendência universal, de base biológica e de vínculo emocional íntimo entre os bebês e seus cuidadores, em especial a mãe, onde o centro da sua função é o estabelecimento da segurança, essa experimentada para proporcionar uma base segura para a exploração do mundo e da aprendizagem. É um estado interno e cognitivo de organização psicológica e expresso como um primeiro modo de interação humana, fomentando o desenvolvimento físico, mental e social. Os primeiros vínculos mantidos são a base para a formação dos estilos de apego, com repercussões em outras esferas da vida (DALBEM; DELL'AGLIO, 2008).

Bowlby (1989) acrescenta que a segurança e a proximidade estabelecida no Apego, desempenham, respectivamente, influências do mundo externo e a presença/ausência de uma figura de apego que seja capaz de atender as necessidades que venham a surgir; já a segunda diz respeito a habilidade em reconhecer e querer estabelecer um contato com alguém, sendo mutualmente gratificante.

Bowlby (2002), aponta que os vínculos de apego estabelecidos nos relacionamentos entre Seres Humanos são laços afetivos estritamente ligados ao senso de segurança, que torna-se durável ao longo da vida e prognosticam resultados nos pareamentos e nos padrões de apego dos filhos. O comportamento de apego é uma das expressões de sentimento mais forte na busca da proximidade entre humanos. Tornando-se uma protetora a integridade física e psíquica no contato entre as crianças e os adultos.

Para Bowlby (1989) o comportamento de apego, diferente do conceito de comportamento da Teoria Behaviorista, é a disposição que um indivíduo possui para manter o

contato e a proximidade com algum outro indivíduo considerado mais apto. Portanto, o Apego é a predisposição humana de estabelecimento de proximidade com outro ser humano, já o comportamento de apego são as facetas comportamentais inatas que buscam o estabelecimento de proximidade com outro ser humano. Sendo mais evidente na primeira infância, todavia, perdurando ao longo da vida adulta.

Conforme Bowlby (2002), o apego e o comportamento de apego envolve aspectos como envolvimento emocional dos cuidadores para as crianças e posteriormente dessas para os seus cuidadores, o apego tem uma direção, ou seja, tem um alvo específico no início da infância, se alargando o leque ao longo do desenvolvimento, o apego perdura pela vida da pessoa até a morte, possui uma característica ontogenética, tem uma propriedade biológica através da necessidade de segurança e sobrevivência e possui uma organização de interação.

Bowlby e Ainsworth (1988), em seus estudos sobre o apego, observaram que esse tipo de comportamento trata-se de uma relação de dependência, de proximidade, contato com outros seres humanos, aprovação e atenção. É na interação e vinculação cuidador e criança que as trocas afetivas serão compartilhadas e ao passo que irão formando padrões de interações recíprocas. Ainsworth, com suas investigações na África, abriu caminhos para a melhor compreensão sobre os Estilos de Apego, permitindo a mensuração e classificação das diferentes configurações (BOWLBY, 2002).

Conhecer como estão estabelecidos os Estilos de Apego Adulto favorece uma maior atenção aos pais com crianças com deficiência, devido a etapa crítica de desenvolvimento infantil, no estabelecimento do apego entre pais e filhos, pois, de acordo com Toni, de Salvo, Maris e Weber (2004), o amor parental pode ser influenciado por diversos fatores, entre eles: atributos fenotípicos das crianças, os indicadores de aptidões situacionais do desenvolvimento da criança, fatores sociais e problemas de saúde psicossocial.

Cuidar de um outro ser humano permite a fundação das relações interpessoais e com a sociedade, quando situações biopsicossociais interferem no plano ideal esperados pelos pais que podem gerar conflitos nos modelos de cuidado, com dificuldades em promover a atenção apropriada as necessidades físicas e psicológicas das crianças (BERANT; MIKULINCER; SHAVER, 2008). Bowlby (2002) alega que o modo que a mãe cuida do bebê depende, em certa medida, da sua constituição subjetiva, de suas ideias sobre o filho e de suas experiências com o seu histórico de criação.

O investimento parental é atravessado por várias questões culturais, por isso há uma necessidade de compreensão das diferentes configurações familiares de vinculação do apego. São tais cuidados que inserem os filhos no cenário sociocultural, favorecendo a essa criança acesso as práticas culturais compartilhadas e seus significados (SÁNG, 2009).

Ou seja, o maior pressuposto da Teoria do Apego é a constituição dos modelos representacionais dos primeiros relacionamentos a partir das interações com figuras de apego e suas experiências de cuidado (BOWLBY, 1984).

As crianças, em seu processo desenvolvimental, interagem de modo singular com o outro indivíduo e com o seu ambiente, engajados, em grande parte de seu tempo, em estabelecer a proximidade necessária, prestando interesse na localização, disponibilidade, acessibilidade e distância entre elas e as figuras de apego, agindo de modo adaptativo ao seu meio. As relações de apego estabelecidas nesse período são essenciais para a sobrevivência física e psicológica da criança, assim como para a elaboração de um filtro para interpretar o mundo, a si mesmos e aos outros. Tem como natureza instintiva, porém interacional, ou seja, existe na relação entre bebês e figuras de apego uma direção para o contato com outro ser humano, implicando a necessidade de um outro objeto independente do alimento, diferenciando-se da psicanálise neste momento ao assumir que esse comportamento como específico e não derivado das necessidades orais e instintivas de alimentação na infância ou de sexo na vida adulta, sendo desencadeados nos momentos de separação ou na ameaça dessa, tornando-se um ato observável, mensurável e detectável (ROAZZI; NASCIMENTO; GUSMÃO, 2013).

O apego tem caráter de processo, de formação desde antes do nascimento, evoluindo a partir dos primeiros contatos pós-natal e vivenciado de modo gradual, primeiramente em díade e depois em grupo, fortalecido na interação, com a função de proporcionar a segurança emocional das crianças e apresenta-se como a base para um molde de uma estrutura cognitiva que orientará as interações ao longo da vida do indivíduo, denominado Modelo de Funcionamento Interno (Internal Working Models – IWM), que têm como atribuição o estabelecimento de uma representação mental sobre si, sobre os outros e sobre o mundo, influenciando seu comportamento durante a vida e na efetivação dos vínculos sociais, amorosos e familiares futuros, sendo atualizado durante o ciclo vital (MASCARENHAS; ROAZZI; SILVA, M, 2013).

Os Modelos de Funcionamento Interno contêm componentes afetivos e cognitivos moldadas na relação estabelecida na primeira infância com as figuras de cuidado, são estáveis

e ativos durante o crescimento e desenvolvimento humano, no entanto, não são imutáveis. Esses modelos permitem a repetição e recriação dos padrões originados nos primeiros contatos humanos (VASCONCELOS, 2013). O apego parte de um argumento filogenético, epigenético, até a uma consideração da formação de um emaranhado, complexo e recíproco sistema cognitivo e afetivo no qual os pais e as crianças têm papel principal (DALBEM; DELL'AGLIO, 2008).

O apego constitui-se como uma chave para mudanças radicais na arquitetura cognitiva e afetiva, promotora da constituição de um funcionamento sócio-emocional da criança e estendendo-se aos sistemas cognitivos relacionados a: causalidade, intencionalidade, conceito de permanência do objeto, descentração, discriminação interno-externo, elaboração de expectativas, sincronização emocional interativa com grupos de pessoas, capacidade representativa de si e dos outros, à autorreferência (Autoconsciência), nas habilidades de processamento cognitivo de mentalização (Teoria da Mente), na organização, formação e manipulação de conceitos sociais (Cognição Social) e na resolução de problemas e produção de sentidos, subsidiários ao comportamento autodirigido e autorrelacionado (*Self*) (ROAZZI; NASCIMENTO; GUSMÃO, 2013; RAMIRES, 2003), além do desenvolvimento de habilidades escolares nas áreas da matemática, escrita e leitura (MATOS, 2013), na compreensão, clareza, regulação e verbalização das emoções (VASCONCELOS, 2013).

A teoria do Apego foi amplamente investigada e ampliada por outros pesquisadores em diversos contextos e regiões do mundo, entre esses: Mary Ainsworth, Mary Main, Nancy Kaplan, Jude Cassidy, além de outros. É possível distinguir três fases nos estudos sobre o Apego: a) O comportamento do Apego; b) Projeto Uganda, Projeto Baltimore e os resultados da Situação Estranha; c) A importância da Transgeracionalidade (DALBEM; DELL'AGLIO, 2008).

A primeira fase dos estudos do Apego caracterizado como o “Comportamento do Apego” parte das investigações de Bowlby (1984) sobre a regulação mãe-bebê baseado nas observações de animais e humanos, escolhendo como ponto de partida a separação do bebê da figura de cuidado, percebendo três características: protesto, desespero e desapego. Formulou que a separação em si não é a promotora das patologias psíquicas, mas sim a resposta dada pelos cuidadores na situação de separação ou perda.

A segunda fase expande a teoria do Apego e seus métodos de pesquisa, tendo como uma das principais representantes a pesquisadora Mary Ainsworth, qual iniciou estudos de

observação em Uganda na intenção de gerar uma validação empírica das noções etiológicas formuladas por Bowlby (2002), continuando, posteriormente, em Baltimore, onde o método experimental chamado de “Situação Estranha” pode ser delineado e executado contribuindo na sistematização de três tipos de Estilos de Apego.

O experimento da Situação Estranha se dá nas condutas que são observadas durante momentos breves de estresse quando as crianças são afastadas de suas mães, reveladoras das qualidades da relação entre cuidador e crianças. Nesses estudos são observados os diferentes padrões: Apego Seguro, Apego Inseguro-ansioso (Ambivalente) e Apego Inseguro-evitante. Em outros estudos, foi acrescido o Apego desorganizado / desorientado, proposto pela equipe de Mary Main.

A terceira fase refere-se a importância da Transgeracionalidade, nesta etapa a metodologia adiciona os aspectos psicológicos, internos e representacionais do apego em sua preocupação empírica, com o uso da narratividade e da transgeracionalidade dos padrões estabelecidos nos sistemas de apego. A Entrevista de Apego dos adultos marca essa fase como principal contribuição. Mary Main, Nancy Kaplan e Carol George desenvolveram e ampliaram a investigação do Apego para outras dimensões da relação mãe-bebê. O apego do bebê é dirigido para algumas pessoas, já o adulto não se dirige para alguma figura em específico, sendo analisados nos adultos as suas idiossincrasias nos estados psíquicos e revelando-se em quatro estados associados a essa operação de reflexão no adulto: Apego adulto Seguro-autônomo (F), Apego adulto Desentendido (Ds), Apego adulto Preocupado (E4) e Apego adulto Irresoluto/Desorganizado (U/d5) (ASSIS, 2006).

O estabelecimento do apego pode ter concorrentes negativos em seu estabelecimento, e conseqüentemente prejuízos no desenvolvimento global, entre esses figuram-se: impactos nas capacidades neurológicas das crianças, dificuldades motoras e dos reflexos inatos, alterações na capacidade perceptiva e emotiva, deficiências múltiplas, saúde mental dos pais ou cuidadores, condições socioeconômicas, violência e abusos (GUSTÁ, 2014; GARCIA, 2008; GARRIDO-ROJAS, 2006).

A figura de apego desempenha uma atividade crucial na formação dos vínculos afetivos com as crianças (MIRA, 2009), marcados por uma dinâmica bastante acelerada e de interação recíproca, com repercussões afetivas e sociais ao longo da vida da pessoa. A qualidade da interação do cuidador com a criança será o definidor do tipo de apego e não simplesmente a frequência de contato dessas díades (GUSMÁN; CONTRERAS, 2012).

Atili, Vermigli e Roazzi (2011) analisam os estilos de apego dos genitores na influência dos filhos e observaram que pais que tinham comportamentos positivos, os filhos desenvolviam melhor a capacidade de relacionamentos com seus pares. Já os pais que apresentavam comportamentos negativos, pautados em situações de negligências, os filhos demonstravam falhas nas habilidades de relacionamentos sociais.

2.4.1 Apego Seguro

O Apego Seguro permite a observação na criança e nos pais de padrões comportamentais que os diferenciam na interação. Possuir essa manifestação de vinculação permite as crianças a utilizarem de seus cuidadores como base de segurança para a livre exploração de seus ambientes. As crianças tornam-se cooperativas, lidam melhor com situações de estresse ou de ameaça. Não temem o abandono ou a desproteção. As pessoas demonstram seus sentimentos e mantêm o controle diante de situações inesperadas. As crianças tendem a ter autonomia, são mais serenos, criativos, animados para enfrentar situações difíceis, mais empáticos e compreensivos com seus amigos, reconhecem suas faltas e tem um círculo de amizade maior. Com consequente progresso exponencial no desenvolvimento cognitivo e afetivo que se atualizam constantemente e ativamente ao longo de toda a vida da pessoa (BORTOLINI; PICCININI, 2015).

As pessoas com Apego Seguro estabelecidos na interação com os pais na primeira infância serão pessoas com mais habilidades sociais e cognitivas de interação e resolução de problemas, desenvolvendo uma comunicação funcional e sendo capaz de planejar melhores soluções para os conflitos da vida. O apego seguro evidencia um desenvolvimento da autoestima e do autocontrole emocional (JONES; CASSIDY; SHAVER, 2015; JACOBSEN; HOFMANN, 1997).

Dalbem e Dell’Aglia (2008) apresentam as características das diferentes expressões dos estilos de apego nos adultos. Para o Estilo de Apego Seguro, o adulto desenvolve a capacidade comunicativa, melhores habilidades emocionais e sociais, menores índices de ansiedade e depressão, autoconfiança e uma percepção positiva de si, dos outros e do mundo (NIA; SALARI; SHARIFI; NOOGHANI, 2017).

2.4.2 Apego Inseguro Ambivalente

O apego inseguro ambivalente em crianças apresenta-se envolto de bastante ansiedade e estresse mesmo nos momentos antes da mãe sair de casa. A apreensão do abandono é constante. Com o retorno da figura de cuidado, as crianças desse tipo de vinculação demonstram-se com bastante raiva, chorosas e resistentes ao contato com o cuidador. Possui dificuldades expressivas na exploração do ambiente e com mais prejuízo nas tarefas de resolução de problemas. Tem problemas de interação social e emocional com outras pessoas, sentindo-se e apresentando-se nas relações sociais como emocionalmente isolados (TARANTINO et al., 2018).

Este tipo de padrão comportamental ocorre quando a figura de apego atende as necessidades da criança e em outros momentos não o realiza do mesmo modo. A inconsistência desse comportamento gera diferentes reações da criança frente à ameaça de abandono.

Bee e Boyd (2011) acrescentam que as crianças com apego inseguro ansioso ambivalente são emocionalmente sensíveis, apresentam quadros de frustrações e frequentes inibições sociais e psíquicas. O Apego Inseguro-Ansioso ocorre quando a criança ora é atendida em suas necessidades pelo cuidador, ora não é atendida, gera na criança a ansiedade da não-continuidade do cuidado e da segurança, limitando a exploração do ambiente devido ao medo de se afastar de sua figura de apego, lida com a necessidade de aprovação e a sensação de angústia diante da não-resposta do cuidador. As crianças apresentam-se desconfiadas, chorosas, angustiadas, irritáveis e etc. Os adultos também assumem essas características carregadas de emoções negativas e reações imprevisíveis (HONARI; SAREMI, 2015).

Nesse estilo de apego, os adultos apresentavam relacionamentos sociais e afetivos conflituosos, depreciação de si, consideração positiva do mundo e dos outros e introversão (MOHAMMADI; SAMAVI; GHAZAVI, 2016).

2.4.3 Apego Inseguro Evitante

Segundo as investigações de Gomes e Melchiori (2012), as crianças com apego inseguro evitante não buscam as mães quando submetidas em experimentos como a “Situação Estranha” desenvolvido por Ainsworth. Além de não apresentar choro diante da ausência da mãe no ambiente, quando esta retorna, a criança a evita, demonstrando indiferença. Em

situação que requer segurança, as crianças desse tipo de apego recorrem a alguém que as possam proteger frente à ameaça.

Esse padrão é desenvolvido quando a figura de apego não atende em nenhum momento as necessidades das crianças. As crianças acabam desenvolvendo um comportamento de apego dispensável, não demonstrando temor de abandono frente a ausência do cuidador e em seu retorno não se importa com a sua presença em cena. A criança com Apego Inseguro Evitante desenvolve um estado de autossuficiência altíssimo (BOSMANS; SMEDT, 2015).

Revela-se nas pessoas como pouco amistosas ou interessadas em contatos pessoais, sejam emocionais ou físicas, com desvalorização das emoções e sentimentos, centrando-se nas ações objetivas. As crianças assumem as mesmas características demonstrando independência aos adultos e os evitando. Os adultos apresentam distanciamento afetivo e social proeminente, insegurança, percepção negativa de si, dos outros e do mundo a sua volta (BRAUNSTEIN-BERCOVITZ, 2014).

2.4.4 Apego Desorganizado

Um dos últimos tipos de configuração de vinculação é o Apego Inseguro Desorganizado (MAIN; SOLOMON, 1990), as crianças apresentam desorientação em relação à proximidade com suas figuras de apego, ora distanciam-se, ora se aproximam. Não conseguem resolver problemas que envolvem a angústia de separação. Desenvolvem comportamentos agressivos e isolamento como defesas as exigências sociais e psíquicas. Possuem grandes riscos de desenvolver quadros psicopatológicos e comportamentos de risco (BORELLI; PALMER; VANWOERDEN; SHARP, 2017; LECANNELIER; ASCANIO; FLORES; HOFFMANN, 2011).

Borielli et al. (2017) completam que em muitos casos, a situação de apego desorganizado envolve meios violentos ou de abuso no cuidado com as crianças. A criança, diante da ameaça de sua integridade física e psíquica, reagem ao cuidador de diferentes modos já apresentados, ora como apego seguro, ora como inseguro ambivalente e evitante.

Os adultos apresentam grave desorganização com suas vivências sociais e afetivas, apresentam incogrências com o cuidado com seus pais e temor com o contato estabelecido com o social. Contudo, os estilos de apego podem se converter a partir do encontro com

outras relações que serão estabelecidas ao longo da vida (PILKONIS et al., 2016; MALEKPOUR, 2007).

2.5 UMA BREVE REVISÃO SOBRE A PSICOLOGIA POSITIVA

A Psicologia Positiva origina-se em meados dos anos de 1998 alicerçado nas indagações sobre o cerne da dedicação dos estudos psicológicos no mundo. Reúne como precursores os psicólogos Martin Seligman e Mihaly Csikszentmihalyi. A Psicologia Positiva diferencia-se como uma nova corrente da investigação psicológica com franca expansão, tendendo a esquadrinhar suas pesquisas por uma perspectiva epistemológica e metodológica particular que detém como base a precisão e o rigor das medidas em psicologia e a responsabilidade em suceder sobre a promoção e a qualidade da vida saudável (GRAZIANO, 2005; ALMEIDA; BARBOSA, 2014).

Atribui aos estudos da Psicologia, em especial os que interpelam sobre situações de emergências, desastres, guerra, violência e epidemias, a inclinação a uma particularização dos aspectos psicopatológicos, apresentando grandes lacunas da complexidade da vida mental dos indivíduos em tais contextos, não pesquisando sobre esferas como espiritualidade, felicidade, criatividade, sabedoria entre outros elementos.

Nesse fluxo, concentra-se a caracterização de novos instrumentos de avaliações, modelos de intervenções e novas aplicações no curso desenvolvimental dos indivíduos, com o objetivo de prevenir prejuízos causados pelas doenças e contribuir com o funcionamento positivo, além da formulação de novos métodos preventivos através do entendimento dos fatores protetivos, da identificação dos aspectos positivos e das características individuais. Possui diferenças teórico-conceituais em relação a Psicologia Humanista e aponta a fragilidade metodológica e a inconsistência dos resultados apresentados por esses.

Para Graziano (2005), Positivo são aqueles fatores que facilitam a aproximação, e consequentemente, a convivência com o outro (nessa interface com a Teoria do Apego, acredita-se que esse fator tem influência sobre esse processo de vinculação entre figuras de cuidado e crianças), e Negativo como o contrário a essa faceta.

A Psicologia Positiva convida a uma guinada dos pressupostos do modelo tradicional de investigação psicológica centrada na patologia. Ao se estudar sobre a conjuntura de uma

epidemia nacional, de uma parentalidade de filhos com microcefalia e do desenvolvimento humano de uma pessoa com deficiência, não focando exclusivamente nos aspectos psicopatológicos, biológico e/ou nos déficits ou alterações funcionais, e sim nos aspectos positivos do desenvolvimento humano em interlocução e aproximação com os modelos de funcionamento interno dos sistemas de Apego em adultos.

Os modelos internos de funcionamento dos adultos influenciam, orientam e direcionam os indivíduos a atender as necessidades que surgem no contexto social e este se desenvolvem continuamente em acordo com os processos multidimensionais de natureza comportamental, cognitiva e emocional. No entanto, o sistema de vinculação está em constante operação, variando em intensidade de acordo com os fatores e dimensões envolvidas.

Tal aproximação entre a Teoria do Apego e a Psicologia Positiva se dá a partir da compreensão que o desenvolvimento humano é multifatorial, complexo e intricado com o desenvolvimento social e afetivo. Onde se espera que os Estilos de Apego em adultos tenham relações com aspectos positivos ou negativos nas experiências subjetivas associadas ao passado (Satisfação com a vida), com as do presente (Felicidade) e do futuro (Esperança e Otimismo) dos indivíduos envolvidos, assim como com o papel da Resiliência como fator protetivo e propiciador do florescimento (*Flourishing*) (MIKULINCER; SHAVER, 2007).

O florescimento é uma emoção positiva pela vida, apresentando um ótimo funcionamento emocional e social e não possuindo problemas relacionados a saúde mental (GRAZIANO, 2015).

A experiência subjetiva pode ser compreendida como os recursos cognitivos e afetivos do espaço íntimo do indivíduo utilizados para entender a experiência humana pessoal, as idéias que o mundo tem sobre ele, como esse indivíduo irá se relacionar com a sociedade e quais capacidades de transcender o pior, numa dialética permanente entre o positivo e o negativo, resultando em marcas particulares na formação desse indivíduo quanto a construção de valores e crenças compartilhadas.

Segundo Barros (2010), nesse movimento, dedica-se a formulação de novos instrumentos de avaliação, modelos de intervenções e novas aplicações no curso desenvolvimental dos indivíduos, com o objetivo de prevenir prejuízos causados pelas doenças e contribuir com o funcionamento positivo, além da formulação de novos métodos

preventivos através do entendimento dos fatores protetivos, da identificação dos aspectos positivos e das características individuais.

Heiman (2002) examinou em um estudo com 32 pais de crianças com deficiência que os cuidadores apresentam diferenças comportamentais enquanto emoções e sentimentos sobre o passado, o presente e o futuro. Compreendendo que a maioria dos pais possui níveis elevados de frustração e insatisfação, contudo conseguem manter uma vida rotineira. De acordo com as entrevistas realizadas com esses cuidadores foi verificado que há uma forte crença na criança e no futuro dos filhos, com uma visão otimista e realista com consequente aceitação da deficiência.

Grande parte dos estudos focam apenas nos aspectos negativos do nascimento de uma criança com deficiência sobre o cuidador, contudo, novas pesquisas dedicam suas investigações nos aspectos cognitivos, em decorrência de algum evento traumático, destacando o processo e desenvolvimento de percepções dos sentimentos e emoções positivas, constituidoras de estratégias efetivas para o enfrentamento e o bem-estar subjetivo (GUPTA; SINGHAL, 2004).

Tais aspectos das experiências subjetivas podem ser compreendidos como do passado, do presente e do futuro:

2.5.1 Experiência Subjetiva associada ao Passado

2.5.1.1. A Satisfação com a vida

Resende, Cunha, Silva e Sousa (2007), apontam que um dos aspectos essenciais da satisfação com a vida é a capacidade de acomodação às perdas e da assimilação das informações positivas sobre o Self, além de seus critérios de escolha, afirma ainda que as relações e apoio social promovem melhores condições de bem-estar subjetivo. Para Hutz (2014), é compreendida como um componente cognitivo do bem-estar subjetivo que indica o nível de entusiasmo e prazer, ou descontentamento e sofrimento, presente na percepção da pessoa sobre o que é satisfatório e/ou desprazeroso, sendo uma avaliação subjetiva e cognitiva que ocorre a partir de autorreflexão sobre aspectos importantes da vida.

Segundo Albuquerque, Souza e Martins (2010) e Albuquerque et al. (2006), este componente está ligado ao construto de Bem-estar subjetivo que é composto por dois elementos: o afetivo e o cognitivo. O primeiro é responsável pelos aspectos emocionais e de

sentimentos, esses podem ter um valor positivo ou negativo. Já o cognitivo refere-se aos aspectos racionais e intelectuais sobre a satisfação com a vida, parte de um processo de juízo e avaliação geral da vida. Para Graziano (2005), a satisfação com a vida está associada aos julgamentos que são feitos em relação à própria vida.

A satisfação com a vida envolve várias dimensões do bem-estar social e psíquico do cuidador de crianças com deficiência, sendo atravessado por questões sociais, subjetivas e interativas com outras pessoas. De acordo com King, King, Rosenbaum e Goffin (1999), a satisfação com a vida será resultado de variáveis sociais, ambientais e de comportamento. Para esses teóricos, quatro dimensões influem e compõe a percepção dessa experiência subjetiva, a saber:

a) Indicadores de prognóstico: Fatores relacionados as questões sociodemográficas dos cuidadores de crianças com microcefalia associadas a segurança financeira, de apoio social, educacional e familiar. Em conjunto com os parâmetros da deficiência da criança, como por exemplo, a severidade física, perceptual e cognitiva;

b) Cuidados profissionais: A falta do esclarecimento e envolvimento dos profissionais de reabilitação provoca uma baixa nos níveis de satisfação com a vida desses pais;

c) Variáveis mediadoras: Fatores sociais e ecológicos como suporte social e familiar; Estressores da vida psicológica e estratégias de enfrentamento as adversidades sociais;

d) Resultados terapêuticos: uma medida psicológica utilizada pelos cuidadores de crianças com deficiência para avaliar se há progresso ou não nas habilidades e capacidades emocionais, físicas e cognitivas de seus filhos.

Um estudo realizado no Brasil sobre o impacto na Satisfação com a vida com 29 pais de crianças com deficiência foi possível observar que há uma maior prevalência materna no cuidado, algo que está de acordo com os dados encontrados na literatura científica, indicam que a mãe ainda é vista como a única responsável para garantir suporte emocional e social as crianças com deficiência. Além de apresentarem sofrimento psíquico merecedor de atenção psicossocial. O suporte social encontra-se fragilizado, menores possibilidades de manter e ampliar amizades e menores disposições para dedicassem as relações e atividades sociais (RAMIRES; BRANCO-BARREIRO; PELUSO, 2016).

Conforme Ramires, Branco-Barreiro e Peluso (2016), os cuidadores com baixos níveis de Satisfação com a vida podem apresentar características como instabilidade emocional, dificuldades para expressar sentimentos, insegurança, inibição, impulsividade e agressividade. Com prejuízos na condução dos comportamentos de adesão aos tratamentos de saúde, associados as questões sociais como desemprego e baixa renda, que refletirá negativamente nas condições de moradia, acesso a serviços básicos, infraestrutura e no lazer. Níveis insatisfatórios nessa percepção subjetiva provoca uma morbidade psicológica significativa, apontando para intervenções psicossociais imediatas.

Sá e Rabinovich (2006) relatam que a Satisfação com a vida dos cuidadores de crianças com deficiência é baixa, mas que há diferenças entre os homens e mulheres. Os pais sentem raiva diante das demandas externas exigidas, as mães tendem a sentir tristeza. Um dos recursos defensivos desadaptativos utilizados quando a percepção da satisfação com a vida está menor é o afastamento de si ou do que o faz sofrer, diminuindo seus contatos com familiares e amigos, podendo resultar em divórcio. Os níveis de estresse nas mulheres são maiores do que em comparação com os homens, acarretando no casal uma compreensão desarmônica de não-companheirismo e acolhimento na vida conjugal.

Etapas da vida com a criança com deficiência ocasionam o rebaixamento da percepção da Satisfação com a vida, como: momento da comunicação do diagnóstico, momento da aquisição da marcha, da fala e da linguagem, da escolaridade e da alfabetização. São as fases críticas que precisam de acompanhamento formal e informal, na intenção de prevenir dificuldades no desenvolvimento e socialização dos pais e das crianças com deficiência (SÁ; RABINOVICH, 2006).

A Satisfação com a vida de cuidadores de crianças com deficiência, de acordo com Santos (2017), está associada significativamente ao bem-estar psíquico e social dos filhos. A avaliação que os pais realizam perpassa pela percepção que obtém da satisfação de vida da criança, medida a partir da garantia de acesso aos serviços de saúde e educação, evolução terapêutica, suporte social e financeiro.

Huli e Aminbhavi (2014) referem que há um impacto na cognição dos julgamentos realizados sobre a satisfação com a vida e que os mesmos podem ser mensurados. As condições de vida podem impelir o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores de crianças com deficiência.

2.5.2 Experiência Subjetiva associada ao Presente

2.5.2.1 A Felicidade

É a avaliação cognitiva e afetiva da pessoa sobre seu estado em estar feliz ou não, mesmo que situações adversas concorram contra essa (GRAZIANO, 2005; RIFF, 1989). Refere-se ao senso de significado e de propósito de vida. Possui três componentes: julgamento cognitivo sobre o grau de satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo (HUTZ, 2014).

Os estudos teóricos e empíricos de aspectos positivos sobre os cuidadores de crianças com deficiência são de número reduzidos, alcançando um número maior de investigações após a consolidação da Psicologia Positiva como área de pesquisa, todavia, mesmo com tal avanço, a Felicidade continua sendo a experiência subjetiva menos explorada (HUTZ, 2014).

Hastings, Allen, McDermott e Still (2002), realizaram uma exploração de como a Felicidade está relacionada as percepções positivas de mães de crianças com deficiência intelectual. A partir do levantamento de dados com a participação de 41 mães de crianças com deficiência intelectual foram observados que a Felicidade tem a capacidade associada a reestruturação das estratégias de enfrentamento, ocasionando uma percepção positiva dos cuidadores e reatualização das metas e objetivos.

A atuação da Felicidade como reestruturador das estratégias de enfrentamento é crucial para os níveis adequados da cognição dos cuidadores de crianças com deficiência, de acordo com a melhora ou piora da sintomatologia associada a condição de deficiência dos filhos, permite aos pais manterem os níveis de resiliência e satisfação com a vida suficientes para agir na busca de atenção, suporte e melhora do bem-estar físico e psíquico dos filhos e de si (SUMMERS; BEHR; TURNBULL, 1988).

A Felicidade contribuirá com: incremento de Satisfação com a vida, percepção de satisfação amorosa, suporte social e religioso, realização, conhecimento sobre a deficiência, paciência, tolerância, sensibilidade e responsividade (SUMMERS; BEHR; TURNBULL, 1988). Fundamentais para o estabelecimento do Apego do cuidador com a criança com deficiência (BRUM; SCHERMANN, 2004).

Além dessas capacidades, Poston e Turnbull (2004) observaram em uma investigação com 187 cuidadores de crianças com deficiência que a Felicidade também está

envolvida com seis domínios associadas ao bem-estar geral: a) Bem-estar físico (saúde, nutrição, mobilidade e atividades da vida diária); b) Bem-estar emocional (Contentamento, níveis mais baixos de estresse e espiritualidade); c) Bem-estar social (intimidade, amizade, atividades comunitárias e apoio social); d) Bem-estar produtivo (Desenvolvimento pessoal na educação ou no trabalho, lazer, autonomia e competitividade); e) Bem-estar financeiro (status socioeconômico e segurança financeira); f) Bem-estar cívico (responsabilidade, empoderamento e acesso a direitos da pessoa com deficiência).

A Felicidade está relacionada a fatores de estilo conjugal dos cuidadores de crianças com deficiência, o estudo realizado com 53 pais na Austrália foram observados que essa experiência subjetiva tem relação com autoestima saudável, qualidade de vida e adaptabilidade familiar, contudo não é preditor de felicidade conjugal e de satisfação conjugal, esses como possíveis fatores de risco na sustentação da unidade familiar (HIGGINS; BAILEY; PEARCE, 2005).

Pontes-Fernandes e Petean (2011), sugerem que a insatisfação conjugal esteja associada com a sobrecarga emocional, qualidade de vida das mães e baixo apoio marital, somados a preocupação financeira, abandono do marido, exigências de cuidado intensificados com a criança com deficiência e do apoio social fragilizado.

Os níveis de Felicidade aumentam de acordo com o conhecimento adquirido pelos pais sobre a deficiência, com diminuição de julgamentos precipitados sobre a condição de saúde e do preconceito, facilitando a aceitação da criança. A Felicidade irá atuar no momento em que houver alguma mudança no curso do progresso terapêutico da criança com deficiência, sendo capaz de reatualizar e manter os níveis adequados diante dos problemas de saúde, financeiros, interpessoais e intrapessoais. Portanto, essa experiência subjetiva é um dos elementos subjetivos de aspectos positivos que é capaz diante das adversidades manter, receber, transformar, crescer e amadurecer, permitindo o relacionamento saudável e as modificações necessárias mutualmente (FALKENBACH; DREXSLER; WERLER, 2008).

2.5.3 Experiências Subjetivas associadas ao Futuro

2.5.3.1 O Otimismo

É a disposição que o indivíduo tem para esperar resultados positivos de um modo racional ao identificar as atitudes e expectativas da pessoa face ao seu mundo e ao seu futuro (MASCARENHA; ROAZZI, 2012). Para Blackwell et al. (2012), sugerem que o otimismo

atua sobre a cognição como um importante mecanismo subjetivo para adaptação, evolução e saúde mental e física.

A partir de uma investigação sobre apoio social (parceiro, apoio familiar e amigos), otimismo e bem-estar subjetivo de pais de crianças com deficiência, foram revelados que o apoio familiar estava associado ao aumento dos níveis de otimismo, prevendo, mediante modelagem de equação estrutural, relação com maiores resultados maternos positivos. O Otimismo está intimamente relacionado com o bem-estar subjetivo dos cuidadores de crianças com deficiência, sendo o apoio social, em específico o apoio familiar, mediador desses níveis ótimos de funcionamento adaptativo (EKAS; LICKENBROCK; WHITMAN, 2010).

De acordo com Gupta e Singhal (2004), o otimismo pode ser atingido negativamente nos pais de crianças com deficiência devido a natureza do estresse associado ao recebimento do diagnóstico do filho. Tal impacto irá revelar sofrimento emocional (depressão), dificuldades interpessoais nos relacionamentos (abandono marital), problemas financeiros, sendo influenciado por variáveis como: sexo do cuidador, idade do cuidador e gravidade do problema do filho.

Gupta e Singhal (2004) completam que os níveis de otimismo e bem-estar subjetivo contribuem com o prognóstico de acordo com a atitude familiar, níveis baixos dessa experiência subjetiva ocasionará efeitos deletérios no desenvolvimento das crianças com deficiência, prejuízos na satisfação com a vida e nas estratégias de superação. O otimismo tomado pelos pais como um sentimento positivo irá influenciar não apenas nas relações de cuidador-criança com deficiência, mas irá se estender aos demais membros da família, em especial aos irmãos dessa criança.

Greenberg et al. (2004), afirmam que a dimensão do otimismo é uma dos recursos psicológicos praticamente ignorados nos estudos de Psicologia ao abordarem as investigações de cuidadores de crianças com deficiências. Em seus estudos com mães de crianças com Síndrome de Down, esquizofrenia e autismo tiveram como resultado que o otimismo medeia totalmente ou parcialmente o bem-estar subjetivo. Sendo que ao observar o grupo com autismo, verificaram a relação do otimismo com a melhora da saúde mental e física dos cuidadores.

Em um estudo exploratório desenvolvido com a participação de 100 pais de crianças com câncer, foi observado que o otimismo tem correlação significativa com a satisfação com

a vida, percepção subjetiva de saúde e níveis baixos de ansiedade. Os achados apóiam que as intervenções precoces junto a esses cuidadores em relação aos níveis de otimismo são fontes potenciais para o enfrentamento as adversidades sociais (FOTIADOU; BARLOW; POWELL; LANGTON, 2007).

Assim como os aspectos sociais e a Esperança, o otimismo destaca-se como um dos combustíveis para os níveis de resiliência. Kashdan et al. (2002) ao examinar 252 famílias de crianças com comportamento disruptivo, perceberam que o otimismo associado a esperança relaciona-se com auto-estima, funcionamento familiar desejável e níveis mais baixos de estresse. Diante dessas experiências subjetivas, os pais de crianças com deficiência apresentaram associações significativas com estilos acolhedores, ambiente familiar coeso, ativo e com boas estratégias adaptativas de enfrentamento.

Barakat e Linney (1995) afirmam que pais de crianças com deficiência apresentam diferenças substanciais em comparação com pais de crianças sem deficiência. Tais diferenças sociais, subjetivas e relacionais resultam em uma complexa interação que irá ser adaptativa ou desadaptativa. No estudo com 29 famílias de crianças com espinha bífida encontraram que os níveis de otimismo dessas mães eram mais baixos do que as médias das mães de crianças sem deficiência. Completa que níveis baixos de otimismo estão associados a estratégias de enfrentamento evasivo com destaque para problemas de ajustamento psicológico materno e comportamento internalizante infantil.

O otimismo é uma dimensão compreendida como possível de ser atingida a partir de programas de intervenção psicológica. Para Ylvisaker e Feeney (2009), o otimismo tem dependência da auto-regulação do comportamento social e cognitivo, sendo fundamental para o sucesso nas atividades interativas entre cuidador e criança com deficiência, com reverberações futuras na qualidade educacional e vocacional dos filhos. Esclarecem que a presença ou ausência do otimismo na relação entre pais e filhos poderá reduzir ou ampliar o comprometimento físico das crianças com deficiência.

Para Mascarenhas, Roazzi e León (2017), este fenômeno psicológico caracteriza-se por um comportamento proativo e confiante diante de situações críticas de ordem pessoal ou social, sendo compreendidos como passíveis de resolução.

2.5.3.2 A Esperança

Segundo Moraes e Mascarenhas (2010) esse construto está associado a cognições que são formadas a partir do pensamento direcionado a objetivos, no qual um indivíduo tem a capacidade para achar caminhos em direção a metas desejadas (pensamento de rumo) e motivar-se para usar esses caminhos (pensamento e ação). Hutz (2014) compreende a esperança como um elemento cognitivo que é estável no tempo e composto por rotas e agenciamentos. O agenciamento é a motivação do sujeito em perseguir metas e as rotas são os caminhos planejados para alcançar tais objetivos. É o sentimento da espera confiante por algo que almeja, com expectativa positiva (MASCARENHAS; ROAZZI; LEÓN, 2017).

A Esperança é compreendida como outro recurso de enfrentamento as adversidades que surgem diante do cuidador de crianças com deficiência. Hellman, Worley e Munoz (2017), expõem que essa experiência subjetiva é orientada para o futuro, refletindo uma ou mais estratégias cognitivas (caminhos) em direção a um objetivo desejável. Essa rota de agenciamento (energia mental) cognitivo declara sua importância, assim como o social, no fortalecimento dos processos resilientes e de bem-estar dos cuidadores de crianças com deficiência.

Kausar, Jevne e Sobsey (2003), apontam que, desde a década de 90, a esperança é compreendida como um preditor de importância crucial para a aceitação da deficiência dos filhos por parte dos pais, sendo um pré-requisito para o enfrentamento efetivo. Constituindo-se como um fator dos processos de resiliência. Afirmam que poucos são os estudos que se debruçam sobre as emoções e sentimentos positivos envolvidos em situações de parentalidade de crianças com deficiência. De acordo com as entrevistas empreendidas pelos pesquisadores, revelaram que há uma passagem da frustração e desânimo para uma fase de força emocional, significado de vida e crescimento pessoal com o passar do tempo.

A esperança é compreendida como uma experiência subjetiva associada ao futuro devido a carga emocional relacionada com as ameaças do inesperado. A esperança revela-se como um processo dinâmico que contribuirá com a reformulação das vidas dos cuidadores de crianças com deficiência, além de favorecer no crescimento pessoal, espiritual, estabilidade familiar e esperança pessoal. Sugerem que a esperança e a transformação positiva estão significativamente interligadas na vida dos cuidadores de crianças com deficiência (KAUSAR; JEVNE; SOBSEY, 2003).

Segundo Lloyd e Hastings (2009), em um estudo com 138 mães e 58 pais de crianças com deficiência, revelaram a partir de análises de regressão, que níveis baixos de esperança nas mães predisseram a depressão materna e para os pais, ansiedade. A esperança não é um preditor de bem-estar para os pais, contudo é um fator que predispõe valores negativos ao observar o bem-estar familiar. Em conclusão, os pesquisadores destacam a esperança como um membro da capacidade de resiliência psicológica dos pais de crianças com deficiência.

A esperança atua na cognição humana como um amortecedor de níveis elevados de estresse, não age como mediador da relação entre o apoio social e o sofrimento. Sua ação se dá como fator de resiliência, constituindo-se como um elemento fundamental para ocasionar a diminuição das dimensões da angústia de pais de crianças com deficiência, segundo os estudos de Horton e Wallander (2001).

Em um estudo com 71 (53 mães) pais de crianças com deficiência realizado por Faso, Neal-Beevers e Carlson (2013), verificaram que a esperança além de ser um fator para níveis mais elevados de resiliência, atua no bem-estar familiar, e que independe da gravidade sintomatológica dos filhos. É uma das experiências subjetivas ligadas a percepção de futuro e significativamente associada a dimensão da satisfação com a vida. Ou seja, a esperança atua no bem-estar subjetivo, que está fortemente ligado a capacidade resiliente e expresso no otimismo, refletindo na satisfação com a vida e na percepção da felicidade.

A religião é um dos componentes que favorecem a percepção e intensificação do sentimento de esperança. No estudo realizado com 12 pais com crianças com deficiência foi possível observar que práticas sociais ligadas ao envolvimento religioso permitem a utilização da esperança como uma dimensão da capacidade resiliente. A oração, o comparecimento a igrejas ou centros de oração e as crenças religiosas são fontes de alimentação da religiosidade e favorecedores de surgimento da experiência subjetiva ligadas a esperança (BENETT; DELUCA; ALLEN, 1995).

A esperança também está relacionada com pensamentos cogitativos em cuidadores com crianças com deficiência com temas ligados a si próprios, de seus filhos e de suas famílias. No estudo realizado *online* com mães de crianças com autismo e síndrome de Down verificou-se que esperança está associada a níveis mais baixos de preocupações e com características que ilustram os papéis de cuidado e responsabilidades maternas (OGSTON; MACKINTOSH; MYERS, 2011).

É consenso que a esperança é importante na adaptação as incertezas que surgem diante dos cuidados com as crianças com deficiências. O estudo de Truitt, Biesecker, Capone, Bailey e Erby (2012) revelaram que há uma correlação significativa entre esperança e incerteza, prevendo tal característica como maximizadoras da adaptação dos cuidadores. Completa que os cuidadores pensam em metas para seus filhos e menos em maneiras de alcançar esses objetivos. Há uma conjunção do bem-estar psicológico dos cuidadores com o bem-estar dos filhos com deficiência.

2.5.3.3 A Resiliência

Esse construto conversa com temáticas como perseverança, otimismo, criatividade e crescimento pessoal frente as adversidades. Tal elemento tem a intenção de avaliar a capacidade individual para agir de modo positivo as barreiras ambientais, biológicas e/ou sociais, mantendo-se firmes a superá-los (PESSOA; MASCARENHAS, 2014) ou ainda de retorno ao equilíbrio emocional pós situação de estresse e traumas afetivos de alta magnitude (MASCARENHAS; ROAZZI; LEÓN, 2017; HJEMDAL; ROAZZI; DIAS; ROAZZI; VIKAN, 2009). A resiliência produzirá comportamentos no indivíduo com a função de atingir metas, estabelecer prioridades e selecionar as ações mais importante, fornecendo um incentivo para o *coping* diante de obstáculos (MAGÃO; LEAL, 2002).

A ligação entre a vulnerabilidade e o poder regenerador caracteriza a Resiliência como uma capacidade cognitiva que permite a minimização dos impactos disruptivos de alguma situação de alto estresse. São constituidores da Resiliência os aspectos da dimensão emocional dos cuidadores de crianças com deficiência, coesão familiar, auto-imagem, a própria criança e as questões do futuro. A reorganização da perspectiva de futuro das pessoas em situação de estresse promoverá a re-idealização e a possibilidade de se pensar sobre o futuro, por isso a ligação do processo resiliente com experiências subjetivas ligadas ao otimismo e a esperança (FRANCO; APOLÓNIO, 2002).

A Resiliência surge no meio de dores, negações e sofrimentos, porém favorecem a consciência de si, o fortalecimento da autoestima, dos vínculos interpessoais, na recuperação da autonomia, no empoderamento e participação social. É a capacidade de renascer das adversidades sociais e subjetivas fortalecido, com um leque maior de recursos para a transformação de situações de riscos e de vulnerabilidades em potencialidades. Ela permite a transformação do ambiente e de si mesmo, sendo ativa e dinâmica (GUERRA et al., 2015).

Conforme Albuquerque, Pereira, Fonseca e Canavarro (2013), a resiliência pode ser conceituada por dois pontos distintos: enquanto resultado após vivência de uma situação de risco e enquanto recurso potencializador a adaptação em situações adversas. No presente estudo, toma-se como ponto de vista que a resiliência é um conjunto de processos que conduz a recursos tão bons ou melhores do que se preveria.

Pontuações altas em resiliência estão associadas a menores sintomatologias psicopatológicas e melhor percepção da qualidade de vida. A resiliência materna não se mostrou significativamente associada à adaptação paterna, todavia, constata-se que maiores níveis de resiliência paterna se relacionam com menores sintomatologias psicopatológicas e melhores índices de qualidade de vida materna. Evidencia-se que a resiliência associa-se ao papel protetor na adaptação parental ao diagnóstico de anomalias congênitas da criança. Tais achados indicam a importância de reforçar a relação conjugal ressaltando os potenciais efeitos cruzados da relação paterna-materna-infante e problematização do divórcio neste período específico de nascimento de uma criança com deficiência (ALBUQUERQUE; PEREIRA; FONSECA; CANAVARRO, 2013).

A resiliência tem associação negativa com estresse, preocupações parentais, falta de controle e estresse parental na investigação empreendida com pais de crianças com transtorno do espectro autista. Revelando a capacidade dessa experiência subjetiva na adaptação ao nascimento de uma criança com deficiência e demonstração de lidar com situações de crise (TEIXEIRA, 2014).

Em um estudo com 48 cuidadores de crianças com autismo abordam que o suporte social, a informação sobre a deficiência e tratamentos terapêuticos, emprego e renda, espiritualidade e processos de *coping* são os potencializadores dos níveis de resiliência nos cuidadores de crianças com autismo. Valores baixos dessa experiência subjetiva predispõem os cuidadores a riscos elevados de sintomas psicopatológicos e dificuldades no funcionamento da vida familiar (SOUSA, 2014).

A resiliência não é uma ação propriamente dita, mas um processo a qual um indivíduo irá desenvolver e aplicar ações diante de desafios sociais, a resposta em torno de características pessoais como o sexo, temperamento, traços de personalidade, relacionamentos familiares, interpessoais, aspectos socioeconômicos, convívio com o ambiente e estilos de práticas parentais (SILVA, C, 2013).

Para Couto, Poletto, Paludo e Koller (2006), a resiliência provoca mudanças intensas na arquitetura cognitiva do indivíduo envolvido neste processo, favorecendo desenvolvimento e amadurecimento social, emocional e cognitivo. O problema que origina o acesso desse processo poderá nunca acabar, mas a sua ressignificação através da resiliência permitirá melhores índices de felicidade, satisfação com a vida e bem-estar subjetivo.

A resiliência é um processo que fortalece os recursos adaptativos dos cuidadores de crianças com deficiência sendo intermediados pela associação com fatores do ambiente e do indivíduo. Hjemdal, Roazzi, Dias, Roazzi e Vikan (2009) apontam que a resiliência é um estado psicológico difícil de ser estudado, pois sua avaliação só se dar na situação, ou seja, tem valor contextual e interativo.

Os estudos sobre os cuidadores de crianças com deficiência revelam estados de tensões geradoras de níveis elevados de estresse e impactos significativos no bem-estar subjetivo. Halstead, Ekas, Hastings e Griffith (2018), exploraram a associação entre Resiliência e Bem-estar em cuidadoras de crianças com transtorno do espectro autista e outras deficiências de desenvolvimento, ao utilizarem modelos de regressão múltipla moderada, encontraram evidências de que a resiliência funciona como um fator compensatório. Para esses pesquisadores, a Resiliência não atua como protetora para os resultados de bem-estar materno.

Um dos recursos vitais para alimentar a Resiliência como fator compensatório baseia-se no apoio social. McIntyre e Brown (2016) ao estudarem um grupo de 78 famílias americanas com crianças com deficiência observaram que o suporte social variava em função das diferenças das variáveis das crianças, da família e dos serviços de atenção, em uma combinação de apoios formais e informais.

Zaidman-Zait et al (2018) identificou que o suporte social para os pais de crianças com deficiência tem a função de enfrentamento diante das adversidades sociais decorrentes dos problemas que venham a encontrar no cuidado de crianças com diagnóstico do transtorno do espectro autista. Para os autores, as questões socioeconômicas, os apoios sociais disponíveis, a percepção de suporte da família e as estratégias de enfrentamento são chaves para maximização do bem-estar subjetivo e social desse grupo populacional. Completam que os cuidadores que estão com essas facetas desfavorecidas terão maiores níveis de estresse, depressão, comportamento desadaptativo dos filhos no período escolar e problemas de comportamento na escola.

Negri, Piazza, Sartori, Cocchi e Fave (2018) afirmam que os cuidadores são essenciais no processo de reabilitação e saúde física, representando, assim, uma preocupação para os serviços de saúde. No estudo de validação de uma escala sobre a qualidade de vida do adulto cuidador, 89,2% dos participantes, dentro de uma amostra de 591 cuidadores, são do sexo feminino, o que aponta para a imposição predominante do cuidado delegado as mulheres em situação de atenção as crianças com deficiência. No estudo, informam que as fragilidades sociais e subjetivas dos cuidadores podem ser reduzidas a partir de intervenções que promovam o bem-estar e a integração social.

Da Paz, Siegal, Coccia e Epel (2018), em um estudo longitudinal realizado com 90 mães de crianças diagnosticadas com autismo, examinaram a associação entre o ajuste emocional das mães e medidas de angústia e bem-estar. Tal estudo obteve três dimensões que confirmam as implicações para a saúde mental dos cuidadores de crianças com microcefalia, a saber: Aceitação (resposta protetora, associada a baixos níveis de depressão), Auto-culpa (níveis elevados de ansiedade) e Desespero (associados a níveis mais elevados de piora da saúde mental e da satisfação com a vida).

Segundo Mascarenhas, Roazzi e León (2017), todos esses fenômenos psicológicos iram se associar as avaliações individuais condicionados por seus sistemas cognitivos, este engendrado por experiências subjetivas ligadas a história, cultura e meio social particular que vivenciaram no decurso da vida.

Em relação aos aspectos metodológicos nas pesquisas de Psicologia Positiva no Brasil, Pires, Nunes e Nunes (2015), destacam o crescente número do uso de ferramentas *online* de coleta de dados nessa área de investigação. Com instrumentos formatados em material digital encaminhado para os participantes.

Batista (2012), em seu estudo sobre o uso das ferramentas *online* para a pesquisa científica, aponta que o questionário eletrônico é uma das técnicas mais utilizadas em investigações na atualidade, em sua maioria de modo assíncrono, ou seja, sem resposta imediata e não sendo em tempo real.

As considerações metodológicas sobre a pesquisa científica apoiada nas ferramentas de coleta de dados *online* é tema de amplo debate na discussão acadêmica sobre seu alcance e desafios (FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2013). Enquanto suporte tecnológico, a

internet desperta o interesse dos pesquisadores sobre seu potencial em ser objeto, espaço e/ou local passível de utilização (CABOIM; BEZERRA; GUIMARÃES, 2015).

Moysés e Moori (2007) e Vasconcellos e Guedes (2007) afirmam que o uso de questionário *online* apresentam características semelhantes a aplicação no mundo real, contudo possui como pontos positivos: a) Conveniência (economia de tempo, eliminação de deslocamento, não necessita do pesquisador no campo real, atinge determinados grupos sociais de maneira simultânea e o respondente escolhe o seu melhor momento para respondê-lo); b) Custo (o acesso virtual torna-se mais barato, com economia de papel e deslocamentos); c) Escala (abrange uma grande área geográfica, compartilhamento viral (CASTRO et al, 2012) e Fenômeno da audiência invisíveis (BOYD; ELLISON, 2007); d) Velocidade (obtem respostas mais rápidas e precisas e maior uniformidade na avaliação).

Todavia, há desvantagens no uso dos questionários *online*, conforme Vasconcellos (2007): a) Baixo retorno das respostas dos questionários; b) Maior número de rejeições as solicitações de participações; c) Grande número de perguntas sem respostas; d) Devolução tardia com prejuízos ao cronograma; e) Exigência de um universo mais homogêneo; f) Não-vivência do pesquisador no campo de pesquisa; g) Maior preocupação dos respondentes em torno da confidencialidade, medo de fraudes e ataques de hackers.

Os instrumentos da Psicologia Positiva ainda passam por largas avaliações sobre suas validades de medidas em autorrelatos. De acordo com estudos multimétodos é possível assegurar a confiabilidade dessas escalas. Essas considerações são feitas para atestar que as medidas da Psicologia Positiva medem o que propõe, evitando fatores como: a) dúvidas sobre se as respostas positivas são emitidas por causa da desejabilidade social, como por exemplo, dizer que estar feliz ou esperançoso; e b) Humor, onde um indivíduo mais humorado pode emitir uma resposta positiva no momento da coleta (LAYOUS; ZANON, 2014).

2.6 O ESTUDO DO APEGO, DOS ASPECTOS SOCIAIS E SUBJETIVOS DE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA NO BRASIL

As crianças com microcefalia podem apresentar, ao longo do crescimento humano, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e de algumas funções cognitivas fundamentais para a interação social em comparação as crianças sem microcefalia. Ao entender que o desenvolvimento cognitivo humano inicia intraútero (BOCK; WAINSTOCK;

BRAUN; SEGAL, 2015) e tem um salto qualitativo e quantitativo desde logo o nascimento, e suas relações estabelecidas nesse período, irão desempenhar um papel crucial no crescimento da criança, evitando problemas de interação e aprendizagem, torna-se fundamental a discussão sobre a importância dos promotores das habilidades cognitivas e sociais dos cuidadores de crianças com deficiência devido a alterações ou condições genéticas, motoras, perceptuais e neuropsicológicas que impactam essa etapa do desenvolvimento.

Estudos sobre o desenvolvimento infantil apontam que a interação da criança com o seu meio em que vive e com os pares humanos que se vinculam, promovem associações importantes nas habilidades cognitivas e sociais. O Apego dos pais e seus próprios estilos de vinculação atuam fortemente nesse processo de promoção a índices saudáveis da cognição humana. No entanto, pesquisas apontam que a vinculação pais-bebês pode ser prejudicada devido ao nascimento de crianças com necessidades específicas e/ou malformações, sendo assim, a intervenção clínica junto a esses pais e cuidadores essenciais para o estabelecimento de um campo seguro nos quais as habilidades cognitivas e sociais possam ser desenvolvidas satisfatoriamente (ATKINSON et al, 1995).

O Apego, contribuição teórica inicial de John Bowlby e Mary Ainsworth, é um processo de interação recíproca entre figuras de apego (pais, mães, avós, tios, irmãos entre outros) e filhos, relevantes no entendimento e constituição do funcionamento sócio-emocional e cognitivo das crianças, estendendo-se ao desenvolvimento das habilidades de interação e ajustamento sócio-afetivo-emocional durante a vida dos indivíduos nas diferentes faixas etárias (ROAZZI; NASCIMENTO; GUSMÃO, 2013), estabelecendo-se a partir do vínculo inicial estipulado entre os pais e os filhos que irão promover na criança a formação de um modelo representacional de si mesma, dos outros ao seu redor e do mundo que o cerca (SILVA, M, 2013).

Portanto, as condições psicológicas dos pais e cuidadores, sejam positivas ou negativas, irão desempenhar um papel de base para o adequado ou inadequado desenvolvimento dos filhos. Conhecer como estão estabelecidas essas dimensões de vinculação e de Experiências Subjetivas favorecerá meios de prevenção e atenção aos sinais de disfunções nos primeiros estágios de aproximação desses pais com seus filhos. Assume-se a prerrogativa que o olhar para o cuidador é crucial para o desenvolvimento das crianças com microcefalia.

O desenvolvimento humano e cognitivo pode ser compreendidos como um processo de mudança dinâmico, histórico e relacional, onde a criança em desenvolvimento estará co-regulando suas ações em relação a outras ações de pessoas que interagem com elas, onde

tanto os pais como as crianças regulam seus comportamentos, influenciando-os mutualmente (VILLACHAN-LYRA, 2007).

Em estudos de correlações sobre a saúde mental das mães e o estabelecimento do Apego mostram que certas situações nas condições de nascimento das crianças podem provocar uma mudança nos Estilos de Apego (ATKINSON et al, 2000), além do tipo de cuidado e atenção ofertada aos filhos (RAVAL et al, 2001).

Ainsworth e de Main e Solomon identificaram diferentes estratégias que se dividem em categorias de Estilos de Apego: (1) Seguro; (2) Inseguro Evitante; (3) Inseguro Ambivalente; (4) Inseguro desorganizado/desorientado.

Para cada estilo é provável que se manifestem reações particulares dos cuidadores a partir da correspondência com a de seus filhos diante das necessidades físicas-afetivas-emocionais, do apoio e do afeto dispensado para esses, com repercussão direta nos indicadores dos efeitos no desenvolvimento (MALEKPOUR, 2007). Assim, o desenvolvimento humano saudável depende em grande parte do Estilo de Apego designado pelas figuras de vinculação na primeira infância (OATES; BARD; HARRIS, 2008) em especial, o Estilo de Apego Seguro, quando estabelecido, às crianças demonstram maior facilitação de linguagem, no agir de acordo com as perspectivas dos outros nos contextos de brincadeira de Faz-de-Conta, na transmissão de informações das figuras de apego às crianças e na maior referência e compreensão de estados mentais e emocionais por parte dos infantes (ROAZZI; NASCIMENTO; GUSMÃO, 2013).

O nascimento de crianças com microcefalia afetaram um expressivo número de crianças e pais, esses podem apresentar diferentes aspectos psicológicos e emocionais, como: estado de depressão, ansiedade, desesperança (GODOY, 2013), fenômenos de ruminação-reflexão e sintomas não-psicóticos, como por exemplo, desejo de morte, estresse, desconfiança do próprio desempenho, distúrbios do sono e psicossomáticos (ESCOBAR, ROAZZI, SOUZA; NASCIMENTO, 2015). Ou então, estratégias de resiliência e superação do trauma (HJEMDAL et al, 2009). Fatores que podem atuar de forma positiva ou negativa no Desenvolvimento Humano e Cognitivo das crianças com microcefalia de acordo com o vínculo estabelecido com os pais, esses, responsáveis pelas respostas aos apelos de cuidado dos filhos nessa fase inicial da vida.

Constituindo-se com uma etapa crucial para a complexificação dos processos cognitivos, como na compreensão das dimensões internas de mentalização e representação do mundo e dos outros (Teoria da Mente), de sua internalidade cognitiva (Autoconsciência), na distinção entre seu Self e o outro (Foco Corporal), no componente autoavaliativo do Self

(Auto-estima), no senso de unicidade (Identidade) e na representação cognitiva dos conceitos e imagens de si (Autoconceito e autoesquema) (ROAZZI; NASCIMENTO; GUSMÃO, 2013).

Em estudos internacionais sobre apego, cognição e nascimento de crianças com necessidades específicas indicam que há diferenças significativas nessa interação, com prejuízo no desenvolvimento das habilidades sociocognitivo das crianças (VAUGHN et al, 1994). E pesquisas que alertam para a elaboração de mais estudos sobre o desenvolvimento cognitivo em crianças com impactos nas condições de saúde (ATKINSON et al, 1999).

Não existem pesquisas que apontam quais as associações entre os Estilos de Apegos dos pais com filhos com microcefalia e indicadores positivos de superação as adversidades sociais e ambientais, além de um número reduzido de pesquisas sobre desenvolvimento humano em crianças com a Síndrome Congênita do Zika vírus no Brasil que possam sustentar um agenda teórica sobre as habilidades sociais e cognitivas robusta para as demandas requeridas na atenção à saúde da criança com a microcefalia.

Diante dessas questões, percebe-se a necessidade do estudo sobre como o Apego dos cuidadores são associados a seus aspectos sociais e subjetivos ligados ao Otimismo, Esperança, Felicidade, Satisfação com a vida e Resiliência. Não foi possível encontrar estudos que relacionem diretamente essas variáveis propostas nesta investigação. Justifica-se a iminência da presente pesquisa, na qual supõe-se que os Estilos dos Apegos de cuidadores de crianças com microcefalia são cruciais para a proteção dos estados psicológicos dos indivíduos frente as adversidades dos aspectos sociais e favorecedores de níveis mais adequados de Experiências Subjetivas, elementos vitais para atender as necessidades de proximidade e segurança requeridos por essas crianças em seus primeiros anos de vida.

3 OBJETIVOS DO ESTUDO E HIPÓTESES

Este estudo tem como **objetivo geral**:

Investigar as relações entre as medidas dos Estilos de Apego Adulto e as experiências subjetivas, compreendidas na Psicologia Positiva, de cuidadores (as) de crianças que nasceram com microcefalia devido a infecção do Zika vírus.

Por conseguinte, conta com os seguintes **objetivos específicos**:

- a) Descrever o perfil social dos cuidadores de crianças com e sem microcefalia;
- b) Averiguar o comportamento das medidas de Apego e Experiências Subjetivas;
- c) Verificar as relações existentes entre as variáveis sociais, das escalas de Apego e das Experiências Subjetivas;
- d) Identificar os Estilos de Apego presentes nos (as) cuidadores (as) de crianças com e sem microcefalia;
- e) Explorar as relações entre os Estilos de Apego, as Experiências Subjetivas e as variáveis sociais;
- f) Identificar os Estilos de Apego Adulto na apresentação das Experiências Subjetivas.

Em consonância com a discussão apresentada na revisão da literatura científica acima, as seguintes hipóteses foram elaboradas:

I – Os Estilos de Apego Seguro nos cuidadores de crianças com microcefalia estão associados a níveis mais altos em todas as experiências subjetivas positivas.

II – Os Estilos de Apego Inseguro (Ambivalente e Evitante) estão associados a níveis mais baixos nas experiências subjetivas ligadas ao presente e ao futuro.

III – Os Estilos de Apego Desorganizado dos cuidadores de crianças com microcefalia estão associados a níveis baixos em todas as experiências subjetivas positivas.

4 O MÉTODO

Esta parte do estudo apresenta os métodos empregados para a realização da investigação. Primeiramente há uma definição da escolha metodológica e a caracterização da amostra, explicitando o perfil sociodemográfico dos participantes. Logo em seguida, os instrumentos utilizados para ter acesso aos dados da pesquisa são detalhados e como se deu os procedimentos éticos e operacionais na aplicação desses. Por fim, há uma apresentação dos recursos analíticos no qual os dados coletados foram submetidos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A investigação é estruturada a partir do delineamento de tipo *ex-post-facto*, correlacional, comparativo, exploratório e com características descritivas. Constituído por duas amostras independentes – cuidadores (as) de crianças com microcefalia e cuidadoras de crianças sem microcefalia e outras deficiências (Controle). As amostras independentes se dão em grupos selecionados aleatoriamente, onde suas observações não dependem dos valores de outras, podendo ser não-homogêneas e de tamanhos desiguais. Em específico, foram utilizadas escalas psicométricas de Apego Adulto e da Psicologia Positiva validadas no Norte e Nordeste do Brasil, abordadas de modo quantitativo, sendo submetidos à análise estatística. Possui um recorte transversal e fundamentado em dados primários.

4.2 PARTICIPANTES

O estudo definiu como seleção dos participantes o modo de amostragem não-probabilística por conveniência e acessibilidade (COZBY, 2003). Foram elencados como critérios de inclusão na amostra os seguintes elementos: (a) Participantes que tenham disponibilidade e voluntariedade; (b) Cuidadores com crianças com microcefalia de 0 a 2 anos de idade completos; (c) Cuidadores com escolaridade a partir do ensino fundamental I; (d) Cuidadores que assumem a responsabilidade de cuidado principal (pais, avós, tios, irmãos, primos, padrinhos e cunhados); (e) Cuidador com crianças sem microcefalia e outras deficiências para compor o grupo controle; (f) Testemunhar anuência pessoal a participação.

E como critérios de exclusão na amostra do estudo têm-se: (a) Os profissionais das instituições de atenção à criança com microcefalia; (b) As crianças com microcefalia; (c) Cuidadores que assumem função empregatícia ou com atribuições similares (p. ex. babá); (d) Cuidadores menores de 18 anos de idade.

A partir desses critérios, a amostra foi composta por dois grupos independentes, ou seja, não-homogêneos e de tamanhos diferentes: Grupo de cuidadoras de crianças com microcefalia¹⁷ - 51 participantes no total; e Grupo de cuidadoras de crianças sem microcefalia e outras deficiências - 15 mulheres.

Para a composição do grupo controle de cuidadores de crianças sem microcefalia e outras deficiências foram observados alguns pré-requisitos: ser mães de crianças entre 0 e 2 anos de idade, com e sem relacionamentos conjugais, de origem étnica mista não-branca e de escolaridade entre ensino fundamental e superior, a fim de garantir uma equivalência entre os grupos.

A configuração das informações pessoais, sociais e econômicas dos participantes encontram-se detalhadas na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico do grupo de cuidadoras de crianças com microcefalia e de crianças sem microcefalia e outras deficiências (controle).

Dados sociodemográficos	Distribuição			
	Com Microcefalia		Sem Microcefalia	
	N	%	N	%
Participantes	51	100	15	100
Sexo				
Feminino	51	100	15	100
Cor				
Branco	24	47,1	6	40
Preto	6	11,8	1	6,7
Pardo	21	41,2	8	53,3
Estado Civil				
Solteiro	13	25,5	6	40
Casado	21	41,2	7	46,7
União estável	15	29,4	2	13,3
Separado	2	3,8	0	0
Escolaridade				
Fundamental I	1	1,9	0	0
Fundamental II	10	19,6	1	6,7
Técnico	4	7,8	0	0
Superior	10	19,6	7	46,7

¹⁷ Ainda houve a participação de 2 homens no grupo de cuidadores de crianças com microcefalia. Devido a baixa representatividade, os dados foram excluídos do estudo.

Idades

de 18 - 29 anos	24	47,0	5	33,3
de 30 - 54 anos	27	52,9	10	66,7

Relacionamento atual

Com relacionamento	32	62,7	9	60
Sem relacionamento	19	37,2	6	40

Filhos

De 1 - 3	49	96,0	15	100
De 4 -6	2	3,9	0	0

Renda

Nenhuma renda	2	3,9	1	6,7
Benefício social do Governo	20	37,7	0	0
Até um salário mínimo	8	15,6	1	6,7
De 1 - 2 salários mínimos	13	26,4	2	13,3
De 2 - 3 salários mínimos	5	9,8	4	26,7
Mais de 3 salários mínimos	3	5,7	7	46,7

4.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados são padronizados e validados no Brasil, utiliza-se escalas validadas no nordeste brasileiro com populações com pouco acesso a escolarização, configurações familiares diversas, classe socioeconômica menos favorecida e com recorte de origem étnica mista não-branca.

Tais instrumentos interrogam sobre as atitudes das pessoas diante dos desafios do passado, do presente e do futuro, além da classificação dos Estilos de Apego Adulto em formato de bateria de testes e com medidas curtas e rápidas a serem respondidas, tal uso recai na facilidade de aplicação.

As medidas de tamanho reduzido diminuem as taxas de desistência, facilitam a leitura e promovem uma aplicabilidade em indivíduos que tenham níveis de escolaridade baixa, além de fornecerem dados consistentes sobre os fenômenos psicológicos estudados (NATIVIDADE; SHIRAMIZU, 2015). Para tal, segue uma breve descrição de cada instrumento:

- a) Questionário sociodemográfico:** Instrumento com uma série de variáveis pessoais, sociais e econômicas para a compreensão dinâmica e multifatorial de interesse do estudo, como: idade, renda, cor/etnia, ocupação, escolaridade, etc. Item formulado com questões abertas e fechadas, como por exemplo, “*Idade: _____*” e “*Cor/etnia: (a) branco / (b) preto) / (c) pardo / (d) amarelo / (e) indígena*”;

- b) Experiences in Close Relationship (ECR) desenvolvido por Brennan, Clark e Shaver (1998) e validado no Brasil por Roazzi, Nascimento, Souza e Mascarenhas (2017):** é um questionário de auto-relato que tem como objetivo avaliar as diferenças em relação aos estilos de apego em adultos. É uma escala de 36 itens de formato Likert com 7 posições, composta por duas dimensões (Ansiedade e Evitamento), a primeira com indicação de situações ansiogênicas nos relacionamentos sentimentais e a segunda indica desconfortos na proximidade emocional e física com outros indivíduos. Neste estudo será utilizada a escala adaptada e validada no Brasil por Roazzi, Nascimento, Souza e Mascarenhas (2017). Os itens são formulados da seguinte forma: *“Tenho medo de ser deixado/a”*;
- c) Escala sobre o Otimismo (BARROS, 1998), adaptação Mascarenhas et al (2015); Mascarenha e Roazzi (2012):** é constituída por 4 itens repartidos numa escala tipo Lickert de 5 pontos, variando de 1.Totalmente em desacordo (absolutamente não) 2. Bastante em desacordo (não) 3. Nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos) 4.bastante de acordo (sim) e 5. Totalmente de acordo (absolutamente sim). Tem como intenção medir a disposição do indivíduo para a espera de resultados positivos de uma modo racional ao identificar atitudes e expectativas da pessoa face ao mundo e ao seu futuro (Otimismo dispocional). Contem itens como: *“Tenho esperança de conseguir o que realmente desejo”*;
- d) Escala sobre a Felicidade – ESF (BARROS, 2001): adaptação Mascarenhas et al, 2014, 2015:** é composta por 18 itens, sendo solicitado aos indivíduos o grau de concordância relativamente a cada item. Para cada item existem cinco alternativas de resposta apresentadas numa escala de Likert com 5 posições. Neste estudo será utilizada a versão adaptada por Mascarenhas, Fernandes, Silva, Leon, Silva e Morais (2014) e Mascarenhas, Fernandes, Roazzi, Lira, Braule e Morais (2015). Item típico da escala: *“Aceito-me como sou”*;
- e) Escala sobre Esperança (BARROS, 2003) (adaptação MORAIS; MASCARENHAS, 2010):** é constituída por seis itens repartidos numa escala tipo likert de 5 pontos. A esperança influencia o bem-estar tanto físico, como emocional e espiritual (VIANA, 2011) e produz comportamentos no sentido de atingir objetivos (Magão e Leal, 2002). Neste estudo será utilizada a versão adaptada por Morais e Mascarenhas (2010) e Mascarenha e Roazzi (2012). Utiliza de itens como: *“Penso que o futuro será melhor que o passado”*;

- f) **Escala SWLS (Satisfaction With Life Scale) de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985). Versão em português Albuquerque et al. (2007, 2010):** tem como objetivo medir o bem-estar subjetivo do indivíduo, através de cinco itens de natureza global. A versão original era composta por 5 itens, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), e foi validada para estudantes. A SWLS utilizada neste estudo foi adaptada e validada para o contexto do nordeste por Albuquerque, Rodrigues, Gouveia, Martins e Neves. (2007, ver também, Albuquerque, Sousa e Martins, 2010) confirmando a estrutura unifatorial da escala, contendo itens como: *“Estou satisfeito com a minha vida”*;
- g) **Escala Breve do Comportamento Resiliente - EBCR. Ribeiro e Moraes (2010): adaptação Mascarenhas et al (2011); Pessoa e Mascarenhas (2014):** Escala de auto-resposta, unidimensional, constituída por quatro itens que tem como objetivo compreender a capacidade de lidar com o stress de forma adaptativa. A escala é de formato de Likert com cinco posições. Neste estudo será utilizada a escala adaptada no Brasil por Mascarenhas et al. (2011) e Pessoa e Mascarenhas (2014). Item tópico da escala: *“Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis”*.

4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E OPERACIONAIS

Seguindo os princípios éticos orientados pelo Conselho Nacional de Saúde de acordo com a Resolução nº 466/2012, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 que trata das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e respeitando o Código de Ética Profissional de Psicologia, os documentos declaratórios foram elaborados com informações sobre objetivos, divulgação científica dos dados analisados, da voluntariedade dos participantes e instituições, da gratuidade e da desistência sem qualquer sanção ou pena (os documentos seguem em anexo).

A pesquisa contou, inicialmente, com a visita as instituições de atenção à saúde da criança com microcefalia para apresentação do projeto de pesquisa e elucidação de dúvidas, assim como, comprometer-se com os princípios éticos a ele associado. Assegurando a garantia de esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa e com o compromisso dos pesquisadores realizarem a devolutiva dos achados, realizada esta etapa, apenas uma unidade assinou o Termo de anuência e de concessão (em anexo).

Inicialmente foram escolhidos 4 (cinco) centros de Estimulação Precoce de grande porte e 1 (uma) organização não-governamental no município do Recife. Recebendo resposta

positiva apenas de 1 (uma) unidade hospitalar. Em seguida, o projeto foi detalhado em reunião para a direção de pesquisa na unidade de atenção a criança com microcefalia do referido centro, com o objetivo de esclarecer objetivos, natureza e métodos que seriam empregados no presente estudo, e receber, assim, o consentimento da instituição para a realização da pesquisa em suas dependências, contudo, devido as dificuldades surgidas com os processos de autorização e o tempo limitado para a execução do estudo, optou-se pela pesquisa a distância. A unidade hospitalar apoiou o suporte técnico do estudo com a disposição para acompanhamento psicológico caso houvesse uma necessidade no percurso da coleta.

As informações fundamentais para a realização da pesquisa foram coletadas por apenas um único pesquisador após liberação para execução do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CCS-UFPE sob o parecer de nº 2.216.712.

No início de cada contato com as cuidadoras, o pesquisador endossava os requerimentos éticos, deixando claros os direitos das cuidadoras quanto a sua participação e garantia de sigilo dos seus dados. Após os esclarecimentos dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), os cuidadores acessavam e assinalavam a anuência à participação.

Finalizada a etapa de esclarecimento e anuência à participação, a bateria de testes foi distribuída a todas e as instruções sobre o preenchimento e operacionalização da coleta foram informadas pelo pesquisador, os participantes tiveram tempo livre para a execução da atividade.

4.5 COLETA DOS DADOS

O pesquisador entrou em contato com as responsáveis por grupos de associação de mães e pais de crianças com microcefalia, com o apoio dessas mães foi possível a localização e divulgação da pesquisa entre as demais cuidadoras. Para alcançar as distâncias geográficas, adequar o tempo de participação e cuidados com a criança com microcefalia foram atendidos os três princípios básicos da coleta de dados com questionários (SILVA; LÓS; LÓS, 2011): 1. Elaboração: os instrumentos foram adaptados ao modelo *online* a partir do aplicativo *Forms* do *Google Docs*, os instrumentos são compostos por itens claros, curtos, objetivos e auto-explicativos (Ver anexo F e G); 2. Disponibilização: O *Forms* do *Google Docs* gera um *link* para acesso individual dos instrumentos da pesquisa que permite sua divulgação por meio de *E-mail*, redes sociais e aplicativos de mensagens (Whatsapp e Messenger); 3. Aplicação: o

respondente precisa apenas de um computador ou celular com internet para acessar o *link* disponibilizado e responder as questões assinalando os itens, algo que permite a resposta do questionário à distância, sem a necessidade de programas específicos de computação ou de ambiente físico para a realização da coleta.

Para acompanhamento do processo de coleta, o pesquisador logo após explicar os objetivos e princípios éticos da pesquisa para as respondentes, mantinha-se conectado para atender alguma necessidade ou dúvida que a participante viesse a ter ao longo do preenchimento do questionário no *Google Forms*.

Ao longo do preenchimento, o *Google Forms* permite a observação do andamento da coleta em tempo real e emite uma nota para o pesquisador que o questionário foi concluído pelo respondente, momento no qual era perguntado se a participante gostaria de esclarecer alguma dúvida ou se desejava contribuir com algo a mais.

As etapas ocorreram da seguinte forma:

- a) Contato inicial com mãe de criança com microcefalia responsável por algum grupo de associação de cuidadoras;
- b) Indicação de outras mães de crianças com microcefalia a partir dessas mulheres responsáveis por grupos de mães;
- c) Contato telefônico, por mensagem *online* de texto (*Whatsapp* e *Messenger*) e *e-mail* com as indicações das responsáveis de grupos de mães;
- d) Encaminhamento do *link* do *Google Forms* com os instrumentos do estudo;
- e) Acompanhamento do processo de respostas através do *Google Forms*;
- f) Preenchimento dos questionários através do *Google Forms*;
- g) Esclarecimento das últimas dúvidas e finalizada a etapa das respostas, agradecimento e pedido de indicação de outras mulheres que eram cuidadoras de crianças com microcefalia.

Observa-se que o tempo de aplicação foi de aproximadamente 30 minutos. O pesquisador acompanhava todas as etapas, inclusive esclarecendo as dúvidas que surgiam com o preenchimento do formulário eletrônico. Ao final da aplicação dos instrumentos, o pesquisador perguntava aos participantes como se sentiam sobre aquele momento, se tinham alguma dúvida e se gostariam de comentar sobre algo. Finalizada esta etapa, era feito o agradecimento a participação dos cuidadores na atividade realizada.

Tal modalidade de organização, disponibilização e aplicação dos questionários *online* é amplamente aceito pela literatura científica atual que dedica-se aos estudos de procedimentos metodológicos, atestam sua confiabilidade e segurança com os dados (FRAGOSO; RECUERO; AMARAL, 2013; CASTRO et al., 2012; SILVA; LÓS; LÓS, 2011; MOYSÉS; MOORI, 2007; VASCONCELOS; GUEDES, 2007; BOYD; ELLISON, 2007; CAMBOIM; BEZERRA; GUIMARÃES, 2015).

Ao fim do período de coleta com os (as) cuidadores (as) de crianças com microcefalia foi dado início, com os mesmos procedimentos operacionais, a segunda etapa da coleta com as cuidadoras de crianças sem microcefalia e outras deficiências.

4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

A análise foi realizada através do banco de dados construído no pacote estatístico chamado de *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) de versão 20.0 com as variáveis de interesse no estudo. Os dados foram codificados, checados a partir de Estatísticas Descritivas de medidas de tendência central e dispersão das informações obtidas dos questionários sociodemográficos, com fins em caracterizar o perfil dos cuidadores de crianças com microcefalia, e para descrição dos resultados particularizados das escalas das experiências subjetivas.

Tomada essa classificação, foram realizadas análises exploratórias, do tipo *r* de Pearson e correlação do tipo Ponto-Bisserial entre as variáveis dos Estilos de Apego Adulto e dos aspectos das experiências subjetivas das escalas de Psicologia Positiva ligadas a Satisfação com a vida, Felicidade, Otimismo, Esperança e Resiliência (DANCEY; REIDY, 2004), assim como foram analisados as interações dessas com o perfil sociodemográfico dos cuidadores.

Para a observação dos valores médios entre os grupos de cuidadores (as) de crianças com microcefalia e de cuidadoras de crianças sem microcefalia e outras deficiências foi utilizado o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney, optou-se pela utilização dessa testagem estatística devido a heterogeneidade das duas amostras, pois são observações independentes e de não-normalidade na distribuição dos escores.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com o propósito em atingir os objetivos delineados no estudo houve a divisão da verificação e discussão dos resultados de acordo com 4 (quatro) etapas de análise e seus respectivos tratamentos dos dados das escalas e do questionário sociodemográfico.

A primeira etapa de análise se dedica a apresentação da caracterização das participantes que tem crianças com microcefalia, assim como das cuidadoras com crianças sem nenhum comprometimento físico, mental e social.

Em seguida, examinar-se os valores médios atingidos dentro desses grupos em relação as suas respostas nas escalas de Apego e de Experiências Subjetivas. Por fim, os aspectos sociais, de vinculação e de experiências subjetivas são apresentadas e discutidas de acordo com a associação obtidas através das análises empreendidas com o recurso estatístico de estudo das correlações.

A terceira etapa de análise ocorre as apresentações dos achados de acordo com o padrão de Apego vinculados aos cuidadores (as) de crianças com e sem microcefalia em Apego Seguro, Apego Inseguro Ambivalente, Apego Inseguro Evitante e Apego Desorganizado. Mediante essa categorização dos participantes, o estudo das correlações entre esses Estilos de Apego e suas variáveis sociais e subjetivas foram verificadas.

Na última etapa de análise há a exploração de como os diferentes padrões de vinculação dos cuidadores se comportam em uma distribuição estatística de tendência central em torno das Experiências Subjetivas. Tal etapa tem como objetivo investigar como os Estilos de Apego se manifestam na experiencialização do Otimismo, Felicidade, Esperança, Satisfação com a vida e Resiliência dentro desses grupos de participantes.

As etapas de análises facilitam a apresentação dos resultados e discussões sem a pretensão de torná-los blocos fragmentados, constituem-se de um breve resumo, de uma introdução ao tema da parte, dos procedimentos metodológicos e analíticos realizados na obtenção dos dados expostos.

5.1 ETAPA DE ANÁLISE 1

A microcefalia é uma das condições de saúde que afetam o sistema neurológico, perceptual e cognitivo de crianças desde os primeiros anos de vida (LEAL, 2013), entretanto, antes do ano de 2015, era considerada como uma doença rara, ocasionada tanto por fatores ambientais como genéticos. Com a quantidade crescente de nascimentos de crianças com a microcefalia no Brasil entre 2015 e 2016, estudos foram empreendidos com posterior conclusão que tais afecções eram ocasionadas pela infecção do Zika vírus em mulheres gestantes (TRIUNFOL et al., 2016). Já no ano de 2018, estudos sobre o Zika vírus revelam que a manifestação da microcefalia nesta virose específica só ocorre se a criança possuir uma predisposição genética e se sua mãe for infectada no período gestacional (CAIRES-JÚNIOR et al., 2018).

A Síndrome Congênita do Zika vírus compreende além da microcefalia diversas manifestações clínicas de ordem neurológica, ortopédica e perceptual, porém dentre todos, a microcefalia é a manifestação física mais aparente e com repercussão mais intensa nas mães dessas crianças com deficiência (HENRIQUES; DUARTE; GARCIA, 2016). O Zika vírus foi a maior epidemia na história da Saúde Coletiva do Brasil, acarretando um número expressivo de famílias atingidas pela microcefalia.

Estudos nas áreas de Sociologia e Antropologia expõem que além da epidemia do Zika vírus ser de magnitude nacional, possui intrinsecamente um caráter de desigualdade social, racial e de gênero, portanto, compreender como se caracteriza tal população é essencial para que a Assistência Clínica e as Políticas Públicas de Assistência Social, de Saúde e de Trabalho e Renda sejam empregadas de modo eficaz (DINIZ, 2017; SCOTT, 2017).

Os primeiros estudos sobre a microcefalia revelam os achados clínicos e diagnósticos das crianças, porém são escassas as apresentações dos aspectos sociais e econômicos das famílias envolvidas. Uma das recomendações do Estatuto da Igualdade Racial refere que todas as pesquisas em saúde deveriam ter o recorte por raça ou etnia, algo que não consta nas primeiras notificações de casos suspeitos registrados no Brasil.

De acordo com Diniz (2016), as mulheres são as principais cuidadoras das crianças com microcefalia, muitas sendo abandonadas logo após o nascimento da criança. A responsabilidade no cuidado fica exclusivamente para as mulheres representadas pela mãe, avós e tias da criança com deficiência.

Refere que a maioria das acometidas pela infecção do Zika vírus vive em regiões periféricas de grandes centros urbanos do país, como por exemplo, o Recife. Regiões de Morro e comunidades carentes que sofrem com a má distribuição de água e saneamento básico, fator que impõe o estoque de água em recipientes inadequados para atenderem as primordialidades da vida, condições que oferecem procriação do mosquito transmissor do Zika vírus. Outro grupo populacional mora em áreas rurais, composta por agricultoras rurais, com dificuldades de deslocamento e com uma rede de atenção às pessoas com deficiência carente (DINIZ, 2016; SCOTT, 2016).

As mulheres são em sua maior parte negras, de classe social baixa, com pouco acesso a escolarização, solteiras, jovens, nordestinas, sem emprego e com renda de 85 reais do Bolsa Família. Muitas invisibilizadas até a midiatização da epidemia do Zika vírus. A Política de Assistência Social atendeu um número de 1603 de segurados através do BPC, sendo ainda insuficientes para atender as necessidades no cuidado da criança com microcefalia.

Moradoras distantes dos Centros de Estimulação Precoce, estes localizados nas regiões centrais das áreas urbanas e rurais. Centros de reabilitação que são localizados em Organizações não-governamentais ou hospitais filantrópicos; o número de estabelecimentos especializados públicos e com equipe multiprofissional de saúde no país é ínfimo, equipamentos exigidos a tempo por grupos como os das Mães de Crianças com Doenças Raras. Ou seja, o país sofreu com uma epidemia de caráter sanitário deficitário e uma rede de assistência especializada as pessoas com deficiências insuficientes.

Diniz (2016) afirma que a epidemia precariza ainda mais as vulnerabilidades já existentes nessas mulheres com crianças com microcefalia produzidas pela desigualdade social e de gênero e produz novos danos sociais.

Segundo Porto e Costa (2016, p. 71-72), mesmo com o fim da situação de emergência nacional em maio de 2017 divulgado pelo Ministério da Saúde, persistem “as incertezas, injustiças e pelo absoluto descaso e negligência estatal”. Impondo as mulheres um entrelaço entre cuidar e reivindicar cuidado do Estado, tornando-as mulheres em “maternidade militante”, constituindo-as como mães agentes de políticas marcadas pela biolegitimidade (PINHEIRO; LONGHI, 2016).

As condições sociais dos cuidadores impõem nessas mulheres fatores de risco social e psicológico, com possíveis prejuízos nas suas estratégias de superação as adversidades e nas

suas vivências emocionais e sentimentais reveladas nas experiências subjetivas. O presente estudo objetiva descrever o perfil social das cuidadoras de crianças com microcefalia participantes nesta investigação.

5.1.2 Procedimentos Metodológicos

5.1.2.1 Amostra

Uma amostra de 66 indivíduos participou da investigação, composta por dois grupos: Cuidadoras com crianças com microcefalia (51 indivíduos) e cuidadoras com crianças sem microcefalia e outras deficiências (15 indivíduos). A seleção das participantes se deu a partir do modo de amostragem não-probabilística.

Foram incluídas no estudo para compor o grupo 1: as cuidadoras com crianças com microcefalia de 0 a 2 anos de idade, maiores de 18 anos de idade, com escolaridade a partir do ensino fundamental I e que assumam a responsabilidade de cuidado principal; Para o grupo 2: cuidadores com crianças sem microcefalia e outras deficiências de 0 a 2 anos de idade e com as mesmas características sociais do grupo anterior.

Não participaram da pesquisa: menores de 18 anos de idade, profissionais de saúde das instituições de reabilitação física, cuidadores que assumem função empregatícia (p. ex. babá) e crianças com e sem microcefalia.

5.1.2.2 Instrumentos

Para atender o objetivo de caracterização dos participantes com crianças com microcefalia foi utilizado um questionário sociodemográfico composto por três dimensões: Informações das características pessoais (sexo, idade e cor de pele), Sociais (estado civil, número de filhos, escolaridade e localização geográfica) e Econômicas (atividade remuneradas e renda da família).

5.1.2.3 Procedimentos

A etapa de coleta foi desenvolvida mediante plataforma eletrônica com contato à distância com as participantes que eram convidadas a responderem os questionários da pesquisa através de formulários *online* organizados pelo *Google Forms*. Ressalta-se que foram atendidos os princípios éticos orientados pelo Conselho Nacional de Saúde de acordo com a Resolução nº 466/2012, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 que

trata das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e respeitando o Código de Ética Profissional de Psicologia. Sendo iniciada após a liberação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco sob o parecer de número: 2.216.712.

5.1.2.4 Análise dos dados

Os dados foram organizados, verificados e analisados com apoio do pacote estatístico SPSS de versão 20.0. Foram realizadas estatísticas descritivas para conhecer as principais características das participantes e atender os objetivos dessa etapa.

5.1.3 Resultados

O questionário sociodemográfico foi composto por 9 (nove) variáveis que visavam a caracterização das respondentes, agrupadas em três dimensões: Informações de características pessoais (Sexo, idade e cor de pele), Sociais (Estado civil, número de filhos, escolaridade e localização geográfica) e Econômicas (Atividade remunerada e renda por família). Para o exame dos achados desse instrumento, optou-se pela Análise Descritiva, considerada adequada para apresentação dos dados em relação a sua distribuição de frequência e de tendência central.

A partir dos dados obtidos através do questionário sociodemográfico, mediante as análises estatísticas de distribuição de frequência realizadas pelo SPSS, foram elaboradas as tabelas dos perfis dos dois grupos de participantes denominados de Grupo com microcefalia e Grupo sem microcefalia, como referência para as cuidadoras de crianças com microcefalia e para as cuidadoras de crianças sem microcefalia e outras deficiências, respectivamente.

Observa-se que o número de mulheres respondentes no grupo com microcefalia é de 100%. Já no grupo de cuidadoras com crianças sem microcefalia e outras deficiências também não há respondentes do sexo masculino, visto que a coleta do segundo grupo ocorreu logo após o fim da primeira etapa da pesquisa. Para uma aproximação do grupo com microcefalia, as participantes controle foram selecionadas exclusivamente de mães de crianças de 0 a 2 anos de idade.

Ao longo do estudo, observou-se que a participação masculina é baixíssima na atenção aos cuidados das crianças com microcefalia nos centros de reabilitação, organizações não-governamentais e nos grupos de discussões das redes sociais. Houve a participação de

dois pais na pesquisa que foram indicados por outras cuidadoras que possuíam os seus contatos telefônicos, contudo, ressalta-se que devido ao número reduzido de representação masculina no estudo foi necessária a exclusão dos dados desses participantes.

As respondentes nos dois grupos se declaram, em sua maioria, como brancas, seguidas de pardas e, por último, pretas; não houve respondentes da cor amarela e indígenas. Tal classificação de cor/etnia se baseou na categorização utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os estados civis das participantes englobam casadas, em união estável, solteiras e separadas, não apresentando diferenças entre os grupos. Todavia, ao se analisar a configuração das respondentes pela formatação dos dados sociais e econômicos a partir de um dado pessoal fornecido pela informação da cor de pele, nota-se certas diferenças como é possível revelar na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das cuidadoras de acordo com a configuração sociodemográfica com recorte de cor/etnia.

Variáveis Sociodemográficas	Com microcefalia	
	Mulheres Brancas (N=23)	Mulheres Negras e Pardas (N=25)
Média de idades	31	30
Média de filhos	2	2
Casadas	12	8
União estável	6	8
Solteiras	3	9
Separadas	2	0
Fundamental I	0	1
Fundamental II	2	6
Médio	10	15
Técnico	2	0
Superior	9	1
Desempregadas	13	16
Autônomas	6	2
Servidoras públicas	4	3
Emprego fixo	0	4
BPC	7	8

Até 1 salário	1	6
de 01 a 02 salários	8	7
De 02 a 03 salários	2	3
Mais de 03 salários	4	0

Obs: 2 participantes optaram por não declarar cor/etnia e 1 não declarou renda.

Nota-se, nesta distribuição, semelhanças na média das idades dos dois grupos (mulheres brancas e mulheres negras/pardas) e na quantidade de filhos por pessoa. Porém, com diferenças em outras categorias, como: o número de mulheres brancas casadas e em união estável é maior do que no grupo de mulheres negras e pardas, essas, não possuem concentração em um tipo específico de relacionamento, sobressaindo de modo discreto o número de solteiras.

De acordo com a escolaridade, as mulheres brancas possuem maiores níveis de educação formal e concentração da escolarização entre o ensino médio e superior. As mulheres negras e pardas possuem mais respondentes com ensino fundamental II e médio.

As taxas de desemprego nos dois grupos são similares, porém o grupo de mulheres negras e pardas têm mais acessos aos Benefícios de Prestação Continuada (BPC). Economicamente existe uma concentração de pessoas que recebem entre 1 e 2 salários mínimos por família.

Já na configuração por cor das mães de crianças sem microcefalia e outras deficiências (Tabela 3), observar-se que as médias de idades, média de filhos e estado civil são similares ao grupo de cuidadoras com crianças com microcefalia. A escolarização, ocupação e renda diferem no grupo de mulheres negras e pardas do grupo de cuidadoras com crianças com microcefalia para o grupo sem microcefalia. Tal observação não possui caráter de comparação, porém se faz necessário tal recorte para compreensão da incidência da microcefalia na amostra selecionada.

Tabela 3 - Distribuição de frequência das cuidadoras de acordo com a configuração sociodemográfica com recorte de cor/etnia.

Variáveis Sociodemográficas	Sem microcefalia	
	Mulheres Brancas (N=6)	Mulheres Negras e Pardas (N=9)
Média de idades	30	31
Média de filhos	1	1

Casadas	3	4
União estável	-	2
Solteiras	3	3
Fundamental II	-	1
Médio	5	3
Superior	1	5
Desempregadas	3	-
Autônômas	2	4
Servidoras públicas	1	4
Nenhuma renda	1	-
de 01 a 02 salários	2	2
De 02 a 03 salários	2	2
Mais de 03 salários	2	5

As respondentes foram convidadas por todas as regiões (Tabela 4) que ocorreram os nascimentos de crianças com microcefalia, portanto, há uma grande distribuição geográfica das participantes (houve a mesma preocupação com o grupo sem microcefalia (Tabela 5)).

Tabela 4 - Distribuição das cuidadoras com crianças com microcefalia participantes do estudo por Unidade Federativa.

Região /UF	com crianças com microcefalia	
	N	%
Norte		
Pará	2	3,9
Rondônia	1	1,9
Nordeste		
Bahia	5	9,8
Ceará	1	2,0
Maranhão	1	2,0
Pernambuco	7	13,7
Sudeste		
Minas Gerais	1	2,0
Rio de Janeiro	6	11,8
São Paulo	13	25,5
Centro-oeste		
Goiás	2	3,9
Mato Grosso	3	5,9

Mato Grosso do Sul	1	2,0
Sul		
Paraná	6	11,8
Rio Grande do Sul	1	2,0
Santa Catarina	1	2,0

Ao se analisar os dados da distribuição geográfica das cuidadoras de crianças com microcefalia com as demais variáveis sociodemográficas, de Apego Adulto e Experiências Subjetivas, não retornaram nenhum elemento significativo ou que diferenciasses as amostras por diferenças regionais. O mesmo ocorreu com as cuidadoras de crianças sem microcefalia e outras deficiências.

Tabela 5 - Distribuição das cuidadoras com crianças sem microcefalia (controle) e outras deficientes participantes do estudo por Unidade Federativa.

Região /UF	sem microcefalia	
	N	%
Nordeste		
Pernambuco	13	86,7
Sudeste		
Minas Gerais	1	6,7
São Paulo	1	6,7

Consoante o não retorno de efeitos significativos entre essa variável e as demais, ponderamos que as análises podem ser realizadas como um todo.

5.1.4 Discussão

Os resultados das estatísticas descritivas de caracterização do perfil sociodemográfico das cuidadoras de crianças com microcefalia e sem microcefalia tenderam a apresentar congruência com os achados das pesquisas desenvolvidas por grupos de estudos temáticos do Zika vírus no Brasil, como os de Débora Diniz (2016), Jacqueline Pitanguy (2016) e Russel Parry Scott (2017).

As características sociodemográficas indicam que as mulheres foram as principais respondentes, com concentração de cuidadoras da raça/etnia preta ou parda, que se declaram

em sua maior parte como casadas e em união estável, com menos de 11 anos de estudo e com idades entre 18 e 54 anos de idade.

Observa-se que ao compararmos os dois grupos de cuidadoras, percebe-se que mulheres pretas e pardas são as mais atingidas, porém não são todas as mulheres negras, são as que vivem em um maior contexto de vulnerabilidade social. As mulheres negras e pardas do grupo de cuidadoras com crianças sem microcefalia possuem maiores níveis de escolaridade e renda, o que reflete em melhores condições de vida, maior acesso à educação e saúde, maior acesso a saneamento ambiental, menor exposição ao vetor e exposição ao Zika vírus. As mulheres negras e pardas do grupo de cuidadoras com crianças com a microcefalia possuem menores níveis de escolaridade e renda, o que sugere piores condições de acesso a educação, saúde e serviços assistenciais.

Dado que corrobora com os achados de Werneck (2016) ao investigar que as mulheres negras, pobres e com baixa escolaridade estão mais expostas aos fatores patogênicos ambientais e não possuem o anteparo de políticas públicas adequadas. Débora Diniz (2016) e Braga (2017) relatam que a infecção do Zika vírus tem distribuição de gênero, classe e raça, completa que as medidas de prevenção e tratamento de saúde desconsideram ou minimizam tais questões, com impacto, consequente, nas formulações de Políticas Públicas, o que caracteriza-se como a discriminação racial nas políticas ambientais denominado Racismo Ambiental (HERCULANO, 2008).

Marinho (2016) em seu estudo sobre a prevalência e caracterização dos casos de microcefalia a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde observou os coeficientes de prevalência do perfil materno e apontou que as crianças são filhos e filhas de mães com 24 a 40 anos ou mais de idade, sem curso superior, pertencentes a raça/etnia preta ou parda, e que se declaravam solteiras ou em união estável.

Verifica-se que no presente estudo, 37,7% das cuidadoras de crianças com microcefalia estão asseguradas com o Benefício de Prestação Continuada (BPC), recurso garantido pela Política de Assistência Social que garante um salário mínimo para pessoas com deficiências e idosos que não possuem renda própria. É um benefício instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), fundamental para a minimização das vulnerabilidades sociais e na ampliação dos recursos financeiros destinados a atenção a criança com microcefalia. Tal número é proporcional aos dados obtidos na pesquisa de

Pereira et al. (2017) sobre o perfil da demanda e dos BPC concedidos as crianças com microcefalia no Brasil, com um número de 1603 benefícios conferido entre 2009 e 2016.

O baixo número de participantes homens no estudo pode ser compreendido pela insuficiente participação masculina nos cuidados com as crianças com microcefalia. Diniz (2016) chama a atenção para os frequentes relatos de abandonos dos companheiros ao saber do nascimento de uma criança com deficiência decorrente da Microcefalia, impondo o cuidado apenas a responsabilidade materna. Hooks (2010) discute sobre a dificuldade da mulher negra falar abertamente sobre os seus relacionamentos amorosos, em muitos casos, vivem com um olhar interno carregado de culpa e censura.

Observa-se que as características sociais e econômicas dos cuidadores de crianças com microcefalia apresentam semelhanças com os estudos desenvolvidos por investigadores das áreas de Sociologia e Antropologia. Aponta que há necessidades de elaboração de Políticas Públicas de Saúde, Educação, Assistência Social, de Trabalho e Renda com foco nas questões de gênero, classe e raça.

Outros estudos precisam ser elaborados, que possam lidar com as limitações dessa investigação, como: um instrumento que permitisse a comparação de indivíduos de áreas urbanas e rurais, um número maior de respondentes e maior controle na testagem.

5.2 ETAPA DE ANÁLISE 2

As medidas de Apego passaram por uma grande mudança, de observações experimentais para escalas de autorrelatos, de estudos apenas com crianças para investigações com adultos. Destacam-se nesse árduo trabalho os pesquisadores Hazan e Shaver, os primeiros a empregarem uma escala de relacionamento amoroso para transpor os vínculos que eram estabelecidos na primeira infância (NATIVIDADE; SHIRAMIZU, 2015).

Segundo Natividade e Shiramizu (2015), a primeira medida de autorrelato para aferir os Estilos de Apego classificavam três padrões: Seguro (relações amorosas com o parceiro, afetuosas e confiantes), o Inseguro Evitante (incomodados com a proximidade física e emocional com o parceiro) e Inseguro Ansioso (maior desejo de união e reciprocidade com o parceiro).

Devido as críticas a essa primeira medida, estudos foram realizados para aferir o Apego Adulto em termos de amizade e relacionamento. Segundo Roazzi, Nascimento, Souza

e Mascarenhas (2015), as medidas mais utilizadas são: “a) *The Love-Experience Questionnaire (LEQ)*; b) *The Relationships Questionnaire (RQ)*; c) *Experiences in Close Relationships (ECR)*; d) *Experiences in Close Relationships Revised (ECR-R)*; e) *Experiences in Close Relationships-Relationship Structures (ECR-RS)*, e, f) *State Adult Attachment Measure (SAAM)*.” (p. 10).

A medida *Experiences in Close Relationship (ECR)* criado por Brennan, Clark e Shaver em 1988 é um dos principais instrumentos psicológicos que operacionalizam o Apego Adulto por meio de itens que versam sobre relacionamento amoroso. O ECR foi traduzida e validada por Shiramizu, Natividade e Lopes (2013) e mais recente por Roazzi, Nascimento, Souza e Mascarenhas (2017) em uma perspectiva multidimensional.

A ECR é uma medida de autorrelato composta por 36 itens disposto, agrupados em duas escalas de 18 itens, que examinam as dimensões: Evitamento e Ansiedade, a primeira diz respeito ao desconforto com a proximidade, já a segunda com necessidade de proximidade física e emocional com o parceiro. Outros estudos adaptaram a escala para um conjunto com menos itens, com a intenção de torná-la mais rápida em ser respondida e com menor taxa de desistência (ROAZZI et al, 2017).

A medida ECR ainda permite a categorização dos Estilos de Apegos dos indivíduos em quatro padrões de acordo com a apresentação dos valores em Evitamento e Ansiedade.

Indivíduos com Estilo de Apego Seguro possuem valores baixos nos níveis das dimensões de Ansiedade e Evitamento; os indivíduos associados aos padrões de Apego Inseguro Ambivalente têm níveis altos em Ansiedade e baixos em Evitamento; o Apego Inseguro Evitante revelam níveis altos em Evitamento e baixos em Ansiedade; e, Apego Desorganizado pontuam com níveis altos nas duas dimensões, Evitamento e Ansiedade (NATIVIDADE; SHIRAMIZU, 2015).

Os resultados encontrados pelos estudos de validade da escala ECR indicam boas qualidades psicométricas, com elevada consistência interna e bons indicadores de validade para a população brasileira (ROAZZI et al, 2017).

Para o estudo dos sentimentos e emoções vivenciados nas Experiências Subjetivas, as escalas de Otimismo, Felicidade, Esperança, Satisfação com a vida e Resiliência foram escolhidas por se tratar de temas da Psicologia Positiva, por ser medidas curtas, validadas no

Norte e Nordeste brasileiro, com população com baixa escolaridade e de origem étnica diversificada.

A escala de Otimismo mede como os indivíduos sentem e compreendem seus propósitos sociais e pessoais, mobilizadores da ação, motivadores da conduta e indicadores positivos da qualidade de vida. A medida é constituída por 4 (quatro) itens organizados em escala do tipo Likert de 5 pontos. A escala demonstrou boa confiabilidade e fidedignidade nas investigações empreendidas no Amazonas (MASCARENHAS; ROAZZI, 2012).

A medida de Felicidade foi validada no norte do país, composta por 18 itens numa escala do tipo Likert de 5 pontos. Mede o sentimento que o indivíduo reporta e avalia de forma positiva a qualidade geral de sua vida presente (MASCARENHAS; ROAZZI, 2012).

A Esperança, segundo Mascarenhas e Roazzi (2012), é caracterizada pela convicção de que as aspirações podem ser atingidas. A medida psicológica foi validada no Brasil com boa consistência interna, composta por 6 itens repartidos em uma escala do tipo Likert de 5 pontos.

Já a Satisfação com a vida é uma medida composta por 5 itens repartidos em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, validada no Norte do país (MASCARENHAS; ROAZZI, 2012). Pretende avaliar o sentimento de satisfação com a realização pessoal em dimensões como: pessoal, trabalho, familiar e social (MASCARENHAS; ROAZZI; LEÓN, 2017).

A medida Breve do Comportamento Resiliente, validada no Norte do país, é constituída por 4 itens repartida em 5 pontos em escala do tipo Likert (PESSOA; MASCARENHAS, 2013). Tem como objetivo compreender como os indivíduos lidam com o estresse de modo adaptativo, retornando o equilíbrio emocional após situação de trauma ou abalo emocional (MASCARENHAS; ROAZZI; LEÓN, 2017).

O presente estudo objetiva examinar as propriedades distributivas dessas escalas e suas associações com os aspectos sociais.

5.2.2 Procedimentos Metodológicos

5.2.2.1 Amostra

Participaram 66 cuidadores de crianças com idades entre 0 e 2 anos. Compostos por dois grupos: 51 indivíduos com crianças com microcefalia e 15 respondentes com crianças

sem microcefalia e outras deficiências. A amostragem não probabilística foi escolhida para a seleção das participantes.

5.2.2.2 Instrumentos

Os participantes responderam as seguintes escalas psicométricas: Experiences in Close Relationship (ECR), Escala SWLS (Satisfaction With Life Scale), Escala sobre o Otimismo, Escala sobre a Felicidade – ESF, Escala sobre a Esperança e a Escala Breve do Comportamento Resiliente – EBCR. Além dessas medidas, os cuidadores (as) preencheram um questionário sociodemográfico contendo variáveis de interesse para a investigação já descritas na etapa anterior.

5.2.2.3 Procedimentos

A pesquisa atendeu as mesmas considerações éticas e operacionais utilizadas e descritas na etapa de análise 1.

5.2.2.4 Análises dos dados

Os dados foram analisados por meio da construção, verificação e análise por meio do pacote estatístico SPSS versão 20.0. Para atender aos objetivos foram executados o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney e testes de correlação de Pearson e Ponto-Bisserial.

5.2.3 Resultados

Devido a heterogeneidade dos grupos acima apresentados e a não-normalidade de distribuição dos dados nas medidas utilizadas, e por se constituírem de amostras independentes, o teste estatístico não-paramétrico chamado U de Mann-Whitney foi escolhido para a comparação das médias da escala psicométrica ECR dos grupos com microcefalia e sem microcefalia. A Tabela 6 discrimina tal distribuição:

Tabela 6 - Média, desvio-padrão e Teste de Mann-Whitney dos fatores da escala ECR dos grupos de cuidadoras de crianças com microcefalia e sem microcefalia (controle).

Dimensões do ECR	Sem Microcefalia		Com microcefalia		Mann-Whitney	
	Média	DP	Média	DP	U	P
ECR – Evitamento	2,43	0,92	2,78	1,06	311,5	0,238

ECR – Ansiedade	3,64	1,06	4,03	1,43	330	0,367
-----------------	------	------	------	------	-----	-------

Tal teste estatístico é capaz de comparar os achados de amostras de tamanhos diferentes e pequenas. Na verificação acima, observar-se que as médias de Ansiedade do ECR são mais elevadas nos dois grupos (com e sem microcefalia) e Evitamento com valores médios mais baixos, contudo, a média de Ansiedade e Evitamento do grupo de cuidadoras com microcefalia são mais elevadas em comparação ao grupo controle. Porém, notamos que se obteve no Teste de U de Mann-Whitney a comprovação que não há diferenças significativas entre os dois grupos, devolvendo para a dimensão de evitamento do ECR um $U = 311,5$ e $P = 0,238$ e para o fator de ansiedade do ECR, $U = 330$ e $P = 0,367$.

A dimensão Evitamento obteve a média de 2,78 ($DP = 1,06$) no grupo de cuidadoras com crianças com microcefalia; o grupo controle evidenciou uma média de 2,43 ($DP = 0,92$) para a mesma dimensão. As dimensões de Ansiedade alcançaram as maiores médias nos dois grupos, o valor médio encontrada no grupo de cuidadoras com crianças com microcefalia foi de 4,03 ($DP = 1,43$) e no grupo controle, verificou-se uma média de 3,64 ($DP = 1,06$).

A confiabilidade alfa de *Cronbach* das dimensões do ECR para os dois grupos apresentaram valores satisfatórios. O grupo de cuidadoras de crianças com microcefalia obteve em Ansiedade um valor ,938 e ,935 considerando-se os itens separadamente; para a dimensão de Evitamento, alcançou ,854 e ,861 considerando-se os itens separadamente. No grupo controle, o alfa de *Cronbach* chegou a ,877 e ,979 considerando-se os itens separadamente em Ansiedade; em Evitamento obteve ,850 e ,888 considerando-se os itens separadamente.

Tais resultados apontam que os valores médios dos dois grupos obtidos nos fatores do ECR indicam um equilíbrio enquanto diferenciação entre amostras.

5.2.3.1 As Escalas de Experiências Subjetivas

As escalas de Experiências Subjetivas foram selecionadas as associadas ao Otimismo, Felicidade, Esperança, Satisfação com a vida e Resiliência. Todas as medidas possuem um intervalo de 1 a 5, sendo o mínimo com significado de discordância com o item e o máximo como concordância total. Considerando o 3 como ponto central das escalas.

A Tabela 7 levanta os dados obtidos em cada medida, suas médias e desvios-padrão.

Tabela 7 - Média, desvio-padrão e Teste de Mann-Whitney nas diferentes escalas de experiência subjetiva dos grupos das cuidadoras de crianças com microcefalia e sem microcefalia (controle).

Tipo de Escala	Sem Microcefalia		Com Microcefalia		Mann-Whitney	
	Média	DP	Média	DP	U	P
Otimismo	4,21	0,61	4,13	0,76	380	0,794
Felicidade	3,99	0,48	4,04	0,63	350,5	0,487
Esperança	4,13	0,64	4,27	0,66	331,5	0,326
Satisfação com a vida	3,5	1,11	3,24	0,96	318	0,238
Resiliência	3,41	0,98	3,58	0,91	354,5	0,523

A Esperança foi a dimensão com a média mais alta encontrada entre as medidas de experiências subjetivas dentro do grupo com microcefalia, com valor de 4,27 (DP = 0,66), seguida pela média encontrada na dimensão do Otimismo que foi de 4,13 (DP = 0,76) para o grupo com microcefalia. Felicidade ocupando a posição da terceira maior média dentro do grupo (M = 4,04; DP = 0,63) e Resiliência vindo após com uma média de 3,58 (DP = 0,91), o valor médio mais baixo dentro do grupo foi a de Satisfação com a vida (M = 3,24; DP = 0,96).

O Otimismo, para o grupo controle, possui a maior média (M = 4,21; DP = 0,61). Esperança com uma média de 4,13 (DP = 0,64) e Felicidade obteve 3,99 de média (DP = 0,48). A Satisfação com a vida teve média de 3,5 (DP = 1,11) e a Resiliência ocupou a posição com a menor média (M = 3,41; DP = 0,98).

Verifica-se que não há diferenças significativas informadas pelo teste U de Mann-Whitney em todas as medidas, o que indica que há segurança para utilizar os valores dos dois grupos para uma comparação.

A aproximação das médias e desvios-padrão nas escalas de experiências subjetivas são bem similares. Tais testes indicam a possibilidade da verificação dos desempenhos dos dois grupos, mesmo possuindo características heterogêneas em suas distribuições.

O estudo da confiabilidade das escalas de Experiências Subjetivas nesta etapa analítica, verificou-se bons índices de consistência interna. Para o grupo com microcefalia, Otimismo possui um coeficiente alfa de *Cronbach* de ,817 e de ,815 considerando os itens separadamente. Felicidade com coeficiente de ,936 e de ,937 para os itens separados. Esperança apresenta valores de ,882 e de ,883 para os itens separados. Satisfação com a vida alcançou um índice de confiabilidade de ,824 e de ,828 considerando-se os itens separadamente e Resiliência obteve ,821 de coeficiente alfa de *Cronbach* e de ,826 nos itens separados. O que indica boas medidas dos instrumentos na pesquisa presente.

Já o grupo controle, obteve coeficiente de confiabilidades semelhantes. Otimismo alcançou o coeficiente alfa de *Cronbach* de ,866 e de ,873 nos itens separados. Felicidade com ,869 e ,869 nos itens separados. Coeficiente de Esperança de ,795 e de ,797 considerando os itens separados. Satisfação com a vida com coeficiente alfa de ,880 e de ,895 nos itens separados. E por fim, Resiliência com ,843 de coeficiente alfa de *Cronbach* e ,846 ao se considerar os itens separadamente.

Para analisar as associações entre as diferentes medidas psicológicas do estudo em relação aos aspectos pessoais, sociais e econômicas das respondentes foram utilizadas a exploração por meio de testes de correlação de Pearson e de Ponto-Bisserial. A fim de verificar as interrelações existentes entre essas.

A Tabela 8 nos permite a visualização por menorizadas das correlações:

Tabela 8 - Coeficientes de correlação (Pearson e Ponto-Bisserial) entre as diferentes escalas e perfil sociodemográfico das cuidadoras com crianças com microcefalia.

Variáveis Sociodemográficas		Evitamento	Ansiedade	Otimismo	Felicidade	Esperança	Satisfação	Resil.
Idade	<i>R</i>	,236	,292	,169	-,020	-,118	-,093	-,066
	<i>p</i>	,099	,039	,235	,891	,408	,517	,644
Sem relacionamento	<i>r_{pb}</i>	,059	-,106	,320	,303	,319	,006	,075
	<i>p</i>	,680	,456	,019	,027	,020	,967	,595
Escolaridade	<i>r</i>	-,316	,098	-,001	-,149	-,162	-,075	-,246
	<i>p</i>	,023	,488	,996	,287	,247	,593	,076
Número de filhos	<i>r</i>	,219	-,031	-,024	-,019	-,101	-,024	,210
	<i>p</i>	,118	,828	,864	,892	,471	,867	,132
Empregado	<i>r_{pb}</i>	,241	,216	,136	,093	,009	,139	,335
	<i>p</i>	,085	,124	,330	,509	,951	,321	,014

Renda da família	<i>r</i>	-,192	,140	-,163	-,210	-,266	-,085	-,122
	<i>p</i>	,173	,323	,244	,132	,054	,544	,383

Conforme os dados apresentados acima, é possível verificar que idade se relaciona significativamente de forma positiva ($r = 2,92$; $p = ,039$) com o fator de Ansiedade da escala ECR, indicando que quanto maior a idade do cuidador, maior a sua característica de Ansiedade no padrão de sua associação com o Apego Adulto. Outro achado interessante é sobre a função do relacionamento amoroso na associação com as experiências subjetivas, verifica-se que cuidadoras de crianças com microcefalia possuem níveis significativos mais altos com Otimismo ($r_{pb} = ,320$; $p = ,019$), Felicidade ($r_{pb} = ,303$; $p = 0,27$) e Esperança ($r_{pb} = ,319$; $p = ,020$) quando não possuem um companheiro (a) e, conseqüentemente, negativos quando estão com relacionamento declarado.

A escolaridade também se relaciona negativamente com o fator de Evitamento da escala de Apego Adulto ECR, indicando que quanto mais alta a escolarização das cuidadoras de crianças com microcefalia, mais baixos seus índices de Evitamento ($r = -,316$ e $p = ,023$). Não houve diferenças significativas para número de filhos e as escalas utilizadas. Entretanto, ao averiguar a correlação entre ocupação e medidas das experiências subjetivas, percebe-se que as cuidadoras de crianças com microcefalia que estavam empregadas possuíam melhores índices na escala de Resiliência ($r_{pb} = ,335$; $p = ,014$) e quanto maior a renda da família, menor o índice de relação com a Esperança – notar a relação ser marginalmente significativa ($r = -,266$; $p = ,054$).

Tais dados obtidos são diferentes quando analisamos as interrelações das mesmas escalas com as cuidadoras de crianças que não tem microcefalia e outras deficiências. Os dados completos na Tabela 9.

Tabela 09. Coeficientes de correlação (Pearson e Ponto-Bisserial) entre as diferentes escalas e perfil sociodemográfico das cuidadoras com crianças **sem microcefalia (Controle)**.

Variáveis Sociodemográficas		Evitamento	Ansiedade	Otimismo	Felicidade	Esperança	Satisfação	Resil
Idade	<i>R</i>	,137	-,084	,112	-,267	-,238	-,135	-,173
	<i>P</i>	,625	,767	,691	,336	,393	,632	,538
Sem.relacionamento	r_{pb}	,270	,197	,104	,150	,443	-,284	,359
	<i>P</i>	,330	,481	,713	,593	,098	,305	,189
Escolaridade	<i>R</i>	-,174	,076	-,033	,050	-,236	,206	-,124
	<i>P</i>	,536	,787	,907	,861	,398	,460	,660

Número de filhos	<i>R</i>	,454	,064	-,080	-,327	-,113	-,387	-,124
	<i>P</i>	,089	,822	,777	,234	,688	,155	,659
Empregado	<i>r_{pb}</i>	,197	-,103	-,240	-,455	-,427	-,137	-,352
	<i>P</i>	,482	,716	,389	,089	,112	,627	,198
Renda da família	<i>R</i>	-,093	-,084	-,368	-,300	-,438	,300	-,486
	<i>P</i>	,741	,765	,177	,278	,102	,277	,066

Atentamos que não existem relações significativas entre o perfil sociodemográfico, as escalas de experiências subjetivas e de Apego Adulto para as cuidadoras de crianças sem microcefalia. O que pode sugerir que os fatores sociais, econômicas e culturais de cuidadoras com crianças com deficiência são um dos fatores que mobilizam ou acrescentam mudanças consideráveis nos seus modos de lidar consigo mesmo, com os outros e com o seu redor, afetando suas vivências positivas sobre o passado, o presente e o futuro.

Ao considerarmos as correlações acima de .35 (destacadas em negrito na Tabela 09), há a possibilidade de suceder relações entre as variáveis sociais, subjetivas e de vinculação das cuidadoras com crianças sem deficiência que resvalam em novos questionamentos sobre o início e ação da parentalidade nas Experiências Subjetivas e no perfil social. Denotando que a entrada na vida como cuidador de uma criança é, por si, um sinal de grandes mudanças sociocognitivas e afetivas. Por ora, é preciso que sejam realizadas investigações posteriores para maiores aprofundamentos.

Devido a importância dos dados surgidos na interrelação entre Relacionamento Amoroso, escala de Apego Adulto e de Experiências Subjetivas, buscamos a verificação detalhada dos valores médios desses dois grupos para essa variável (Tabela 10).

Tabela 10 - Média, desvio-padrão e Teste de Mann-Whitney nas diferentes escalas em função do tipo de relacionamento (com e sem Relacionamento) para os grupos de cuidadoras de crianças com microcefalia (Grupo Microcefalia) e sem microcefalia (Grupo Controle).

Tipo de Escala	Sem Relacionamento		Com Relacionamento		Mann-Whitney	
	Média	DP	Média	DP	U	P
Grupo Controle						
ECR – Evitamento	2,72	1,16	2,22	,74	22,0	,607
ECR – Ansiedade	3,88	,66	3,47	1,27	20,0	,456
Otimismo	4,29	,60	4,16	,64	23,5	,689

Felicidade	4,08	,56	3,93	,46	21,0	,529
Esperança	4,47	,43	3,90	,68	11,5	,066
Satisfação com a vida	3,13	1,36	3,75	,90	18,5	,328
Resiliência	3,83	,83	3,13	1,01	15,0	,181
Grupo Microcefalia						
ECR – Evitamento	2,98	1,13	2,66	1,02	260,5	,314
ECR – Ansiedade	3,99	1,48	4,04	1,41	305,0	,872
Otimismo	4,43	,57	3,94	,81	211,0	,027
Felicidade	4,32	,39	3,88	,70	210,5	,028
Esperança	4,56	,34	4,09	,75	210,0	,027
Satisfação com a vida	3,25	,92	3,23	1,01	322,0	,883
Resiliência	3,70	,70	3,51	1,02	313,0	,753

Observa-se, apoiados na análise estatística oferecida pelo teste U de Mann-Whitney, que há diferenças significativas nos achados de Otimismo ($U = 211,0$; $p = ,027$), Felicidade ($U = 210,5$; $p = ,028$) e Esperança ($U = 210,0$; $p = ,027$) entre as respondentes de crianças com microcefalia em relação ao grupo controle. O que indica uma diferenciação clara nessas duas esferas entre os dois grupos.

As medidas utilizadas apresentam boas propriedades de confiabilidade. Sugere-se que as dimensões da escala de Apego (Ansiedade e Evitamento) tem ação sobre os fatores protetivos nas experiências subjetivas e sobre as adversidades sociais.

Para uma consideração mais robusta sobre essa hipótese, outros estudos precisam ser desenvolvidos com outros grupos de cuidadores de crianças com deficiência que não façam parte do grupo oriundas da Síndrome Congênita do Zika vírus.

5.2.4 Discussão

Análises descritivas e o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney foram realizados nas medidas utilizadas nesta investigação. A partir da análise feita pelo teste U de Mann-Whitney, verificamos que os grupos de cuidadoras com crianças com microcefalia e controle possuem diferenças de tamanho e distribuição, constituindo-se de amostras independentes,

porém possível a realização do exame comparativo entre as bases de informações oferecidas pelas escalas de Apego Adulto e Experiências Subjetivas.

5.2.4.1 *Experiences in Close Relationship (ECR) – Escala de Apego Adulto*

Os escores do ECR variam no intervalo de 1 a 7, com os valores máximos indicando concordância completa e o mínimo, discordância total. Constituindo o ponto 4 como centro, com indicação de nem concordância, nem discordância sobre o julgamento diante do item. A escala é constituída por 36 frases, agrupados em grupos de 18 itens cada, com medição da Ansiedade e do Evitamento, que versam sobre relacionamento amoroso presente ou passado dos respondentes, dimensões que constituirão o Apego Adulto. Os 36 itens são intercalados de modo que os 18 itens de Ansiedade eram interpostos com os demais 18 de Evitamento, com correspondência para itens pares para Ansiedade e ímpares, Evitamento. Dessas dimensões, derivam-se os quatros Estilos de Apego Adulto (ROAZZI; NASCIMENTO; SOUZA, 2017).

A escala do ECR se divide em duas grandes dimensões independentes entre si (Evitamento e Ansiedade). A dimensão Evitamento diz respeito as características dos itens que incluem alta autoconfiança, com a presença de dificuldades e desconfortos na proximidade emocional e física com os parceiros. A segunda, Ansiedade, indica a preocupação intensa com os relacionamentos sentimentais, medo de abandono e a necessidade de proximidade emocional e física com os parceiros (ROAZZI; NASCIMENTO; SOUZA, 2017).

No estudo de validade para a versão brasileira do questionário ECR, Roazzi, Nascimento e Souza (2017) encontraram um coeficiente alfa de *Cronbach* para Ansiedade igual a a ,851 considerando os fatores e ,859 considerando os itens separadamente; Em evitamento chegaram aos valores de ,860 considerando os fatores e ,869 considerando os itens separadamente.

A escala ECR já validada anteriormente no Brasil e em outros países, corroboram com os valores encontrados nesse estudo. Os índices são também próximos aos encontrados na validação da escala na Espanha empreendida por Alonso-Arbiol, Balluerka, Shaver e Gillath (2008), demonstrando que os quatro coeficientes estavam acima de .85 nas duas dimensões (Ansiedade e Evitamento).

O alfa de *Cronbach*, apresentado pelo psicólogo Lee J. Cronbach em 1951, é um dos recursos mais importantes para estimar a confiabilidade da consistência interna de um questionário utilizado em um estudo científico. Indica que os resultados refletem uma medida livre de variância de erros aleatórios e avalia que os itens estão correlacionados (MATTHIENSEN, 2011).

Tais achados podem indicar que elementos socioculturais são capazes de estar provocando ações nos valores da dimensão da Ansiedade, com destaque para o índice mais elevado no grupo de cuidadoras com crianças com microcefalia que serão desafiadas com a chegada de um filho com deficiência, com uma condição de saúde rara, mediatizada, com impactos na sua empregabilidade, altas exigências médicas e terapêuticas e risco de abandono do companheiro.

5.2.4.2 Escalas de Experiências Subjetivas

Segundo a Psicologia Positiva, o Otimismo pode ser compreendido como uma disposição interna do indivíduo para apreender os resultados positivos e negativos de um modo racional, sendo capaz de identificar atitudes e expectativas da pessoa com seu mundo e seu futuro. É um dos dispositivos mais eficazes na adaptação aos contextos críticos da vida, da evolução psicossocial e da saúde mental.

Já a Felicidade, refere-se a avaliação cognitiva sobre seu estado em estar feliz ou não, fundamental para o senso de significado e propósito de vida. A Esperança como o estrategista diante de adversidades, capacidade cognitiva de formular metas e rotas para alcançar objetivos. A Satisfação com a vida como um componente cognitivo do indivíduo na capacidade de acomodação a perdas e assimilação de informações positivas sobre o seu *self*. E a Resiliência entra na dinâmica psíquica do indivíduo como a avaliação de modos de superação frente as barreiras ambientais, biológicas e sociais.

A felicidade é uma das medidas mais complexas para a compreensão (GRAZIANO, 2005). Segundo Mikulincer (2013), a felicidade não pode ser apreendida como uma emoção simples e isolada, pois ocorre em uma série de emoções positivas e negativas. O que pode indicar esse valor acima de ,90 no coeficiente alfa de confiabilidade na escala, porém não é um indicativo de desprezo pelos achados.

Os coeficientes de confiabilidade encontrados nos resultados estão respaldados nos achados das pesquisas de validade das escalas de Satisfação com a vida (ALBUQUERQUE; SOUZA; MARTINS, 2010; PAVOT; DIENER, 1993; SIMÕES, 1992; PAVOT et al., 1991)

que obteve um índice de coeficiente de *Cronbach* acima de 0,84 em seus itens. Algo que ocorre de modo similar com as escalas de Otimismo (RIBEIRO; FERNANDES, 2013; BARROS, 1998), nas escalas de Felicidade (BARROS, 2001), com a medida de Esperança (BARROS, 2003) e Resiliência (PESSOA; MASCARENHAS, 2014; SINCLAIR; WALLSTON, 2004).

Segundo Almeida, Santos e Costa (2010), o valor mínimo aceitável de um coeficiente alfa de *Cronbach* é de 0,70, abaixo desse índice a consistência interna é baixa, algo que não ocorre com Esperança no grupo controle, mesmo tendo valores mais baixos em relação as demais medidas. Os valores preferidos estão compreendidos entre 0,70 e 0,90.

O estudo das escalas de Experiências Subjetivas permite ser um bom valor indicativo para o entendimento dos valores médios que serão observados na categorização da distribuição dessas dimensões e dos diferentes padrões de Apego Adulto.

As análises realizadas a partir do exame dos coeficientes de correlação entre as diferentes escalas aplicadas, indicaram a existência de alguns elementos significativos entre essas. As variáveis foram analisadas de acordo com a verificação da relação entre escala de Apego Adulto, medidas das Experiências Subjetivas e aspectos sociais, com comparação das mesmas intercorrelações por grupos (com microcefalia e sem microcefalia).

A dimensão da Ansiedade medida pela escala ECR reflete o nível que um indivíduo se preocupa com a disponibilidade do parceiro estar próximo nos momentos de necessidades físicas, ambientais e/ou psicológicas. O Evitamento refletirá a desconfiança de um indivíduo em estabelecer um relacionamento com o parceiro, se esforçando em manter uma independência comportamental e afetiva (MIKULINCER, 1997).

A responsabilidade da maternagem exclusiva provoca uma preocupação a mais diante dos constantes relatos de abandono dos companheiros a contar do nascimento de uma criança com microcefalia. Já as cuidadoras com crianças com microcefalia que não possuem um relacionamento declarado, apresentam relação positiva com a Felicidade ($r = ,303$; $p = 0,27$) e a Esperança ($r = ,319$; $p = ,020$).

Tais achados sobre o relacionamento marital sustenta os dados discutidos por Mohammadi, Samavi e Ghzavi (2016), Gusmán e Contreras (2012), Pontes-Fernandes e Petean (2011) e Gupta e Singhal (2004), onde a insatisfação conjugal associa-se a fatores de resiliência e bem-estar subjetivo do casal.

Ao se escrutinar esse dado sobre Relacionamento e as distintas medidas psicométricas a partir da comparação entre as duas amostras, observa-se que o teste não paramétrico U de Mann-Whitney apresentou diferenças significativas nas dimensões de Otimismo ($U = 211,0$; $p = ,027$), Felicidade ($U = 210,5$; $p = ,028$) e Esperança ($U = 210,0$; $p = ,027$) corroborando os achados apontados no estudo das correlações.

Scheeren, Delatorre, Neumann e Wagner (2015) apontam que os Estilos de Apego Inseguros são preditores de padrões de resolução de conflitos destrutivos na relação conjugal diante de situações conflitivas e estressoras, com prejuízos nas experiências subjetivas associadas a satisfação com a vida.

Nos estudos de Barros (2010) sobre a Felicidade, Otimismo e Esperança nas populações jovens, adultas e idosas, verificou que há uma ligação muito estreita entre essas três dimensões nos indivíduos. Valores negativos em alguma dessas experiências subjetivas, ocasionará o rebaixamento dos demais itens relacionados, com impactos diretos no Bem-estar subjetivo. Completa que não se pode desprezar as variáveis sociodemográficas, contextuais e ambientais na interação dessas dimensões.

Já a dimensão do Evitamento da escala de Apego Adulto tem correlação significativa negativa com nível de escolaridade das cuidadoras de crianças com microcefalia ($r = -,316$; $p = ,023$). O que pode sinalizar que as cuidadoras de crianças com microcefalia que possuem mais anos de estudo não conseguem elaborar melhor a aceitação da colaboração por parte dos companheiros, sugere, ainda, que possam existir obstáculos e inquietações com o convívio afetivo com outras pessoas que estão próximas.

Segundo Mickelson, Kessler & Shaver (1997), quanto maior o nível de escolaridade das mães maiores serão as exigências e um estilo parental autoritário, correlacionando-se positivamente com os Estilos de Apego Inseguro.

As cuidadoras de crianças com microcefalia possuem uma relação negativa entre a Esperança e a variável sociodemográfica referente a renda da família. Ter uma renda mais elevada pode prenunciar que haja uma diminuição nos planos futuros dessa cuidadora em relação à situação financeira, dificultando os pensamentos de rumo e ação presentes na capacidade cognitiva de trajetos necessários para a construção de metas.

Kausar, Jevne e Sobsey (2003), relacionam a Esperança com o futuro e este com as ameaças do inesperado, com impactos no crescimento da pessoa e da estabilidade pessoal,

entre elas a financeira, a associação entre renda mais elevada com menores índices de Esperança estão relacionados com a preocupação em manter o padrão de vida frente os cuidados com uma criança com deficiência e a exigência da demanda de cuidados medicamentosos, de reabilitação, de educação e assistência hospitalar, conforme já discutido por Okido, Cunha, Neves, Dupas e Lima (2016). Lloyd e Hastings (2009), discutem como fatores sociais irão atingir a Esperança e consequentemente a percepção do bem-estar subjetivo, ocasionado a diminuição dos valores observados neste estudo na experiência subjetiva ligada ao futuro.

Todavia, a empregabilidade das cuidadoras de crianças com microcefalia é um dos valores mais importantes na capacidade resiliente frente as adversidades da vida. A correlação positiva entre ocupação e Resiliência foi de ,335 ($p = ,014$). Caracterizando que o emprego é um fator psicossocial compensatório. Observar-se adiante que os menores escores em Resiliência provocam uma redução em todas as outras dimensões das Experiências Subjetivas neste grupo, como ocorrerá com os Estilos de Apego Ambivalente e Desorganizado.

Ribeiro, Sousa, Vandeberghe e Porto (2014), ao estudarem sobre o estresse parental em mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral, observaram que as mães que não tinham trabalho remunerado apresentavam 2,62 vezes mais chances de se tornarem estressadas, elevando os valores de sofrimento parental, além de provocar a diminuição na renda e na participação social associados a piora dos estados da saúde psicológica.

Compreende-se, neste estudo, que o trabalho remunerado como fator compensatório, assim como entende Halstead, Ekas, Hastings e Griffith (2018), ao observamos que as cuidadoras de crianças com microcefalia que são empregadas não diferem nos valores de resiliência, mas a empregabilidade ainda é vista por mães desempregadas como compensação para condições mais adequadas de vida e bem-estar.

O trabalho é compreendido pelos indivíduos como inerente a condição humana e reprodução social, comprovando sua centralidade social, onde o estar empregado pode significar para essas cuidadoras o fio que as mantém ligadas a capacidade de criar, transformar e agir, ou seja, estar na condição de ser social (SILVA, E, 2013). Indicativo da importância das atividades remuneradas e a inserção da cuidadora de crianças com microcefalia nas diferentes modalidades de atividades de geração de renda.

Verifica-se que ao analisar o grupo controle e as variáveis sociodemográficas, de apego e de experiências subjetivas não surgiram relações entre esses diferentes aspectos. Esse dado sugere que os fatores sociocognitivos e ambientais atingem a constituição dos padrões de Apego Adulto e de sua vivência positiva, discutida na etapa anterior.

5.3 ETAPA DE ANÁLISE 3

O entendimento sobre os sentimentos e emoções vivenciados nas experiências subjetivas dos cuidadores de crianças com microcefalia estão atrelados as suas condições de bem-estar social, promoção e qualidade de vida (MIRA, 2009). Os estudos sobre emergências de saúde, traumas e desastres, assim como os voltados para a parentalidade de crianças com deficiência focam nos aspectos de diagnóstico e sintomas psicopatológicos (ALMEIDA; BARBOSA, 2014).

Entretanto, a Psicologia Positiva desponta como uma teoria que assume o desenvolvimento humano como multifatorial e complexo, onde os aspectos positivos e negativos caminham juntos, contudo, os primeiros favorecem a aproximação e a convivência com outras pessoas e com o ambiente, já o negativo diz respeito aos fatores cognitivos que impõe ao indivíduo um desarranjo pessoal, social e comunitário. Tornando a investigação das dimensões positivas base para uma leitura positiva na pesquisa psicológica e na intervenção clínica (GRAZIANO, 2005).

A partir das análises realizadas na etapa 2, é possível a categorização dos cuidadores de crianças com microcefalia de acordo com os padrões associados aos Estilos de Apego Adulto em Seguro e Inseguro, assim como suas divisões em Inseguro Evitante, Inseguro Ambivalente e Desorientado.

Conforme Dalbem (2005), o Apego Seguro nos adultos se relacionam com maiores competências emocionais, afetivas, sociais, relacionamentos com outros indivíduos de modo mais adequado e habilidades em superar as dificuldades impostas pelo ambiente. Comporta uma melhor consciência pessoal, auto-observação e consistência do *self*.

Os indivíduos adultos que possuem uma vinculação do tipo de Apego Inseguro demonstram tendências a vulnerabilidades devido às limitações e imposições sobre os seus sentimentos e emoções em momentos de estresse, com prejuízos nas habilidades de relacionamento com outras pessoas, reduzindo os apoios sociais e suas chances de enfrentamento as adversidades ambientais. Suas vivências são marcadas por elementos

negativos, impondo barreiras na abertura cognitiva e superação dos traumas (DALBEM, 2005).

O Apego Inseguro Evitante apresentam estratégias defensivas com fins em estabelecer e manter uma auto-imagem segura e positiva, e considera as imagens dos outros indivíduos como negativas, suas relações íntimas são pontuadas pela cautela e pelas evitações (DALBEM, 2005).

O Apego Inseguro Ansioso desencadeia nos indivíduos fortes sentimentos e emoções de teor ansiogênico, com impacto na abertura cognitiva e exploração dos relacionamentos íntimos. Utiliza constantemente estratégias de minimização, repressão e negação de sentimentos, mesmo positivos, pois ampliam a sensação de ansiedade, evitando-as fortemente. Torna os indivíduos hipervigilantes, com níveis mais altos de estresse e reações emocionais negativas externalizadas e internalizadas, com retração na interação social. Apresenta auto-avaliação negativa, enquanto visualiza os demais como auto-suficientes e mais capacitados, indicando um quadro de baixa auto-estima (DALBEM, 2005).

Mikulincer (2013) aponta que os padrões de apego associados aos indivíduos com Apego Desorganizado sinalizam graves perturbações de ordem psíquica e incoerência nos atos e discursos. Não deixando claro quais são suas estratégias de resolução de problemas, mas são propícios a utilizarem de mecanismos psicopatológicos para enfrentarem as dificuldades da vida.

Pesquisas realizadas por Mikulincer e Shaver (2007) apontam correlações entre os diferentes Estilos de Apego e características sociais, como idade, escolaridade, relacionamento e renda. Elementos que corroboram que os Estilos de Apego são fatores protetivos aos obstáculos contextuais.

Outras características interagem na cena entre Apego, Experiências Subjetivas e aspectos sociais, em um estudo sobre as Representações Sociais do Zika vírus por mães afetadas durante a gestação no Rio de Janeiro revelam que invocaram imagens negativas em relação à infecção do vírus e da microcefalia. Segundo os autores, os sentimentos de angústia frente ao desconhecido gera sensações de culpa e vergonha, sendo impregnadas por afeto e crenças negativas, suscitando prejuízos nas relações delas com seus bebês (VETERE; ATAÍDE; PINTO, 2017).

Ainda de acordo com Vetere, Ataíde e Pinto (2017), as mães entrevistadas no Rio de Janeiro relataram ter pensado na interrupção da gravidez quando descobriram a condição de saúde dos filhos, porém desistiam e não praticavam o aborto devido as convicções religiosas. Relatam ter vivido a recepção do diagnóstico dos filhos com reações negativas.

O desenvolvimento do Apego e os próprios Estilos de Apego dos cuidadores tem o contexto social como elementos constitutivos, sendo preciso considerar os fatores ambientais e sociais nas vivências positivas de seus sentimentos e emoções diante de situações de traumas e desastres, ciente disto, esta etapa de análise objetiva identificar os diferentes padrões associados aos Estilos de Apego Adulto Seguro e Inseguro dos cuidadores de crianças com microcefalia, assim como analisar as associações que esses têm com os fatores sociais e subjetivos positivos.

5.3.2 Procedimentos Metodológicos

5.3.2.1 Amostra

A amostra foi composta por dois grupos de cuidadoras: Com crianças com microcefalia (51 participantes) e com crianças sem microcefalia e outras deficiências (15 participantes). Todas as cuidadoras tem crianças com idades entre 0 e 2 anos. As respondentes foram selecionadas a partir de amostragem não-probabilística.

5.3.2.2 Instrumentos e Procedimentos

A pesquisa atendeu as considerações éticas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Resolução de nº 510/2016 do CNS e do Código de Ética Profissional do Psicólogo (a). Os instrumentos e procedimentos operacionais aplicados são os mesmos detalhados na etapa de análise 2. Destaca-se que a categorização dos Estilos de Apego Adulto foram exploradas.

5.3.2.3 Análises dos dados

Os dados foram elaborados mediante auxílio do pacote estatístico SPSS versão 20.0. Com execução de estatísticas descritivas para a categorização dos diferentes padrões de vinculação dos cuidadores e testes de correlação de Pearson e Ponto-Bisserial para exame de suas associações com os aspectos sociais e subjetivos.

5.3.3 Resultados

Para atender um dos objetivos específicos, foi preciso realizar a categorização dos diferentes Estilos de Apego Adulto associados as cuidadoras do grupo de crianças com microcefalia e do grupo sem microcefalia. Para tal, a partir de análises descritivas, utilizando médias, medianas e desvios-padrão, houve a seleção dos valores da mediana como ponto de corte para se chegar aos diferentes padrões.

Tabela 11 - Distribuição de média, mediana e desvio-padrão para categorização dos padrões de apego dos grupos de cuidadoras.

Cuidadores com crianças com microcefalia	Média	Mediana	Desvio padrão
Evitamento	2,8	2,6	1,1
Evitamento total	48,3	46,0	17,6
Ansiedade	4,0	4,1	1,4
Ansiedade total	72,7	73,5	26,5
Cuidadores com crianças sem microcefalia			
Evitamento	2,4	2,3	0,9
Evitamento total	43,7	42,0	16,7
Ansiedade	3,6	3,6	1,1
Ansiedade total	65,5	65,0	19,2

A Tabela 11 demonstra a distribuição dos valores levantados a partir das duas dimensões da escala de Apego Adulto ECR. A categorização se deu do seguinte modo:

Para o ECR, cada item contém uma escala Likert de 7 pontos/opções diferentes de respostas. Os itens são relacionados de acordo como o participante vivem e se sentem em relações sentimentais. Para a verificação da classificação dos Estilos de Apego Adulto (Seguro, Inseguro Ambivalente, Inseguro Evitante e Desorganizado), de cada respondente é feita a análise dos itens: a soma dos pontos dos **itens pares** do ECR estão relacionadas aos fatores de **Ansiedade** e a soma dos **itens ímpares** relacionadas aos fatores de **Evitamento**. Tomando como referência a mediana como ponto de corte:

- a) Se a mediana (para itens pares e ímpares) foram superiores ao ponto de corte o respondente está associado ao Estilo de Apego Desorganizado;
- b) Se apenas os itens ímpares foi superior ao ponto de corte e itens pares abaixo - maior proximidade com o Estilo de Apego Inseguro-Evitante;

- c) Se apenas os itens pares foi superior ao ponto de corte e os itens ímpares foram abaixo – mais próximo do Estilo de Apego Inseguro-Ambivalente;
- d) Se nenhum dos valores dos itens ímpares e pares foi superior aos pontos de corte – classifica-se o respondente como Estilo de Apego Seguro.

A partir da análise feita com os achados dos participantes, foi possível estabelecer categorizações dos padrões de apego nos cuidadores de crianças com microcefalia e cuidadores com crianças sem microcefalia (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição das categorizações dos padrões de apego nas cuidadoras de crianças com microcefalia e cuidadoras com crianças sem microcefalia.

Categorização dos Apegos Adultos						
		Seguro	Evitante	Ambivalente	Desorganizado	Total
Grupo Microcefalia	N	17	8	10	16	51
	%	33%	16%	20%	31%	100%
Grupo Controle	N	6	3	3	3	15
	%	40%	20%	20%	20%	100%
Total	N	23	11	13	19	66
	%	35%	17%	20%	29%	100%

Phi = -0,059, gl 1, $p = 0,634$ (Medida do contraste Grupo versus Seguro/Inseguro)

Verifica-se que o número de participantes com Apego Seguro é o mais alto (35% no total), sendo 33% das cuidadoras com crianças com microcefalia e 40% das sem microcefalia. Tais dados se alinham com os achados mundiais levantados na literatura científica, assim como os padrões de apego inseguro evitante e ambivalente. Análise estatística contrastando aos dois grupos em função da dicotomia Apego Seguro versus Apego Inseguro, a interação não é significativa (Phi = -0,059, gl 1, $p = 0,634$).

No entanto, o número de pessoas com Apego Desorganizado na amostra de cuidadoras com crianças com microcefalia chama a atenção para o alto número de pessoas nessa categorização (N = 16 - 31%), aproximando-se do número de respondentes com Apego Seguro dentro deste grupo (N = 17 – 33%).

5.3.3.1 Interrelações entre Estilos de Apego e Experiências Subjetivas

Para a análise dos dados de Estilos de Apego e Experiências Subjetivas foram realizadas a partir dos coeficientes de correlação Ponto-Bisserial, utilizada por tratar as

relações entre as variáveis nominais dicotômicas e as variáveis ordinais. As Tabelas 13 e 14 nos demonstram como estão distribuídas as relações entre essas duas características.

Tabela 13 - Correlações Ponto-Bisseriais entre padrões de apego e experiências subjetivas das cuidadoras de crianças com microcefalia.

Escala		Seguro	Evitante	Ambivalente	Desorganizado
Otimismo	r_{pb}	0,261	0,138	-0,249	-0,16
	P	0,065	0,334	0,078	0,262
Felicidade	r_{pb}	,385**	-0,029	-0,187	-0,209
	P	0,005	0,842	0,190	0,140
Esperança	r_{pb}	,420**	0,176	-0,234	-,364**
	P	0,002	0,217	0,099	0,009
SWLS	r_{pb}	,336*	0,019	-0,218	-0,169
	P	0,016	0,893	0,124	0,236
Resiliência	r_{pb}	0,046	0,106	-0,114	-0,032
	P	0,749	0,459	0,425	0,822

Verifica-se que existem relações positivas e negativas entre as experiências subjetivas e os padrões associados aos estilos de apego das cuidadoras de crianças com microcefalia. Há uma relação significativa positiva entre Apego Seguro e Felicidade ($r_{pb} = ,385$; $p = 0,005$), Apego Seguro e Esperança ($r_{pb} = ,420$; $p = 0,002$), Apego Seguro e Satisfação com a vida ($r_{pb} = ,336$; $p = 0,016$). Já o Apego Desorganizado tem uma relação significativa negativa com a Esperança ($r_{pb} = -,364$; $p = 0,009$).

Já ao analisar a distribuição das relações entre as Experiências Subjetivas e os padrões de Apego Adulto de cuidadoras de crianças sem microcefalia e outras deficiências, verifica-se que Apego Seguro tem uma relação significativa positiva com Otimismo ($r_{pb} = ,662$; $p = 0,013$) e Felicidade ($r_{pb} = ,694$; $p = 0,004$). E o Apego Desorganizado tem uma relação significativa negativa com a Satisfação com a vida ($r_{pb} = -,640$; $p = 0,01$).

Tabela 14 - Correlações Ponto-Bisserials entre padrões de apego e experiências subjetivas das cuidadoras de crianças sem microcefalia (controle).

Escalas		Seguro	Evitante	Ambivalente	Desorganizado
Otimismo	r_{pb}	0,622*	-0,324	-0,324	-0,113
	P	0,013	0,238	0,238	0,689
Felicidade	r_{pb}	0,694**	-0,427	-0,016	-0,408
	P	0,004	0,112	0,956	0,132
Esperança	r_{pb}	0,48	-0,463	-0,062	-0,062
	P	0,07	0,082	0,825	0,825
SWLS	r_{pb}	0,426	0,23	-0,112	-0,640*
	P	0,113	0,410	0,692	0,010
Resiliência	r_{pb}	0,467	-0,308	-0,176	-0,088
	P	0,079	0,264	0,530	0,755

As relações fornecidas pelos coeficientes de correlação (Ponto-Bisserials e Phi) entre os Estilos de Apego e o perfil sociodemográfico das cuidadoras fornecem elementos significativos. As Tabelas 15 e 16 permitem a visualização desses achados.

Tabela 15 - Correlações (Ponto-Bisserials e Phi) entre padrões de apego e perfil sociodemográfico das cuidadoras de crianças **com microcefalia**.

Variáveis Sociodemográficas		Seguro	Evitante	Ambivalente	Desorganizado
Idade	r_{pb}	-0,208	-0,184	0,12	0,262
	P	0,153	0,204	0,413	0,069
Sem.relacionamento	Φ	0,091	-0,160	0,006	0,027
	P	0,524	0,262	0,965	0,849
Escolaridade	r_{pb}	-0,014	0,103	0,359**	-0,374**
	P	0,925	0,472	0,010	0,007
Número de filhos	r_{pb}	-0,199	-0,041	0,021	0,216
	P	0,162	0,776	0,882	0,128

Empregado	<i>Phi</i>	-0,254	-0,032	0,189	0,121
	<i>P</i>	0,073	0,822	0,184	0,397
Renda da família	<i>r_{pb}</i>	-0,139	-0,024	0,382**	-0,167
	<i>P</i>	0,331	0,869	0,006	0,241

Tais dados informam que o Apego Inseguro Ambivalente possui relação significativa positiva com o nível de escolaridade ($r_{pb} = ,359$; $p = 0,01$) e com a renda da família ($r_{pb} = ,382$; $p = 0,006$). Já o Apego Desorganizado tem relação significativa negativa com a escolaridade ($r_{pb} = -,374$; $p = 0,007$). Achados que se apóiam com os números trabalhados nas correlações sem categorização dos padrões de apego apresentados na Tabela 9.

Com as cuidadoras de crianças sem microcefalia e outras deficiências nota-se que Apego Inseguro Ambivalente tem relação significativa negativa com idade ($r_{pb} = -,557$; $p = 0,031$) e ocupação ($r_{pb} = -,583$; $p = 0,022$). O Apego Desorganizado tem relação significativa positiva com o número de filhos ($r_{pb} = ,707$; $p = 0,003$).

Tabela 16 - Correlações (Ponto-Bisserials e Phi) entre padrões de apego e perfil sociodemográfico das cuidadoras de crianças **sem microcefalia (controle)**.

Variáveis Sociodemográficas		Seguro	Evitante	Ambivalente	Desorganizado
Idade	<i>r_{pb}</i>	0,000	0,348	-0,557*	0,209
	<i>P</i>	1,000	0,204	0,031	0,455
Sem relacionamento	<i>Phi</i>	0,167	-0,408	-0,068	0,272
	<i>P</i>	0,553	0,131	0,810	0,326
Escolaridade	<i>r_{pb}</i>	-0,150	0,215	0,061	-0,092
	<i>P</i>	0,593	0,442	0,828	0,744
Número de filhos	<i>r_{pb}</i>	0,001	-0,354	-0,354	0,707**
	<i>P</i>	1,000	0,196	0,196	0,003
Empregado	<i>Phi</i>	0,068	0,250	-0,583*	0,250
	<i>P</i>	0,810	0,369	0,022	0,369
Renda da família	<i>r_{pb}</i>	-0,255	0,384	0,024	-0,096
	<i>P</i>	0,360	0,158	0,932	0,734

5.3.4 Discussão

Observa-se que as cuidadoras de crianças com microcefalia associadas ao Estilo de Apego Seguro possuem correlações positivas significativas com a Felicidade, a Esperança e a Satisfação com a vida. Algo que encontraremos novamente nas cuidadoras de crianças sem microcefalia e outras deficiências, nestas, com valores mais altos de correlação entre Otimismo e Felicidade.

Não houve relação significativa entre os aspectos sociodemográficos dessas cuidadoras sobre suas experiências subjetivas. O que pode indicar, que a alta capacidade adaptativa e níveis adequados de felicidade, otimismo, esperança e satisfação com a vida assumidos nos vínculos de Apego Seguro, verificados acima, assumam caráter protetivo frente as barreiras impostas pelo ambiente sociocultural.

Egeland (2011), demonstra em seu estudo sobre a segurança do apego na primeira infância como preditiva dos aspectos do comportamento do desenvolvimento social que o Apego Seguro é um dos fatores fundamentais para predizer resultados mais elevados do desenvolvimento da empatia, da competência social e da resolução de problemas, com influência sobre o desenvolvimento biológico, inclusive neurológico. Ter pais com Estilos de Apegos Seguros são chaves para que seus filhos com deficiência tenham uma relação de Apego Seguro.

Examinamos que, mediante os testes de correlação Ponto-Bisserial, não houve relações significativas entre as experiências subjetivas e o Estilo de Apego Ambivalente, cabendo a verificação as análises descritivas por tendência central. Contudo, apresentam correlação significativa entre esse padrão de apego e o nível de escolaridade, indicando que quando mais alta o nível educacional da cuidadora, maiores os níveis característicos dos fatores de Ansiedade da escala de Apego Adulto. Assim como a renda da família, quanto mais alta, maiores são os fatores indicativos de ansiedade no ECR.

Os fatores pessoais e interpessoais envolvidos nas relações sociais podem tornar-se elementos ansiogênicos que contribuíram com a resposta emocional e social do cuidador de modo inadequado, condições que envolvam dificuldades financeiras é um sinal para o cuidador de insatisfação com a vida, que pode intervir com o desenvolvimento das relações de Apego entre pais e filhos (EGELAND, 2009).

Observar-se, ainda, que as cuidadoras do grupo de Apego Inseguro Evitante não têm relação significativa com os aspectos sociodemográficos e experiências subjetivas. A não-correlação com os aspectos sociodemográficos e com as experiências subjetivas, mas com

escores médios altos em Otimismo, Esperança, Satisfação com a vida e Resiliência pode nos indicar que a vivência evasiva desse grupo favorece uma defesa frente as adversidades da vida, constituindo-se de uma proteção de ajustamento sociocognitivo com uma finalidade em reduzir possíveis manifestações que coloquem em risco a integridade de seus *selvies*, diante de ocorrências que concebe como ameaçadora (MIKULINCER; SHAVER, 2007).

A partir dos estudos correlacionais, verifica-se que quando menor a Esperança, maiores são as possibilidades de encontrarmos indivíduos do grupo de Apego Desorganizado. Possui uma relação negativa com a escolarização, examinamos que quanto menor a escolarização, maior a entrada na vinculação desorganizada; e uma correlação positiva entre número de filhos, onde a maior quantidade, maior a inserção nesse Estilo de Apego.

Sanini (2006), em seu estudo sobre comportamento de apego de cuidadores de crianças com autismo, observou que as mães com uma menor idade, escolaridade e maior número de filhos possuem capacidade diminuída na percepção materna do apego da criança, com diminuição na responsividade e sensibilidade e maior acesso as vinculações de Apego Desorganizado.

Verifica-se a distribuição dos diferentes padrões de apego dos cuidadores de crianças com e sem microcefalia. Há associações entre as experiências subjetivas e os diferentes aspectos sociais e econômicos das respondentes, com confirmação da existência de relações entre as variáveis estudadas nesta investigação com os Estilos de Apego. Sugere-se que novos estudos aprofundem os achados dessa pesquisa para um entendimento mais robusto.

5.4 ETAPA DE ANÁLISE 4

O Apego é um construto que refere-se a capacidade humana de busca por aproximação e segurança com uma outra figura de referência. Constituí-se como uma das primeiras formas de interação humana, estabelecendo no mundo suas primeiras ações sobre o ambiente. Contudo, não é uma manifestação unilateral, as relações de vinculações são ativas tanto por parte das crianças quanto dos seus cuidadores (ROAZZI; NASCIMENTO; SOUZA; MASCARENHAS, 2015; DALBEM; DELL'AGLIO, 2008).

O Apego é investigado nas diferentes esferas e situações sociais em todo mundo. Seus primeiros estudos basearam-se em observações e categorizações, vindo após uma fase de consolidação de suas investigações. O exame do Apego em adolescentes e adultos constatam que esse processo interativo humano não se encerra com a primeira infância (BOWLBY, 2002).

O Apego irá influenciar relações sociais, comunicativas, ambientais, subjetivas e educacionais, com repercussão no modo de vida dos indivíduos em contato consigo mesmo, com outros e com o seu mundo. Guiando muitas de suas ações de acordo com o que primeiramente foi estabelecido nas suas relações iniciais de vida com suas figuras de apego (VASCONCELOS, 2013).

As figuras de apego, não necessariamente a mãe, mas as pessoas que desempenham um papel de oferecimento de cuidado e atenção as necessidades mais básicas das crianças irão desempenhar uma função crucial na complexificação de seus aparatos cognitivos e sociais (ROAZZI et al., 2015; SILVA, M, 2013).

Estudos apontam que o padrão de comportamento de apego e interação das figuras de cuidado com suas crianças exercem um fator chave para a configuração dos Estilos de Apego dessas (SILVA, M, 2013). Ainsworth foi uma das primeiras pesquisadoras da Teoria do Apego a se dedicar na classificação que essas relações estabelecidas ocasionam (DALBEM; DELL'AGLIO, 2008).

Segundo os estudos desenvolvidos com mães e bebês africanos, foram observadas associações comportamentais diferenciadas. De acordo com o comportamento das crianças em situação de experimento ao reagirem ao afastamento e posterior retorno da mãe, identificou-se três padrões de Apegos denominados como: Apego Seguro, Apego Inseguro Evitante e Apego Inseguro Ambivalente ou Ansioso. As crianças reagiam de maneira particular na exploração do ambiente e em suas vivências subjetivas diante da apreensão do abandono e insegurança (ASSIS, 2006).

Crianças com Apego Seguro apresentavam um comportamento tranquilo frente à separação momentânea das mães, com continuidade em suas explorações do meio e com recepção calorosa com o retorno da figura de apego ao ambiente experimental. Já as crianças associadas ao Apego Inseguro Evitante demonstravam indiferença afetiva com o afastamento e retorno da figura de cuidado a cena do experimento. Já os de Apegos Ambivalentes verificados nas crianças separadas de suas figuras de cuidado revelavam elevado nível de estresse, com prejuízo em suas aberturas cognitivas e de exploração do ambiente (VASCONCELOS, 2013).

Em estudos subsequentes, uma nova categoria foi associada aos padrões de comportamento de apego de crianças, o Apego Desorganizado ou Desorientado. Tal estilo de

apego está muito associado as situações onde estão envolvidos quadros psicopatológicos, de violência ou de frágil atenção as necessidades básicas de proximidade e segurança requeridas pelas crianças (VASCONCELOS, 2013).

Já na década de 80, novos estudos foram empreendidos e examinados tais manifestações dos Estilos de Apego de crianças na continuidade no desenvolvimento humano. Sendo constatado que muito do comportamento apresentado nas etapas de experimentação elaboradas por Ainsworth e Main, ultrapassavam a cena experimental e a primeira infância. Os Estilos de Apego acompanham a vida humana da infância até a morte, com ressonância no agir no mundo, no viver com as outras pessoas e no seu próprio ser (DALBEM; DELL'AGLIO, 2008).

A Teoria do Apego estabeleceu-se na cena científica dos estudos do desenvolvimento humano como um dos principais modelos teóricos e metodológicos na compreensão do desenrolar afetivo e emocional dos indivíduos. Os avanços metodológicos na Teoria do Apego proporcionaram um amplo leque de investigações, com contribuições nas pesquisas sobre Emoção, Motivação, Memória e Cognição (DALBEM, 2005).

Aborda em seus estudos situações de altíssimo impacto social e psicológico com compreensão de como a vivência de traumas, perdas, desastres, negligência e violência marcam os mecanismos psicológicos dos indivíduos. O Apego comporta em sua dimensão esferas de processos cognitivos normais e patológicos de acordo com a sua organização comportamental. O movimento que o indivíduo irá traçar em suas direções converge para o entendimento que o Apego e seus Estilos é uma teoria relacional das interações sócio-psicológicas e afetivas (DALBEM, 2005).

Ciente deste panorama, a Teoria do Apego na investigação sobre os estilos de vinculação dos adultos oferecem suporte para um estudo de como esses padrões de sustentação e provimento de laços afetivos e sociais irão atuar na vida adulta e de cuidador de uma criança com deficiência. A presente etapa visa compreender como os Estilos de Apego dos cuidadores de crianças com microcefalia atuam nos mecanismos psicológicos envolvidos com sentimentos e emoções positivas como otimismo, felicidade, esperança, satisfação com a vida e resiliência.

Entende-se que os sentimentos e emoções positivas provocam experiências subjetivas particulares que irão desenrolar em afetos e motivações nos processos de

enfrentamento as vivências de traumas e acontecimentos inesperado, promovendo estratégias de superação as adversidades sociais e ambientais (RAMIRES; SCHNEIDER, 2010).

Segundo os estudos de Roazzi, Nascimento, Souza e Mascarenhas (2015) o Estilo de Apego do cuidador para a criança cuidada implementa na arquitetura psicológica desse infante elementos fundamentais para a complexificação cognitiva, constituindo-se de uma etapa da vida primária para o desenvolvimento satisfatório. Todavia, caso as experiências subjetivas dos cuidadores sejam com nuances negativas ou mesmo psicopatológicas, poderão ocasionar um grave ruído nas relações iniciais da vinculação cuidador-criança. De acordo com Rubia (2013), as crianças com deficiência estão em maior risco em sofrerem perturbações nos fatores determinantes da proximidade expressos nos comportamentos de cuidados de suas figuras de apego. A preocupação com essa dimensão interativa entre cuidadores, seus Estilos de Apego e Experiências Subjetivas possui, em si, uma implicação clínica e social.

Cuidadores que possam, com apoio especializado, elaborar, fortalecer, remodelar e reforçar suas vivências emocionais e sentimentais de suas experiências subjetivas em congruência com sua realidade social, lançando mãos de mecanismos de adaptações e resiliência adequados irão gerar nas crianças com microcefalia uma possibilidade de desenvolvimento cognitivo seguro, robusto e estável, propiciando melhores níveis de bem-estar em si e na criança com deficiência, favorecendo um amplo sinal de progresso clínico, social e pessoal.

5.4.2 Procedimentos Metodológicos

5.4.2.1 Amostra

O estudo contou com a participação de 51 mães que são cuidadoras de crianças com microcefalia e 15 respondentes que tem crianças sem nenhum tipo de agravo físico e/ou psicológico. A seleção dos participantes se deu por amostragem não-probabilística.

5.4.2.2 Instrumentos e Procedimentos

A pesquisa atendeu as considerações éticas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Resolução de nº 510/2016 do CNS e do Código de Ética Profissional do Psicólogo (a). Os instrumentos e procedimentos operacionais aplicados são os mesmos detalhados nas etapas de análises 2 e 3.

5.4.2.3 Análises dos dados

Mediante a organização, verificação e análises empreendidas pelo SPSS, os padrões de vinculação associados aos Estilos de Apego das cuidadoras de crianças com e sem microcefalia categorizados na etapa 3 foram explorados, com recursos da estatística descritiva de medidas de tendência central e dispersão, de acordo com as suas localizações dentro da média encontrada nas experiências subjetivas (Otimismo, Esperança, Felicidade, Satisfação com a vida e Resiliência) conforme as respostas dos itens nas respectivas medidas de Psicologia Positiva.

5.4.3 Resultados

A análise descritiva por medidas de tendência central cruzou dados das variáveis dos Estilos de Apego e das escalas de Experiências Subjetivas, a fim de descrever os relacionamentos entre as duas esferas testadas no estudo. As mesmas retornam informações valiosas para a compreensão psicossocial dos cuidadores de crianças com microcefalia. A distribuição pode ser examinada na Tabela 17.

Tabela 17 - Distribuição das médias e desvios-padrão das experiências subjetivas por padrão de apego nas cuidadoras com crianças **com microcefalia**.

Escalas	Seguro		Ambivalente		Evitante		Desorganizado		Total
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média
Otimismo	4,41	0,59	3,80	1,00	4,38	0,57	3,95	0,80	4,13
Felicidade	4,39	0,4	3,82	0,70	4,00	0,52	3,84	0,75	4,04
Esperança	4,67	0,3	4,00	0,80	4,54	0,52	3,91	0,71	4,27
SWLS	3,69	0,89	2,80	0,90	3,28	1,15	2,99	0,93	3,24
Resiliência	3,62	0,75	3,41	1,20	3,78	0,63	3,52	1,06	3,58

A Esperança foi a dimensão com a maior média dentro do grupo de Apego Seguro, com valor igual a 4,67 (DP = 0,3), que é a capacidade de elaborar metas e estratégias. A dimensão do Otimismo no apego seguro obteve média de 4,41 (Dp = 0,59), que está relacionada a capacidade de identificar suas atitudes e expectativas em relação ao futuro. A Felicidade apresentou média igual a 4,39 (DP = 0,4), habilidade cognitiva de compreensão dos pontos positivos e negativos do *self*. A dimensão da Satisfação com a vida verificou-se média de 3,69 (DP = 0,89), esfera essencial para a assimilação positiva da vida. A menor média dos participantes desse grupo foi na Resiliência (M = 3,62; DP = 0,75). Todas as

médias estão acima dos valores médios obtidos pelo grupo total de cuidadoras de crianças com microcefalia.

O Apego Inseguro Ambivalente obteve a maior média na dimensão da Esperança com valor de 4 (DP = 0,8). Seguido da média de 3,8 (DP = 1) para Otimismo e 3,8 (DP = 0,7) em Felicidade. A Resiliência obteve média de 3,4 (DP = 1,2) e a menor média do grupo e de todos os demais padrões de apego foi a de Satisfação com a vida (M = 2,8; DP = 1,2).

O apego inseguro evitante obteve a maior média em Esperança (M = 4,54; DP = 0,52). Otimismo obteve uma média de 4,38 (DP = 0,57). A Felicidade teve uma média de 4 (DP = 0,52), seguido pela resiliência com média de 3,78 (DP = 0,63) e a menor média sendo a de Satisfação com a vida (M = 3,28; DP = 1,15).

O apego desorganizado obteve como maior média a Esperança (M = 3,91; DP = 0,71), em seguida, Otimismo (M = 3,95; DP = 0,8), Felicidade (M = 3,84; DP = 0,75) e Resiliência com uma média de 3,52 (DP = 1,06) e com menor média a Satisfação com a vida (M = 2,99; DP = 0,93).

O grupo controle, mesmo com configurações de apego desorganizado, por exemplo, não impacta nos níveis médios das experiências subjetivas. Os valores podem ser examinados na Tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição das médias e desvios-padrão das experiências subjetivas por padrão de apego nas cuidadoras com crianças **sem microcefalia (controle)**.

Escala	Seguro		Ambivalente		Evitante		Desorganizado		Total
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média
Otimismo	4,67	0,38	3,83	1,04	3,83	0,29	4,08	0,14	4,21
Felicidade	4,40	0,3	3,98	0,54	3,59	0,32	3,61	0,31	3,99
Esperança	4,50	0,51	4,06	0,92	3,59	0,51	4,06	2,13	4,13
SWLS	4,07	0,48	3,27	1,45	4,00	0,53	2,13	1,21	3,50
Resiliência	3,96	0,75	3,08	1,46	2,83	0,63	3,25	1,09	3,41

O Apego Seguro do grupo controle tem níveis médios acima da média total. O grupo controle, observa-se que as médias se comportam também acima do grupo total, porém com diferenças nas dimensões, sendo a média mais alta a de Otimismo (M = 4,67; DP = 0,38) e a menor a Resiliência (M = 3,96; DP = 0,75). Esperança alcançou a média de 4,5 (DP = 0,51), Felicidade obteve média de 4,4 (DP = 0,3) e Satisfação com a vida verificou-se média de 4,07 (DP = 0,48).

O grupo controle dos cuidadores com Apego Inseguro Ambivalente também obteve médias abaixo em comparação ao grupo total. Se diferenciando apenas na média de Resiliência ($M = 3,08$; $DP = 1,46$) que se configura como a mais baixa. A média mais alta é Esperança ($M = 4,06$; $DP = 0,92$), seguido por Felicidade ($M = 3,98$; $DP = 0,54$), Otimismo ($M = 3,82$; $DP = 1,04$) e Satisfação com a vida ($M = 3,27$; $DP = 1,45$).

As cuidadoras de crianças sem microcefalia e outras deficiências do grupo de Apego Inseguro Evitante possuem maior média em Satisfação com a vida ($M = 4$; $DP = 0,53$), seguido de Otimismo ($M = 3,83$; $DP = 0,29$), Felicidade ($M = 3,59$; $DP = 0,32$), Esperança ($M = 3,59$; $DP = 0,51$) e com menor média para Resiliência ($M = 2,83$; $DP = 0,63$).

O grupo controle que estão associados os padrões de apego desorganizado obteve a maior média em Otimismo ($M = 4,08$; $DP = 0,14$). Esperança obteve média de 4,06 ($DP = 2,13$), seguido por Felicidade ($M = 3,61$; $DP = 0,31$), Resiliência com média de 3,25 ($DP = 1,09$) e Satisfação com a vida teve a menor média ($M = 2,13$; $DP = 1,21$).

Ou seja, o padrão de apego adulto do grupo controle não se comporta igual aos escores médios das cuidadoras de crianças com microcefalia. Apontando a necessidade de maiores aprofundamentos nos estudos para esclarecer se as estruturas de Apego Adulto são capazes de alterar o funcionamento dimensional das Experiências Subjetivas.

5.4.4 Discussão

Os resultados descrevem, por meio das análises descritivas de medidas de tendência central, observações entre as Experiências Subjetivas associadas aos diferentes padrões de Apego Adulto e as escalas da Psicologia Positiva que medem os aspectos de Otimismo, Felicidade, Esperança, Satisfação com a vida e Resiliência. Corroborando algumas das hipóteses levantadas no estudo.

Verifica-se através das respostas das cuidadoras com crianças com microcefalia algumas sinalizações de diferenças entre seus padrões de Apego Adulto e suas resoluções frente as questões das medidas de Psicologia Positiva. A seguir, os diferentes Estilos de Apego Adulto são discutidos em relação as particularidades das experiências subjetivas analisadas.

5.4.4.1 O Apego Seguro

A interpretação geral dos dados indica que as cuidadoras de crianças com microcefalia associadas aos padrões de Apego Seguro apresentam bons desempenhos em

encarar o futuro com otimismo, considerando-se uma pessoa otimista, capaz de fazer projetos para o futuro e com a esperança de conseguir o que realmente desejam. Demonstram bons índices nos resultados dessa capacidade cognitiva de adaptação.

Achado que corrobora com os estudos de Mikulincer e Shaver (2007), que concluem que os indivíduos, mesmo em situações de estresse, que apresentam Apego Seguro estão positivamente relacionados ao bem-estar geral. Do mesmo modo ocorre nas pesquisas de Berant et al. (2001), ao afirmar que esses indivíduos possuem técnicas de regulação emocional mais eficazes em períodos de estresse, promovendo, assim, o bem-estar em todas as dimensões das experiências subjetivas, inclusive com aumentos subsequentes na resiliência psicológica.

Identifica-se que as cuidadoras com crianças com microcefalia sentem-se bem consigo mesmas, desenvolvendo uma boa capacidade de compreensão do seu *self*, aceitando os pontos positivos e negativos que constituem sua história, aceitam bem o passado, sabendo viver o presente e com projetos para o futuro. Permitindo sua boa relação com outras pessoas ao seu redor, considerando-se pessoas alegres, esperançosas e humoradas, mesmo diante de adversidades não há prejuízos em sua habilidade de entender o propósito de suas vidas e seus sentidos de significado. Provocando altos valores médios nessa capacidade cognitiva positiva dentro da amostra em relação a Felicidade.

Apresentam altos escores médios em torno dos achados da escala de Esperança, demonstrando que as cuidadoras com estilo de apego seguro consideram-se pessoas cheias de esperança, que projetam e aplicam metas e objetivos, possuindo a habilidade de continuar otimista mesmo diante de dificuldades e entendem que seu futuro será melhor que o presente. A esperança em níveis encontrados nas cuidadoras de crianças com microcefalia com estilo de apego seguro indica elementos ricos nos seus desenvolvimentos sociocognitivo.

Consequentemente, seus níveis de Satisfação com a vida também são altos, percebendo as condições de suas vidas como boas e tendo conseguido alcançar metas importantes da vida. Contudo, os achados desse estudo, indicam que as cuidadoras de crianças com microcefalia com estilo de apego seguro demonstram concordância que se pudessem mudar algo na vida, fariam e não desejavam que suas vidas fossem como são. No entanto, tais compreensões apuradas pelas medidas da Psicologia Positiva não afetaram os seus escores, mantendo-se mais altos em relação à amostra.

Retornam que em muitas vezes são capazes de formular saídas criativas para situações difíceis, podendo controlar reações imprevistas e procurando ativamente formas de substituir as perdas que vivenciam, tais elementos elevam seus escores em Resiliência.

Tais achados, apoiados nas estatísticas apresentadas nos resultados, corroboram e substancializam a hipótese 1 desse estudo.

5.4.4.2 O Apego Inseguro Ambivalente

Apresentam, portanto, valores médios abaixo da média total da amostra obtidas nas escalas de Experiência Subjetiva. Com escores baixos em todas as escalas da Psicologia Positiva utilizadas. Com destaque para o valor mais baixo em Resiliência em comparação com os demais do grupo. Padrão que não se repete no grupo controle.

Tais dados desse padrão de Apego Adulto sugerem que as cuidadoras se destacam pela incerteza na confrontação com os recursos adaptativos presentes nas Experiências Subjetivas. Os achados das respostas das escalas demonstram que elas encaram o futuro com insegurança, mesmo mantendo esperanças de conseguir o que desejam, no entanto, tal oscilação prejudica na elaboração de planos e provoca uma imagem de pessimismo.

Elementos que são corroborados com os achados de Mikulincer (2013) que afirma que os indivíduos que estão vinculados ao Estilo de Apego Inseguro Ambivalente terão interferências em suas habilidades de ampliação e expansão das emoções positivas, pois a hiperativação ansiosa intensificará as experiências de emoções positivas, reduzindo as oportunidades de abertura cognitiva e exploração do ambiente. Provocam uma sensação de paralisação mesmo diante de emoções positivas.

Os valores médios inferiores na escala de Felicidade indicam que as cuidadoras têm dúvidas sobre seus autoconceitos, de suas habilidades para estabelecer relacionamentos amorosos e de amizade, sente-se com dificuldades na sensação de liberdade, com reflexo no controle sobre o ambiente em que vivem. Tem incerteza sobre a aceitação de seu passado, do momento atual e do futuro. Todavia, apresentam índices altos quando se referem a conquista do bem-estar. Existem dúvidas sobre estar satisfeito com a vida, na competência pessoal e na sua vivência socioafetiva.

Esses fatores da Felicidade têm reverberações nos achados de Satisfação com a vida, demonstrando incerteza se a vida é a que desejava, não está satisfeito com a vida, aponta incapacidade para atingir metas, concebe que as condições de vida não são boas e indicam que a mudança de vida é algo que poderia favorecer o recomeço de um viver. Apontado para dificuldades de acomodações aos infortúnios.

A Esperança, mesmo diante de todas as inseguranças, os indivíduos desse grupo não desanimam diante das adversidades, investem energias nas resoluções problemáticas e são confiantes no futuro.

Procuram com frequência formas alternativas de substituir as perdas que encontram na vida, porém as dúvidas sobre a capacidade de procurar formas dinâmicas e criativas de superar as adversidades, caracterizando a Resiliência neste grupo.

De acordo com os achados da investigação dessa categorização de apego adulto e experiências subjetivas, corrobora-se a 2ª hipótese desse estudo e revela que o Apego Inseguro Ambivalente tem relação com níveis mais baixos com as experiências subjetivas ligadas ao futuro (Esperança e Otimismo), achado semelhante aos encontrados por Mikulincer e Shaver (2008) na investigação sobre Estilos de Apego de pessoas com níveis de estresse alto.

5.4.4.3 O Apego Inseguro Evitante

As cuidadoras com crianças com microcefalia associadas ao estilo de Apego Inseguro Evitante possuem boa colocação em relação a amostra do estudo, com uma discreta baixa em Felicidade. Contudo, ao se analisar de modo pormenorizado seus padrões de respostas aos questionários de Experiências Subjetivas, observamos que os indivíduos dentro desse grupo demonstram fortes estratégias de esquiva, fugindo de situações que podem ser consideradas desagradáveis, não se arriscam, evitando exposição.

Para Mikulincer (2013), as pessoas com Estilo de Apego Inseguro Evitante tentam defensivamente resistir ou suprimir emoções em geral, entretanto, a tendência para frear emoções negativas, interferem nas emoções positivas, causando uma limitação da abertura cognitiva e ampliação das emoções positivas. Com preferência por controle, ordem previsível e a evitação dos estímulos ambíguos ou novos.

A seguir verificamos os achados das experiências subjetivas para esse vínculo de Apego Inseguro Evitante analisados neste estudo.

As cuidadoras de crianças com microcefalia associadas ao Apego Inseguro Evitante demonstram interesse em encarar o futuro com otimismo e possuem esperanças de melhorarem de vida, porém evitam em fazer projetos futuros e pensar como realizá-los, não se considerando uma pessoa otimista.

Tem dúvidas se sente bem consigo mesmo, com prejuízos no seu autoconceito, não tem certeza sobre a aceitação de seus passados, se vivem de modo eficaz no presente e se sente satisfação com a vida. Evitam formular metas com receio de que obstáculos possam surgir para que seus objetivos não se realizem, logo, seus níveis de Felicidade caem em relação à amostra, devido a postura de resguarda presente ao longo de todas as vivências das experiências subjetivas analisadas.

A escala de Esperança indica que essas cuidadoras consideram-se esperançosas, mas desanimam com facilidade frente as adversidades do ambiente, ocasionando uma incerteza na sua competência em atingir metas.

A Satisfação com vida é prejudicada por causa da percepção hesitante sobre sua situação social atual, no desejo de que algo mude em suas vidas e é vacilante na busca de formas criativas de superação das situações difíceis e com dificuldades em substituir as perdas que teve ao longo de suas vidas. Porém, o escore para satisfação com a vida não foi localizado abaixo da média da amostra do estudo.

Assim, as cuidadoras de crianças com microcefalia de padrão de apego inseguro evitante demonstram suas experiências subjetivas de modo esquivo diante de suas situações atuais. Segundo os resultados, a hipótese 2 desse estudo foi corroborada, como discutida na seção anterior, contudo com uma diferença em relação ao Estilo Inseguro Ambivalente, o Inseguro Evitante tem níveis mais baixos na experiência subjetiva ligadas ao presente (Felicidade).

5.4.4.4 O Apego Desorganizado

Os dados analisados descrevem a tendência central de cuidadoras de crianças com microcefalia e suas experiências subjetivas associadas aos padrões do Estilo de Apego Desorganizado exigem uma investigação mais aprofundada, porém sinalizam, neste momento, para uma preocupação de ordem psicossocial.

Em todas as escalas de Experiência Subjetiva indicam valores médios inferiores ao grupo total de cuidadoras de crianças com microcefalia. Uma das características mais relevantes para se destacar, ao se analisar as respostas item por item dessas respondentes, é a incongruência nos autorrelatos.

Indicam pontos de satisfação e concordância total com alguns itens e em outros entram em discrepância com suas marcações. Ora demonstram um autoconceito alto e relacionamento socioafetivo positivo, ora apresentam valores negativos sobre si e os outros.

A descrição dos dados dentro desse grupo se faz na visualização da apresentação das escalas completas, ou seja, as medidas de Otimismo e Felicidade são valorados com afirmações positivas sobre si, os outros e o mundo; nas escalas de Esperança e Satisfação com a vida exprimem discordâncias contundentes. Com retorno de índices positivos na Resiliência.

Os dados encontrados neste estudo indicam um alerta para esse grupo de cuidadores, que demonstram sinais de respostas desproporcionais. Novos estudos são essenciais para se compreender se tais cuidadores conseguem entender a real dimensão social, psíquica e biológica das crianças que cuidam.

Os achados dessa etapa do estudo corroboram a hipótese 3 - O apego desorganizado de cuidadores(as) de crianças com microcefalia está associado a valores médios mais baixos em todos os elementos das experiências subjetivas (Otimismo, Felicidade, Esperança, Satisfação com a vida e resiliência).

Conforme a discussão dos resultados, verifica-se que em todas os Estilos de Apego Adulto de cuidadores de crianças com microcefalia, mesmo com diferenças posicionais na média total do grupo, possuem os valores mais altos das Experiência Subjetiva naquelas dimensões envolvidas com a Esperança, seguida da dimensão do Otimismo e da Felicidade. A Resiliência é a menos acessada pelos Estilos de Apego Seguro e Evitante. Os Apegos Ambivalentes e Desorganizado demonstram valores médios inferiores em Satisfação com a vida.

O grupo controle não apresenta um padrão entre os diferentes apegos ao explorar os valores médios mais altos, somente nas médias mais baixas que constata-se que a Resiliência é a menos acessada pelas cuidadoras de Apego Seguro, Inseguro Ambivalente e Inseguro Evitante. Já o Apego Desorganizado tem o menor valor em Satisfação com a vida.

De modo geral, as hipóteses elencadas para esse estudo foram corroboradas. Observa-se que os indivíduos com crianças com microcefalia com Apego Seguro possuem valores médios altos em todas as experiências subjetivas e com menores impactos dos aspectos sociais em suas vivências psicológicas. O Apego Inseguro Ambivalente tem valores médios baixos em todas as experiências subjetivas, inclusive as ligadas ao futuro (otimismo e esperança), O Apego Inseguro Evitante tem valores inferiores em Felicidade e o Apego Desorganizado tem valores médios inferiores em todas as experiências subjetivas indicando possíveis riscos ao bem-estar subjetivo e social.

Novos estudos são fundamentais para uma melhor exploração desses achados, com recursos teóricos e metodológicos diversos.

6 DISCUSSÃO GERAL

O estudo apresentado nesta dissertação, através da metodologia utilizada e as análises realizadas, foi possível atender os objetivos gerais e específicos: a) Foram identificadas as relações estabelecidas entre as experiências subjetivas (Otimismo, Felicidade, Esperança, Satisfação com a vida e Resiliência) com os aspectos externos associados aos diferentes padrões do Apego Adulto; b) Identificou-se os Estilos de Apego (Seguro, Inseguro ambivalente, Inseguro evitante e Desorganizado) associados aos padrões de resposta das cuidadoras de crianças com microcefalia; c) Foram descritas as interrelações existentes entre os achados das medidas psicométricas das experiências subjetivas envolvidas com o Otimismo, Felicidade, Esperança, Satisfação com a vida e Resiliência.

Como resultado principal, destaca-se que foi possível colaborar com uma ampliação do entendimento sobre as atividades dos Estilos de Apego das cuidadoras de crianças com microcefalia e a relação com os aspectos sociais e experiências subjetivas. Oferecendo a comunidade científica e ao avanço das Teorias do Apego e da Psicologia Positiva singelas contribuições, tornando-se marco para novos estudos que pretendam aprofundar e refinar as investigações com a amostra aqui selecionada e seus instrumentos.

A investigação sobre os aspectos sociais e econômicos dos cuidadores de crianças com microcefalia coopera com os principais estudos sociológicos e antropológicos realizados no país sobre os pais de crianças com microcefalia, unindo-se a esses na intenção de contribuir na resolução dos desafios e dificuldades, destacando a importância da elaboração de Políticas Públicas que atendam grande parcela da população brasileira.

Os achados das análises das medidas psicológicas revelaram bons índices de confiabilidade, com bons indicadores de suas adequações para o estudo dos indivíduos que cuidam de crianças com deficiência. Evidenciou que as escalas da Psicologia Positiva retornam dados significativos e de interesse social, clínico e científico. Tais elementos dão suporte para a segurança no exame dos resultados das medidas e assim testar as hipóteses alçadas no início do estudo.

O estudo das associações dos aspectos sociais, subjetivos e de vinculação expõem que os padrões de Estilos de Apego Adulto são recursos valiosos para superar as adversidades sociais e manter os indicadores positivos em Otimismo, Esperança, Felicidade, Satisfação com a vida e Resiliência, ou seja, influem na apresentação subjetiva e no fator

protetivo e compensatório aos impasses da vida. Denota que de acordo com os Estilos de Apego dos cuidadores há uma dessemelhança de como os indivíduos guiam suas experimentações cognitivas adaptativas.

Os instrumentos constituídos de escalas curtas e de fácil leitura contribuíram bastante na condução da pesquisa, com respostas consistentes, sem repetição dos itens, pouquíssimas desistências e com bons índices de confiabilidade, o que estimula seu uso em novas pesquisas e na elaboração de novas medidas psicológicas com essas características. O uso dos convites *online*, de medidas validadas e padronizadas com indivíduos que tiveram pouco acesso a escolarização e realizadas no Norte e Nordeste brasileiro funcionou de modo adequado.

Mediante os dados analisados por meio de estatísticas descritivas e correlações, as hipóteses do estudo aqui levantadas alcançaram:

A hipótese I – o Apego Seguro Adulto dos (as) cuidadores (as) de crianças com microcefalia estão associados a valores médios maiores com a resiliência, satisfação com a vida, otimismo, felicidade e esperança – sendo certificada. Todos os níveis de experiências subjetivas são mais altas do que as demais participantes que possuem diferentes configurações expressas pelos padrões de Apego.

A hipótese II - Os Apegos Inseguros possuem valores mais baixos nas experiências subjetivas ligadas ao presente e ao futuro, sendo que o Ambivalente adulto das cuidadoras de crianças com microcefalia está associada a valores médios mais baixos com a experiência subjetiva ligadas ao futuro (esperança e otimismo), também apresentou uma média muito baixa nas experiências subjetivas ligadas a Felicidade, Satisfação com a vida e Resiliência. Chamando a atenção para o valor da média de satisfação com a vida que é menor que nas cuidadoras que demonstram padrões de Apego Desorganizado. Algo que merece maior atenção para futuras investigações. Ao cruzar os elementos desses participantes que apresentaram Apego Inseguro Ambivalente, observar-se fortes indícios da influência de elementos socioculturais como desemprego e a manutenção de uma vida conjugal estável como agentes em seus escores.

Já os indivíduos com Estilo de Apego Inseguro Evitante estão associados a valores médios mais baixos com a experiência subjetivas ligadas ao presente (Felicidade). Os dois índices de Felicidade e Satisfação com a vida neste padrão analisado estão levemente mais altos em comparação aos valores médios dos resultados de todos os participantes. Inclusive,

outro elemento interessante surgiu, o valor médio da Resiliência foi o mais alto de todos os padrões de Apego analisados nesta dissertação, algo que aponta o papel protetivo das experiências psicossociais desse fator na vida desses indivíduos.

A hipótese III – o Apego Desorganizado de cuidadores (as) de crianças com microcefalia estão associados a valores médios mais baixos em todos os elementos das experiências subjetivas (Otimismo, Felicidade, Esperança, Satisfação com a vida e resiliência) – foi atestada. Tendo apenas a média de satisfação com a vida um pouco mais alta do que a apresentada no estilo de Apego Inseguro Ambivalente, entretanto, em comparação com a média geral, situa-se abaixo, atestando a hipótese.

O estudo atende os princípios fundamentais propostos pela Psicologia Positiva, a saber, a prevenção e a potencialização. A prevenção consiste em identificar os impasses que possam surgir antes do fato ocorrer (Prevenção Primária) e quando já algum problema instalado (Prevenção Secundária), enquanto a potencialização primária sugere ações de bem-estar, com atividades que favoreçam a contemplação dos ambientes internos e externos do indivíduo; e a potencialização secundária com o objetivo de favorecer o aumento dos níveis positivos (HUTZ, 2014).

Observa-se que os cuidadores com padrões de vinculações associados aos Apegos Seguros possuem boa abertura cognitiva, facilidade na exploração do ambiente, resposta adequada as adversidades do meio social sendo a Potencialização Secundária substancial para manter e ampliar os níveis de bem-estar psicossocial.

Os indivíduos com Apego Inseguro Ambivalente demonstraram baixos níveis de Resiliência e elementos de incertezas em seus agir no mundo que os impedem de explorar o seu meio e oportunizar a flexibilidade cognitiva, apresentando hiperativações para qualquer tipo de emoção, anulando sua circulação positiva no social. A Prevenção Primária seria resoluta nessas situações onde os cuidadores poderiam examinar e planejar estratégias de superações aos conflitos impostos pelas circunstâncias ansiogênicas.

As tentativas de suprimir as emoções em geral dos cuidadores de Apego Inseguro Evitante os tolhem de experienciar emoções positivas e possuir melhores índices de Satisfação com a vida, evitam a exploração do ambiente e diminuem suas oportunidades de abertura cognitiva positiva. As atividades de Potencialização Primária favoreceriam uma

reflexão interna sobre seus mecanismos de defesas inadequados propiciando a mobilidade pelos sentimentos e emoções com recursos congruentes positivos.

A Prevenção Secundária é indicada para os cuidadores de Apego Desorganizado, a desorientação diante do quadro social que estão inseridos os impõe graves riscos a saúde psicossocial. Sendo convenientes uma atenção maior a esse grupo de cuidadores.

Essas recomendações são fomentadoras para o suporte a atenção ao desenvolvimento cognitivo dos cuidadores, assegurando vias de crescimento mais saudáveis de suas habilidades e capacidades cognitivas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo contém elementos teóricos e empíricos fecundos que contribuem com a discussão inicial sobre Desenvolvimento Humano Adulto, Parentalidade de crianças com microcefalia e Psicologia Positiva, porém são necessários maiores aprofundamentos da temática e o uso de outras metodologias para atender as limitações que existem na presente investigação. Os resultados não pretendem ser generalizados, porém o tamanho amostral, composição dos grupos e por ser composta unicamente por mulheres são fatores que necessitam de novas abordagens investigativas.

Um outro fator limitante se refere a comparação e referenciação teórica com outros estudos, pois são investigações com diferenças em tamanho amostral, instrumentos utilizados, objetivos e abordagens metodológicas, compreende-se que esta investigação é pioneira na área da Psicologia Cognitiva, mas com perspectivas de que a temática seja amplamente explorada futuramente.

A pesquisa com cuidadores (as) de crianças com microcefalia impõem grandes dificuldades na execução do estudo, como por exemplo, inúmeras barreiras burocráticas institucionais, saturação dos (as) cuidadores (as) em participação de pesquisas, baixa participação dos (as) cuidadores (as) devido as altas responsabilidades no cuidado com a criança com microcefalia, deslocamentos em busca de atenção à saúde e a não-existência de outros estudos de mesma ordem realizados no Brasil e no mundo.

O número da amostra de cuidadoras de crianças sem deficiência é limitada, a dificuldade de tempo das mães de 0 a 2 anos de idade e interesse das participantes na proposta da pesquisa provocou o baixo número de respondentes dentro desse grupo, obstáculos bem conhecidos nas coletas de dados com mães e pais de bebês (SILVA, M, 2013), caso fossem obtidos números mais expressivas, poderiam ocorrer nas relações entre Apego, Experiências Subjetivas e aspectos sociais associações provavelmente significativas, todavia, tal achado aponta para novas indagações sobre a pujança da parentalidade nas disposições sociocognitiva e afetiva dos adultos, imputando a estudos posteriores a verificação desses.

Tais limitações anunciam os desafios que serão requeridos aos novos estudos, porém abre um espaço de discussão sobre a importância da ciência para o aprimoramento dos tratamentos e atenção aos cuidadores e as crianças com microcefalia. Assim como contribuir no despertar da curiosidade de novos pesquisadores para a temática presente.

Percebe-se que outros instrumentos e abordagens metodológicas de pesquisas poderiam ser acrescentados ao estudo, como o recurso das entrevistas e videogravações das interações cuidadores – criança com microcefalia. O Estudo sobre Autoconceito, Ruminação, Autoconsciência e Religiosidade são áreas de investigações da Psicologia Cognitiva necessárias para enriquecer as discussões preliminares desse estudo. Os dados analisados e discutidos são de origem de uma amostra de cuidadores de crianças com microcefalia e não da população de pessoas atingidas pela síndrome congênita do Zika vírus. Este estudo é uma contribuição inicial ao árduo trabalho a ser desenvolvido no futuro sobre como esses cuidadores e crianças com microcefalia irão percorrer nos espaços a nível de saúde, de educação, de lazer e de acesso cultural.

Recomenda-se que novos estudos se dediquem a exploração mais refinada das escalas de Experiências Subjetivas com os cuidadores de crianças com microcefalia, com pais de crianças com outras deficiências e pais de crianças sem deficiência. Devido os ricos retornos das escalas da Psicologia Positiva, sugere-se a elaboração de novos instrumentos psicológicos que incluam as mais diferentes Experiências Subjetivas, como por exemplo, Bem-estar subjetivo, afetos positivos, afetos negativos, autoestima, autoeficácia e avaliação da qualidade de vida (HUTZ, 2014).

Os usos de novas abordagens metodológicas se tornam necessárias, como a investigação dos resultados por meio das análises multidimensionais não-métricas do tipo de Análise de Estrutura de Similaridade (Similarity Structure Analysis -SSA) na observação das distribuições espaciais das variáveis e correlações mediante as distâncias dos pontos entre as medidas de Apego e de Experiências Subjetivas (NASCIMENTO; ROAZZI, 2013).

Investigações na perspectiva histórico-relacional no estabelecimento do Apego cuidador – criança com microcefalia na intenção de compreensão da dinâmica dos relacionamentos da co-construção, manutenção e vinculação das relações de apego nos diferentes indivíduos associados aos padrões de Apego Adulto são fundamentais para o entendimento no processo de construção e modificação nas relações de vinculação (VILLACHAN-LYRA, 2007).

Verificar os efeitos de combinação dos Estilos de Apego dos pais ou cuidadores no estabelecimento do padrão de vinculação dos Estilos de Apego dos filhos com microcefalia. Onde ocorra a avaliação das relações de tríades e como as Experiências Subjetivas atuam na maneira que ocorrem o desenvolvimento das crianças (SILVA, M, 2013).

Executar investigações sociocognitivas que possam estabelecer um entendimento como se dá as experiências subjetivas positivas na mediação cognitiva firmada mediante a Autoconsciência, do *Self* dos cuidadores de crianças com microcefalia e de seus sistemas de Apego (ROAZZI; NASCIMENTO; GUSMÃO, 2013; NASCIMENTO, 2008).

Tais sugestões podem contribuir no futuro para o aprofundamento do estudo da Teoria do Apego e da Psicologia Positiva na investigação sobre o desenvolvimento de crianças com deficiência, tornando-se pesquisas mais especializadas, assentadas e delineadas de modo mais rigoroso.

Pressupõem-se que a relevância das medidas de intervenção junto aos cuidadores de crianças com microcefalia são indispensáveis (COHN; COWAN; COWAN; PEARSON, 1992), com foco em seus empoderamentos, aumentando suas competências e habilidades para se inserir em suas comunidades, fortalecendo os vínculos e o oferecimento de oportunidades voltadas para a geração de renda. A atenção aos cuidadores de crianças com deficiência é imprescindível e tático para o desenvolvimento das crianças com graves sequelas provocadas pela Síndrome Congênita da infecção do Zika vírus (HENRIQUE; DUARTE; GARCIA, 2016).

O estudo conclui com a proposição de que os Estilos de Apego dos cuidadores de crianças com microcefalia têm implicações nos sentimentos e emoções vivenciados em suas Experiências Subjetivas e configura-se como componente protetivo e compensatório contra os percalços do ambiente social.

Esses achados contribuem com a literatura da Psicologia Cognitiva e da Psicologia Positiva, buscando diminuir as lacunas ainda existentes nos estudos brasileiros sobre essas duas áreas de investigação da psicologia no encontro com um quadro de emergência nacional. Lança reflexões que podem direcionar a elaboração de novas políticas públicas de saúde e assistência social, além de proporcionar aos profissionais de atenção psicossocial material que possam subsidiar competências e habilidades em suas atuações.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F. J. B.; NORIEGA, J. A. V.; COELHO, J. A. P. M.; NEVES, M. T. S.; MARTINS, C. R. Valores humanos básicos como preditores do bem-estar subjetivo. **Psico**, v. 37, n. 2, p. 131-137, 2006.

ALBUQUERQUE, F. J. B.; SOUSA, F. M.; MARTINS, C. R. Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. **Psico**, v. 41, n. 1, p. 85-92, 2010.

ALBUQUERQUE, S.; PEREIRA, M.; FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em pais de crianças com diagnóstico de deficiência/anomalia congênita: A importância das características de resiliência. **Análise Psicológica**, v. 31, n. 2, p. 171-184, 2013.

ALMEIDA, B. R.; BARBOSA, A. J. G. Psicologia Positiva e deficiência intelectual: análise da produção científica. **Revista CES Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 44-58, 2014.

ALMEIDA, D.; SANTOS, M. A. R.; COSTA, A. F. B. Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da Saúde Pública. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 30, 2010, São Paulo. **Anais Enegep 2010**, São Paulo: Associação Brasileira de Engenharia de Produção, 2010. Disponível em: <http://abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_TN_STO_131_840_16412.pdf> Acesso em: 22 mar. 2017.

ALONSO-ARBIOL, I.; BALLUERKA, N.; SHAVER, P. R.; GILLATH, O. Psychometric Properties of the Spanish and American Versions of the ECR Adult Attachment Questionnaire: A comparative study. **European Journal of Psychological Assessment**, v. 24, n. 1, p. 9-13, 2008. Doi: 10.1027/1015-5759.24.1.9

ARAGÃO, M. F. V.; VAN DER LINDEN, V.; BRAINER-LIMA, A. M.; COELI, R. R.; ROCHA, M. A.; SOBRAL DA SILVA, P.; CARVALHO, M. D. C. G.; VAN DER LINDEN, A.; HOLANDA, A. C.; VALENCA, M. M. Clinical features and neuroimaging (CT and MRI) findings in presumed Zika virus related congenital infection and microcephaly: retrospective case series study. **BMJ**, v. 353, n. 1901, 2016. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/353/bmj.i1901>> Acesso em: 30 mar. 2017.

ASSIS, R. T. **Uma leitura sobre a teoria do apego e uma aproximação com a metapsicologia via o conceito de pulsão de apego**, 2006. 42 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ATKINSON, L.; CHISHOLM, V. C.; SCOTT, B.; GOLDBERG, S.; VAUGHN, B. E.; BLACKWELL, J.; DICKENS, S.; TAM, F. Maternal sensitivity, child functional level, and attachment in Down Syndrome. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, v. 64, p. 45-66, 1999. Doi: 10.1111%2F1540-5834.00033.

ATKINSON, L.; CHISHOLM, V.; DICKENS, S.; SCOTT, B.; BLACKWELL, J.; TAM, F.; GOLDBERG, S. Cognitive coping, affective distress, and maternal sensitivity: mothers of children with Down Syndrome. **Development Psychology**, v. 31, n. 4, p. 668-676, 1995.

ATKINSON, L.; PAGLIA, A.; COOLBEAR, J.; NICCOLS, A.; PARKER, K. C. H.; GUGER, S. Attachment Security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. **Clinical Psychology Review**, v. 20, n. 8, p. 1019-1040, 2000. Doi: 10.1016%2Fs0272-7358%2899%2900023-9.

ATTILI, G.; VERMIGLI, P.; ROAZZI, A. Rearing Styles, Parents' Attachment Mental State, and Children's Social Abilities: The Link to Peer Acceptance. **Child Development Research**, 2011. Doi: 10.1155/2011/267186

BARAKAT, L. P.; LINNEY, J. A. Optimism, appraisals, and coping in the adjustment of mothers and their children with spina bifida. **Journal of Child and Family Studies**, v. 4, n. 3, p. 303-320, 1995.

BARROS, J. Otimismo: Teoria e avaliação (proposta de uma nova escala). **Psicologia, Educação e Cultura**, v. 2, n. 2, p. 295-308, 1998.

BARROS, J. Felicidade: Natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). **Psicologia, Educação e Cultura**, v. 5, n. 2, p. 289-318, 2001.

BARROS, J. Esperança: Natureza e avaliação. **Psicologia, Educação e Cultura**, v. 7, p. 83-106, 2003.

Barros, J. **Psicologia Positiva: Uma Nova Psicologia**. Porto: Legis Editora, 2010.

BARROS, M. F. F.; LEONARDO, M. A. Stress parental em mãe cuidadora de criança com Síndrome de Down: Relato de caso. **Psicologia.pt**, Issn: 1646-6977, 2013. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?stress-parental-em-mae-cuidadora-de-crianca-com-sindrome-de-down-relato-de-caso-clinico&codigo=A0728> Acesso em 17 mar. 2017.

BARROS-OLIVEIRA, J. H. Felicidade, otimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. **Psychologica**, v. 52, n. 1, p. 123-148, 2010.

BARTOLINI, M.; PICCININI, C. A. Intergenerational Transmission of Secure Attachment: Evidences from Two Cases. **Psicologia em Estudo**, v. 2, n. 20, p. 247-259, 2015. Doi: 10.4025/psicoestud.v20i2.25246

BATISTA, M. D. G. Pesquisa na internet: considerações metodológicas. In: Encontro de Ciências Sociais do Norte e Nordeste e Pré-alas Brasil, 15, 2012, Piauí. Anais XV CISO, Piauí: Alas Brasil, 2012. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/105710483/BATISTA-Micheline-Pesquisa-na-internet-consideracoes-metodologicas>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

BEE, H.; BOYD, D. **A Criança em Desenvolvimento**. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BEENEY, J. E.; PILKONIS, P. A.; SCOTT, L. N.; STEPP, S. D.; LAZARUS, S. A.; WRIGHT, A. G. C.; HALLQUIST, M. N.; BEENEY, J. R. S. Disorganized Attachment and Personality Functioning in Adults: A lent class analysis. **Personality Disorders: Theory, Research and Treatment**, v. 8, n. 13, p. 206-216, 2016. Doi: 10.1037/per0000184

BEGOSSI, J. **O luto do filho perfeito**: Um estudo psicológico sobre os sentimentos vivenciados por mães com filhos portadores de paralisia cerebral, 2003. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

BENNETT, T.; DELUCA, D. A.; ALLEN, R. W. Religion and children with disabilities. **Journal of Religion and Health**, v. 34, n. 4, p. 301-312, 1995.

BERANT, E.; MIKULINCER, M.; FLORIAN, V. Attachment style and Mental health: A 1-year follow-up study of mothers of infants with congenital heart disease. **PSPB**, v.27, n. 8, p. 956-968, 2001.

BERANT, E.; MIKULINCER, M.; SHAVER, P. R. Mother's attachment style, their mental health, and their children's emotional vulnerabilities: a 7-year study of children with congenital heart disease. **Journal of Personality**, v. 79, n. 1, p. 31-66, 2008. Doi: 10.1111/j.1467-6494.2007.00479.x.

BLACKWELL, S. E.; RIUS-OTTENHEIM, N.; SCHULTE-VAN MAAREN, Y. W.; CARLIER, I. V.; MIDDELKOOP, V. D.; ZITMAN, F. G.; SPINHOVEN, P.; HOLMES, A.; GILTAY, E. J. Optimism and mental imagery: a possible cognitive marker to promote well-being? **Psychiatry Research**, v. 206, n. 1, p. 56-61, 2012.

BOCK, J.; WAINSTOCK, T.; BRAUN, K; SEGAL, M. Stress in Utero: Prenatal programming of brain plasticity and cognition. **Biological Psychiatry**, v. 78, n. 5, p. 315-326, 2015. DOI: 10.1016/j.biopsych.2015.02.036

BORELLI, J. L.; PALMER, A.; VANWOERDEN, S.; SHARP, C. Convergence in Reports of Adolescents' Psychopathology: A Focus on Disorganized Attachment and Reflective Functioning. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**. ISSN: 1537-4416 (Print), p. 1537-4424, 2017. Doi: 10.1080/15374416.2017.1399400

BOSMANS, G.; SMEDT, B. D. Insecure attachment is associated with math anxiety in middle childhood. **Frontiers in Psychology**, v. 6, p. 1-7, 2015. Doi: 10.3389/fpsyg.2015.01596.

BOWLBY, J. **Apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

_____. **Apego e perda Vol. 1- A natureza do vínculo**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BOWLBY, J.; AINSWORTH, M. D. S. **Cuidados maternos e saúde mental**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

BOYD, D. M.; ELLISON, N. B. Social Network Sites: Definition, history and scholarship. **Journal of Computer-Mediated Communication**, v. 13, n. 1, p. 210-230, 2007. Doi: 10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x

BRAGA, I. M. M. A invisibilidade da Mulher Negra nas narrativas das Políticas Públicas de enfrentamento ao Zika vírus. Anais JOINPP, Maranhão: UFMA, 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo6/ainvisibilidadedamulhernegranasnarrativasdaspoliticaspUBLICASdeenfrentamentoaozicavirus.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 123.

BRAUNSTEIN-BERCOVITZ, H. Self-Criticism, Anxious Attachment, and Avoidant Attachment as Predictors of Career Decision Making. **Journal of Career Assessment**, v. 22, n. 1, p. 176-187, 2014.

BRENNAN, K. A.; CLARK, C.; SHAVER, P. R. Self-report measurement of adult-attachment: An integrative overview. In: SIMPSON, J. A.; RHOLES, W. S. (Org.). **Attachment theory and close relationships**. New York: Guilford Press, 1998. p. 46-76.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004.

BUTLER, D. Brazil asks whether Zika acts alone to cause birth defects. **Nature**, v. 535, n. 7613, p. 475-476, 2016.

CABOIM, L. G.; BEZERRA, E. P.; GUIMARÃES, I. J. B. Pesquisando na internet: uma análise sobre metodologias utilizadas em dissertações de mestrado do programa de pós-graduação em Ciência da Informação da UFPB. **Biblionline**, v. 11, n. 2, p. 123-134, 2015.

CAIRES-JÚNIOR, L. C.; GOULART, E.; MELO, U. S.; ARAÚJO, B. S. H.; ALVIZI, L.; SOARES-SCHANOSKI, A.; OLIVEIRA, D. F.; KOBAYASHI, G. S.; GRIESI-OLIVEIRA, K.; MUSSO, C. M.; AMARAL, M. S.; SILVA, L. F.; ASTRAY, R. M.; SUÁREZ-PATIÑO, S. F.; VENTINI, D. C.; SILVA, S. G.; YAMAMOTO, G. L.; EZQUINA, S.; NASLAVSKY, M. S.; TELLES-SILVA, K. A.; WEIMANN, N.; LINDEN, V.; LINDEN, H.; OLIVEIRA, J. M. R.; ARRAIS, N. R. M.; MELO, A.; FIGUEIREDO, T.; SANTOS, S.; MEIRA, J. C. G.; PASSOS, S. D.; ALMEIDA, R. P.; BISPO, A. J. B.; CAVALHEIRO, E. A.; KALIL, J.; CUNHA-NETO, E.; NAKAYA, H.; ANDREATA-SANTOS, R.; FERREIRA, L.C. S.; VERJOVSKY-ALMEIDA, S.; HOO, P. L.; PASSOS-BUENO, M. R.; ZATZ, M. Discordant congenital Zika syndrome twins show differential in vitro viral susceptibility of neural progenitor cells. **Nature Communications**, v. 9, n. 475, p. 1-11, 2018. Doi: 10.1038/s41467-017-02790-9

CALVET, G.; AGUIAR, R. S.; MELO, A. S. O.; SAMPAIO, S. A.; FILIPPIS, I.; FABRI, A.; ARAÚJO, E. S. M.; SEQUEIRA, P. C.; MENDONÇA, M. C. L.; OLIVEIRA, L.; TSCHOEKE, D.A.; SCHRAGO, C. G.; THOMPSON, F. A.; BRASIL, P.; SANTOS, F. B.; NOGUEIRA, R. M. N.; TANURI, A.; FILIPPIS, A. M. B.. Detection and Sequencing of Zika vírus from amniotic fluido of fetuses with microcephaly in Brazil: a case study. **Lancet Infect**, v. 17, n. 16, 2016. DOI: 10.1016/s1473-3099 (16) 00095-5.

CASTRO, R. I.; MARTINS, A. R.; GOMES, M. L.; BANDEIRA, M. O. R.; SPEROTTO, R. I. Mapeando as Metodologias de pesquisa em Educação: Compartilhamento viral no Facebook. In: Congresso Internacional TIC e Educação, 2, 2012, Minas Gerais. Anais TIC e Educação, Minas Gerais: UFPEL, 2012.

CAVALCANTE, T. C. F.; FERREIRA, S. P. A. Impedimentos cognitivos e a acessibilidade comunicacional na escola: contribuições da teoria de Vygotsky. **Ciências e Cognição**, v. 16, n. 3, p. 43-56, 2011.

COHN, D. A.; COWAN, P. A.; COWAN, C. P.; PEARSON, J. Mothers' and fathers' working models of childhood attachment relationships. Parenting styles and child behavior. **Development and Psychopathology**, v. 4, p. 417-431, 1992.

COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. **Desenvolvimento Psicológico e Educação 3: Transtornos do Desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2007.

COUTO, M. C. P. P.; POLETO, M.; PALUDO, S.; KOLLER, S. H. Resiliência e psicologia positiva. In: Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo (Org.). **Memórias del primer encuentro iberoamericana de psicologia positiva**. Buenos Aires: AR. 2006. p. 50.

COZBY, P. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

DA PAZ, N.S.; SIEGA, B.; COCCIA, M. A.; EPEL, E. L. S. Acceptance or Despair? Maternal Adjustment to Having a Child Diagnosed with Autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, p. 1-11, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3450-4>

DALBEM, J. X. **Características da Representação do Apego em Adolescentes Institucionalizadas e Processos de Resiliência na Construção de Novas Relações Afetivas**, 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do Apego: bases conceituais e desenvolvimentais dos modelos internos de funcionamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n. 1, p. 12-24, 2008.

DE TONI, P. M.; DE SALVO, C. G.; MARINS, M. C.; WEBER, L. N. D. Etologia humana: O exemplo do apego. **Psico USF**, v. 9, n. 1, p. 99-104, 2004.

DICK, G. W. A.; KITCHEN, S. F.; HADDOW, A. J. Zika virus: Isolations and serological specificit. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 46, n. 1, p. 509-520, 1952.

DIENER, E.; EMMONS, R. A.; LARSEN, R. J.; GRIFFIN, S. The satisfaction with life. **Journal of Personality Assessment**, v. 49, n. 1, p. 71-75, 1985.

DIENER, E.; SUH, E.; LUCAS, R. E.; SMITH, H. Subjective well-being: Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, v. 125, p. 276-302, 1999.

DINIZ, D. Vírus Zika e Mulheres. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 1-4, 2016. Doi: 10.1590/0102-311X00046316.

DUFFY, M. R.; TAI-HO-CHEN, W.; HANCOCK, T.; POWERS, A. M.; KOOL, J. L.; LANCIOTTI, R. S.; PRETIRICK, M.; MARFEL, M.; HOLZBAUER, S.; DUBRAY, C.; GUILLAAUMONT, L.; GRIGGS, A.; BEL, M.; LAMBERT, A. J.; LAVEN, J.; KOSOY, O.; PANELLA, A.; BIGGERSTAFF, B. J.; FISCHER, M.; HAYES, E. B. Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. **The New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 24, p. 2536-2543, 2009.

EGELAND, B. Programas de intervenção e prevenção para crianças pequenas baseados no apego. **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância**, p. 1-7, 2009.

EKAS, N. V.; LICKENBROCK, D. M.; WHITMAN, T. L. Optimism, Social Support, and Well-Being in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 40, n. 10, p. 1274-1284, 2010.

ESCOBAR, J. A. C.; ROAZZI, A.; SOUZA, B. C.; NASCIMENTO, A. M. Mediation of self-rumination on mental health related aspects: a multidimensional approach. In: ROAZZI, A.; SOUZA, B. C.; BILSKY, W. (Org.). **Facet Theory Searching for structure in complex social, cultural e Psychological phenomem. Select Readings from the 2013 Facet Theory Association (FTA) Conference**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2015.

FALKENBACH, A. P.; DREXSLER, G.; WERLER, V. A relação mãe/criança com deficiência: sentimentos e experiências. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2065-2073, 2008.

FASO, D. J.; NEAL-BEEVERS, A. R.; CARLSON, C. L. Vicarious futurity, hope, and well-being in parents of children with autism spectrum disorder. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 7, n. 2, p. 288-297, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.08.014>

FIAMENGHI JR., G. A.; MESSA, A. A. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 27, n. 2, p. 236-245, 2007.

FLOR, C. J. D. R. V.; GUERREIRO, C. F.; ANJOS, J. L. M. Desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com microcefalia associado ao Zika Vírus. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 3, p. 313-318, 2017. Doi: 10.17267/2238-2704rpf.v7i3.1386

FOTIADOU, M.; BARLOW, J. H.; POWELL, L. A.; LANGTON, H. Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. **Psycho-Oncology**, v. 17, n. 4, p. 401-409, 2007.

FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de Pesquisa para Internet**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

FRANÇA, G. V. A.; SHULER-FACCINI, L.; OLIVEIRA, W. K.; HENRIQUES, C. M. P.; CARMO, E. H.; PEDI, V. D.; NUNES, M. L.; CASTRO, M. C.; SERRUYA, S.; SILVEIRA, M. F.; BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. **The Lancet**, v. 16, p. 1-7, 2016. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)30902-3.

FRANCO, V.; APOLÓNIO, A. M. Desenvolvimento, Resiliência e Necessidades das Famílias com Crianças Deficientes. **Revista Ciência Psicológica**, v. 8, p. 40-54, 2002.

FRANCO, Vitor. Tornar-se pai/mãe de uma criança com transtornos graves do desenvolvimento. **Educar em Revista**, v. 59, p. 35-48, 2016. Doi: 10.1590/0104-4060.44689.

GARCIA, S. G. Apego y Discapacidad. In: *Jornada de Atención Temprana de Andalucía*, 5, 2008. Anais SID, Salamanca: Servicios Sociales de Castilla y León, 2008.

GARRIDO-ROJAS, L. Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. **Revista Latinoamericana de Psicología**, v. 38, n. 3, p. 493-507, 2006.

GODOY, R. F. Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Estudos e Pesquisa em psicologia**, v. 13, n. 3, p. 1089-1102, 2013.

GÓES, F. A. B. Um encontro inesperado: os pais e seu filho com deficiência mental. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 26, n. 3, p. 450-461, 2006.

GOMES, A. A.; MELCHIORI, L. E. **A Teoria do Apego no Contexto da Produção Científica Contemporânea**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

GOUVEIA, C. N. A. **Avaliação da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo em idosos: uma comparação entre os ambientes rural e urbano da Paraíba**, 2006. s/n. Monografia (Departamento de Psicologia), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

GOUVEIA, V. V.; CHAVES, S. S. S.; OLIVEIRA, I. C. P.; CARNEIRO, M. B. Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 4, p. 398-305, 2005.

GRAZIANO, L. D. **A Felicidade revisitada: Um estudo sobre bem-estar subjetivo na visão da Psicologia Positiva**, 2005.129 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade de São Paulo, Recife, 2005.

GREENBERG, J. S.; SELTZER, M. M.; KRAUSS, M. W.; CHOU, R. J.A.; HONG, J. The Effect of Quality of the Relationship Between Mothers and Adult Children With Schizophrenia, Autism, or Down Syndrome on Maternal Well-Being: The Mediating Role of Optimism. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 74, n. 1, p. 14-25, 2004. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.74.1.14>

GRISANTE, P. C.; AIELLO, A. L. R. Interações familiares: observação de diferentes subsistemas em família com uma criança com síndrome de down. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 18, n. 2, p. 195-212, 2012. Doi: 10.1590/S1413-65382012000200003

GRUPTA, A.; SINGHAL, N. Positive perceptions of children with disabilities. **Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal**, v. 15, n. 1, p. 22-35, 2004.

GUERRA, C. S.; DIAS, M. D.; FERREIRA FILHA, M. O.; ANDRADE, F. B.; REICHERT, A. P. S.; ARAÚJO, V. S. Do Sonho a Realidade: Vivências de mães de filhos com deficiência. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 459-466, 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000992014>

GUSMÃO, E. E. S. **Estilos de Apego e Raciocínio Moral em Adolescentes**, 2009. 181 f.. Tese (Doutorado em Psicologia Cognitiva), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

GUSTÁ, A. G. B. **Apego y discapacidad**, 2014. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia), Universidad de la República, Uruguay, 2014.

GUZMÁN, M.; CONTRERAS, P. Estilos de Apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. **Psykhé**, v. 21, n. 1, p. 69-82, 2012.

HALSTEAD, E.; EKAS, N.; HASTINGS, R. P.; GRIFFITH, G. M. Associations Between Resilience and the Well-Being of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder and Other Developmental Disabilities. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2018., doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3447-z>

HASTINGS, R. P.; ALLEN, R.; MCDERMOTT, K.; STILL, D. Factors Related to Positive Perceptions in Mothers of Children with Intellectual Disabilities. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, v. 15, n. 3, p. 269-275, 2002. Doi: 10.1046/j.1468-3148.2002.00104.x

HAYES, E. B. Zika vírus outside Africa. **Emerging Infectious Diseases**, v. 15, n. 9, p. 1347-1350, 2009. Doi: 10.3201/eid1509.090442

HEIMAN, T. Parents of Children with Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, v. 14, p. 159-171, 2002.

HELLMAN, C. H.; WORLEY, J. A.; MUNOZ, R. T. Hope as a Coping Resource for Caregiver Resilience and Well-Being. In: BAILEY, W. A.; HARRIST, A. W. **Family Caregiving: Fostering Resilience Across the Life Course**. Springer, 2017. P. 143-146.

HENRIQUE, C. M. P.; DUARTE, E.; GARCIA, L. P. Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 1, p. 7-10, 2016.

HERCULANO, S. O Clamor por justiça ambiental e contra o racismo ambiental. **InterfacEHS**, v. 3, p. 113-120, 2008.

HIGGINS, D. J.; BAILEY, S. R.; Pearce, J. C. Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. **Sage Journals**, v. 9, n. 2, p. 125-137, 2005.

HJEMDAL, O.; ROAZZI, A.; DIAS, M. G. B. B.; ROAZZI, M.; VIKAN, A. Exploring the psychometric properties of the resilience scale for adults in a Brazilian samples. In: ELIZUR, D.; YANIV, E. (Org.). **Facet New horizons in theory construction and data analysis**. Jerusalem: FTA, 2009. p. 120-138.

HONARI, B.; SAREMI, A. A. The study of relationship between Attachment Styles and Obsessive love styles. **Procedia: Social and Behavioral Sciences**, v. 165, p. 152-159, 2015.

HOOKS, B. (2010). Vivendo de Amor. Geledes Instituto da Mulher Negra, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://arquivo.geledes.org.br/areas-de-atuacao/questoes-de-genero/180-artigos-de-genero/4799-vivendo-de-amor> Acesso em: 21 fev. 2017.

Horton, T. V., WALLANDER, J. L. Hope and social support as resilience factors against psychological distress of mothers who care for children with chronic physical conditions. **Rehabilitation Psychology**, v. 46, n. 4, p. 382-399, 2001. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.46.4.382>

HULI, P.; AMINBHAVI, V. A. The Impact of Need for Cognition on Life Satisfaction of P.G. Students. **IOSR Journal Of Humanities And Social Science**, v. 19, n. 4, p. 11-16, 2014.

HUTZ, C. S.; ZANON, C.; BARDAGI, M. Satisfação de Vida. In: HUTZ, C. S. (Org.). **Avaliação em Psicologia Positiva**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

JONES, J. D.; CASSIDY, J.; SHAVER, P. R. Parent's Self-reported attachment styles: a review of links with parenting behaviors, emotions, and cognitions. **Personality and Social Psychology Review**, v. 19, n. 1, p. 44-79, 2015. Doi: 10.1177/1088868314541858.

KANTOR, I. N. Dengue, Zika y Chikungunya. **Medicina (B. Aires)**, v. 76, n. 2, p. 93-97, 2016.

KASHDAN, T. B.; PELHAM, W. E.; LANG, A. R.; HOZA, B.; JACOB, R. G.; JENNINGS, J. R.; BLUMENTHAL, J. D.; GNAGY, E. M. Hope and Optimism as Human Strengths in Parents of Children With Externalizing Disorders: Stress is in the Eye of the Beholder. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 21, p. 441-468, 2002.

KAUSAR, S.; JEVNE, R. F.; SOBSEY, D. Hope in families of children with developmental disabilities. **Journal on Developmental Disabilities**, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2003.

KING, G.; KING, S.; ROSENBAUM, P.; GOFFIN, R. Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: linking process with outcomes. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 24, n. 1, p. 41-53, 1999.

LAYOUS, K.; ZANON, C. Avaliação da Felicidade Subjetiva: Para além dos dados de autorrelato. In: HUTZ, C. S. (Org.). **Avaliação em Psicologia Positiva**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

LEAL, G. F. **Estudos Clínico-moleculares de três famílias pernambucanas com microcefalia primária**, 2003. 117 f. Tese (Doutorado em Ciências Biológicas), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

LECANNELIER, F.; ASCANIO, L.; FLORES, F.; HOFFMANN, M. Apego y Psychopatología: Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales del Apego desorganizado. **Terapia Psicológica**, v. 29, n. 1, p. 107-116, 2011.

LLOYD, T. J.; HASTINGS, R. Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 53, n. 12, p. 957-968, 2009.

LOPES, N.; NOZAWA, C.; LINHARES, R. E. C. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v. 5, n. 3, 2014. Doi: 10.5123/S2176-62232014000300007.

LÓPEZ, C. A.; RAMÍREZ, M. G. Apego. **Rev. Chil Med Fam**, v. 6, n. 1, p. 20-24, 2005.

LÖWY, I. Zika and Microcephaly: can you learn from history?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, 2016. Doi: 10.1590/S0103-73312016000100002

MACCHIAVERNI, L. M. L.; BARROS FILHO, A. A. Perímetro Cefálico: Por que medir sempre. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 31, p. 595-609, 1998.

MAGÃO, M. T.; LEAL, I. (2002). A promoção da esperança em pais de crianças com cancro. Disponível em: <<http://www.isabel->

leal.com/portals/1/pdfs/a%20promocao%20da%20esperanca%20nos%20pais%20de%20criancas%20com%20cancro.pdf> Acesso em: 29 out. 2014.

MAIN, M.; SOLOMON, J. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: BRAZELTON, T. B.; YOGMAN, M. (Org.). **Affective development in infancy**, New York: Ablex Publishing Company, 1986. p.95-124.

MALEKPOUR, M. Effects of attachment on early and later development. **The British Journal of Developmental Disabilities**, v. 53, n. 2, p. 81-95, 2007.

MARINHO, F.; ARAÚJO, V. E. M.; PORTO, D. L.; FERREIRA, H. L.; COELHO, M. R. S.; LECCA, R. C. R.; OLIVEIRA, H.; PONCIONI, I. P. A.; MARANHÃO, M. H. N.; BRANDÃO E MENDES, Y. M. M.; FERNANDES, R. M.; LIMA, R. B.; RABELLO NETO, D. L. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 25, n. 4, p. 701-712, 2016.

MARTINS, M.; COUTO, A. P. Vivências do dia-a-dia de pais com filhos deficientes. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 1, p. 117-124, 2014. Doi: 10.12707/RIII1266.

MASCARENHAS, S. A. N.; ROAZZI, A.; LEÓN, G. F. Impacto da educação escolar no desenvolvimento social, cidadania e qualidade de vida: estudo em diferentes etnias na Amazônia. In: MASCARENHAS, S. A. N.; ARAÚJO, J. N.; MARCHI, A.; ROAZZI, A.; BOTELHO, A. C. (Org.). **Desafios para o exercício da cidadania, qualidade de vida e inclusão socioeconômica na Amazônia. Pesquisa em Educação, Psicologia, Sociedade, Cultura e Ambiente**. São Paulo: Loyola, 2017. P. 42-54.

MASCARENHAS, S. A. N.; ROAZZI, A. Otimismo, esperança e satisfação com a vida de agricultores e ribeirinhos da Amazônia-Amazonas-Brasil. **Revista AMAzônica**, v. 9, n. 2, p. 239-251, 2012. <https://goo.gl/XdPjqp>

MASCARENHAS, S. A. N.; FERNANDES, F.; ROAZZI, A.; LIRA, R. S.; BRAULE, G.; MORAIS, L. M. (2015). Indicadores de Felicidade e cidadania no Amazonas. In: MASCARENHAS, S. A. N. (Org.). **Em busca de justiça social, cidadania, democracia, sustentabilidade e qualidade de vida em contextos amazônicos. Pesquisa em educação, psicologia, sociedade e ambiente**. São Paulo: Loyola, 2015. P. 289-294.

MASCARENHAS, S. A. N.; FERNANDES, F.; SILVA, I. R.; LEON, G. F.; SILVA, G. C. C. R.; MORAIS, L. M. Escala sobre felicidade aplicada a habitantes do Amazonas - contribuição para validação. In: Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, 4, 2014, Taubaté-SP. Anais do IV Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde. Taubaté-SP: ABPSA, 2014, p. 384-390.

MASCARENHAS, S. A. N.; MENEZES, C.; LOEBLIN, E. L.; GALDINO, Z. C. Escala Breve de Coping Resiliente aplicada a estudantes do Brasil/UFAM. In: Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e I Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde, 2, 2011, São Bernardo do Campo. Anais do I CLBPS e II CIBPS. São Bernardo do Campo: ABPSA, 2011. p. 1-7.

MASCARENHAS, S. A. N.; PINTO, V. F.; LIRA, R. S.; MORAIS, L. M.; ROAZZI, A. Relação entre Otimismo, escolaridade e cidadania no Amazonas. In: MASCARENHAS, S. A. N. (Org.). **Em busca de justiça social, cidadania, democracia, sustentabilidade e**

qualidade de vida em contextos amazônicos. Pesquisa em educação, psicologia, sociedade e ambiente. São Paulo: Loyola, 2015. P. 261-270.

MASCARENHAS, S. A. N.; ROAZZI, A.; SILVA, A. Q. Apego e rendimento acadêmico no ensino superior. **Revista Amazônica**, v. 9, n. 1, p. 358-370, 2013.

MATOS, D. K. R. **Apego e habilidades escolares em alunos de educação** infantil, 2013. 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Cognitiva), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

MATTHIENSEN, A. **Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em avaliações por questionários.** 1ª ed. Roraima: Embrapa, 2011.

MCINTYRE, L. L.; BROWN, M. Examining the utilisation and usefulness of social support for mothers with young children with autism spectrum disorder. **Journal of Intellectual & Developmental Disability**, v. 43, n. 1, p. 93-101, 2016.

MESSA, A. A.; FIAMENGHI JR., G. A. O impacto da deficiência nos irmãos: histórias de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 529-538, 2010.

MICKELSON, K. D.; KESSLER, R. C.; SHAVER, P. R. Adult Attachment in a Nationally Representative Sample. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 73, n. 5, p. 1092-1106, 1997.

MIKULINCER, M. Adult attachment style and information processing: Individual differences in curiosity and cognitive closure. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 72, p. 1217-1230, 1997.

MIKULINCER, M.; SHAVER, P. R. **Attachment in adulthood:** Structure, dynamics, and change. New York: Guilford Press, 2007.

MIKULINCER, M.; SHAVER, P. R. Adult attachment and happiness: Individual differences in the experience and consequences of positive emotions. In: DAVID, S. A.; BONIWELL, I.; CONLEY, A. (Org.). **Oxford library of psychology. The Oxford handbook of happiness** New York: Oxford University Press, 2013. P 834-846.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Monitoramento Integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologies infecciosas, até a Semana Epidemiológica 20/2017**, v. 48, n.19, p. 1-9, 2017.

MIRA, A. O. La importância de la relaciones tempranas y el apego en los niños con necesidades especiales. **Revista Terapia Ocupacional**, v. 9, p. 01-10, 2009. Doi: 10.5354/0717-5346.2009.52

MOHAMMADI, K.; SAMAVI, A.; GHZAVI, Z. The Relationship between Attachment Styles and Lifestyles with marital satisfaction. **Iran Red Crescent Med. J.**, v. 18, n. 4, p. 1-6, 2016. Doi: 10.5812/ircmj.23839

MORAIS, L, M.; MASCARENHAS, S. A. N. Avaliação da escala de expectativa/esperança quanto ao futuro e orientação para a vida e seus efeitos sobre o rendimento acadêmico dos estudantes do IEAA/UFAM-BRASIL. **Revista AMAzônica**, v. 4, p. 19-26, 2010.

MORAIS, L. M.; MASCARENHAS, S. A. N. Avaliação da escala de Expectativa/Esperança quanto ao futuro e orientação para a vida e seus efeitos sobre o rendimento acadêmico dos estudantes do IEAA/UFAM-BRASIL. **AMazônica**, v. 4, p. 19-26, 2010.

MOYSÉS, G. L. R.; MOORI, R. G. (2007). Coleta de dados para a pesquisa acadêmica: Um estudo sobre a elaboração, a validação e a aplicação eletrônica de questionário. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 30, 2010, São Paulo. **Anais Enegep 2010**, São Paulo: Associação Brasileira de Engenharia de Produção, 2007.

MUSSI-PINHATA, M. M.; YAMAMOTO, A. Y. Infecções congênitas e perinatais. **J. Pediatr**, v. 75, n. 1, p. 15-29, 1999.

NASCIMENTO, A.; ROAZZI, A. Autoconsciência, imagens mentais e mediação cognitiva. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 3, p. 493-505, 2013. Doi: 10.1590/S0102-79722013000300000

NASCIMENTO, A. **Autoconsciência Situacional, Imagens Mentais, Religiosidade e Estados Incomuns da Consciência**, 2008. 373 f. Tese (Doutorado em Psicologia Cognitiva), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

NATIVIDADE, J. C.; SHIRAMIZU, V. K. M. Uma medida de Apego: versão brasileira da Experiences in Close Relationship Scale – Reduzida (ECR-R-Brasil). **Psicologia USP**, v. 26, n. 3, p. 484-494, 2015. Doi: 10.1590/0103-656420140086

NAVARAUSCKAS, H. B.; SAMPAIO, I. B.; URBINI, M. P.; COSTA, R. C. V. “Ei, eu também estou aqui!”: aspectos psicológicos da percepção de irmãos frente à presença de uma criança com paralisia cerebral no núcleo familiar. **Estudos de Psicologia**, v. , n. 4, p. 505-513, 2010.

NEGRI, L.; PIAZZA, G.; SARTORI, R. D. G.; COCCHI, M. G.; FAVE, A. The adult carer quality of life questionnaire (AC-QoL): comparison with measures of burden and well-being, and Italian validation. **Disability and Rehabilitation**, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1423519>

NETO, F.; BARROS, J.; BARROS, A. **Satisfação com a vida**. In L. Almeida et al. (Eds.), **A ação educativa: análise psicossocial**. Leiria: ESEL/APPORT, 1990. p. 105-117.

NIA, A. S. N.; SALARI, P.; SHARIFI, N.; NOOGHANI, H. J. Effect of Attachment Styles to Parents on Sexual Dysfunction Domains of Married Women. **Electronic Physician**, v. 1, n. 9, p. 3605-3610, 2017. Doi: 10.19082/3605

OATES, J.; BARD, K.; HARRIS, M. Social and communicative functioning. **Down Syndrome Education Online. Advance Online Publication**, 2008. DOI: 10.3104/reviews.2073

OGSTON, P. L.; MACKINTOSH, V. H.; MYERS, B. J. Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 5, n. 4, p. 1378-1384, 2011.

OKIDO, A. C. C.; CUNHA, S. T.; NEVES, E. T.; DUPAS, G.; LIMA, R. A. G. Criança dependente de tecnologia e a demanda de cuidado medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 718-724, 2016.

OLIVEIRA, C. S.; Vasconcelos, P. F. C. Microcephaly and Zika virus. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 2, p. 103-105, 2016.

OLIVEIRA, I. G.; POLETTO, M. Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. **Revista da Spagesp**, v. 16, n. 2, p. 102-119, 2015.

PANIAGUA, G. As Famílias de crianças com necessidades educativas especiais. In: COLL, C., MARCHESI, A., & PALACIOS, J. (Org.). **Desenvolvimento psicológico e educação: 3. Transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PAVOT, W.; DIENER, E. Review of the Satisfaction with Life Scale. **Psychological Assessment**, v. 5, n. 2, p. 164-172, 1993.

PAVOT, W.; DIENER, E.; COLVIN, R.; SANDVIK, E. Further Validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. **Journal of Personality Assessment**, v. 57, n. 1, p. 149-161, 1991.

PEREIRA, E. L.; BEZERRA, J. C.; BRANT, J. L.; ARAÚJO, W. N.; SANTOS, L. M. P. Perfil da demanda e dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) concedidos a crianças com diagnóstico de microcefalia no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3557-3566, 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria de Epidemiologia e Vigilância em Saúde. Informe Técnico nº 26/2017. **Síndrome Congênita relacionada à infecção pelo Zika vírus**. Recife: Secretaria de Epidemiologia e Vigilância em Saúde, 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Possível alteração do padrão epidemiológico de microcefalia em Pernambuco**. Informe Técnico SEVS/SES-PE, n. 57, Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2016a.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. (2016b). **Microcefalia e outras alterações do Sistema Nervoso Central**. Informe Técnico SEVS/SES-PE, n. 76, Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2016a.

PESSOA, R. C; MASCARENHAS, S. A. N. Análise da Resiliência, Bem-Estar Subjetivo e Rendimento Acadêmico de Estudantes Universitários da Amazônia. **Revista AMazônica**, v. 13, p. 260-282, 2014.

PICCININI, C. A.; LEVANDOWSKI, D. C.; GOMES, A. G.; LINDENMEYER, D.; LOPES, R. S. Expectativas e Sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. **Estudos de Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 373-382, 2009.

PINTO E SÁ, L. M. S. M. **Intervenção Precoce e Microcefalia: Estratégias de intervenção eficazes**, 2013. 182 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial no Domínio Cognitivo Motor), Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal, 2013.

PIRES, J. G. ; NUNES, M. F. O. ; NUNES, C. H. S. S. Instrumentos baseados em Psicologia Positiva no Brasil: Uma revisão sistemática. **Psico-USF**, v. 20, n. 2, p. 287-295, 2015. Doi: 10.1590/1413-82712015200209

Pitanguy, J. Os direitos reprodutivos das mulheres e a epidemia do Zika virus. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 1-3, 2016 Doi: 10.1590/0102-311X00066016

PONTES-FERNANDES, A. C.; PETEAN, E. B. L. Sobrecarga emocional e qualidade de vida em mães de crianças com erros inatos do metabolismo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 459-465, 2011.

POSTON, D. J.; TURNBULL, A. P. Role of spirituality and religion in family quality of life for families of children with disabilities. **Education and Training in Developmental Disabilities**, v. 39, n. 2, p. 95-108, 2004.

RABELLO, E. T.; PASSOS, J. S. (SD). **Vygotsky e o Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <<http://www.josesilveira.com/artigos/vygotsky.pdf>> Acesso em: 25 mai. 2017.

RAMIRES, C. M. N.; BRANCO-BARREIRO, F. C. A.; PELUSO, E. T. P. Fatores relacionados à qualidade de vida de pais de crianças com deficiência auditiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3245-3252, 2016.

RAMIRES, V. R. R. Cognição Social e Teoria do Apego: Possíveis articulações. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 2, p. 403-410, 2003.

RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, M. S. Revisitando alguns conceitos da Teoria do Apego: comportamento versus representação? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 25-33, 2010.

RAVAL, V.; GOLDBERG, S.; ATKINSON, L.; BENOIT, D.; MYHAL, N.; POULTON, L.; ZWIERS, M. Maternal Attachment, maternal responsiveness and infant attachment. **Infant Behavior and Development**, v. 24, p. 281-304, 2001. Doi: 10.1016%2Fs0163-6383%2801%2900082-0.

RESENDE, M. C.; CUNHA, C. P. B.; SILVA, A. P.; SOUSA, S. J. Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. **Ciência e Cognição**, v. 10, p. 164-177, 2007.

RIBEIRO, J. L. P.; MORAIS, R. Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 11, n. 1, p. 5-13, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v11n1/v11n1a01.pdf>. Acesso em 12/03/2014

RIBEIRO, M. F. M.; SOUSA, A. L. L.; VANDENBERGHE, L.; PORTO, C. C. Estresse parental em mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 440-447, 2014.

RIBEIRO, M.; FERNANDES, A. Validação da escala do Otimismo em estudantes do ensino superior. **Revista Referência**, 2013.

ROAZZI, A.; SPERB, T. M. **O Desenvolvimento das competências sociocognitivas**. 1ª Ed, São Paulo: Vetor, 2013.

ROAZZI, A.; NASCIMENTO, A. M.; GUSMÃO, E. E. S. O Significado do Apego e da Interação Social no Desenvolvimento do Self, Autoconsciência e Teoria da Mente. In:

TAVEIRA, R.; GUSMÃO, E. E. S. (Org.). **Psicologia: Conceitos, Técnicas e Pesquisas**. Curitiba, PR: CRV, 2013. P 109-144.

ROAZZI, A.; NASCIMENTO, A. M.; SOUZA, B. C.; MASCARENHAS, S. A. N. O questionário «*Experiences in Close Relationships*» (ECR) para avaliar o apego em adultos: Evidências de validade para a versão brasileira em uma perspectiva multidimensional. **Revista Amazônica**, v. 19, n. 1, p. 132-181, 2017.

ROMERO, C.; PERALTA, S. Estudio de la dinámica em famílias com hijos/as con Síndrome de Down. **Eureka: Asunción**, v. 9, n. 1, p. 69-77, 2012.

ROSSEL, K. C. Apego y vinculación en el Síndrome de Down: Uma emergência afetiva. **Revista Pediatría Electrónica**, v. 1, n. 1, p. 3-8, 2004.

RUBIA, E. R. Apego y discapacidad. **Autonomía Personal**, v. 5, p. 20-29, 2013.

RYFF, C. Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 57, n. 6, p. 1069-1081, 1989.

SÁ, S. M. P.; RABINOVICH, E. P. Compreendendo a família da criança com deficiência física. **Journal of Human Growth and Development**, v. 16, n. 1, p. 68-84, 2006.

SAKKAS, H.; ECONOMOU, V.; PAPADOPOULOU, C. Zika virus infection: Past and present of another emerging vector-borne disease. **J Vector Borne Dis**, v. 53, n. 4, p. 305-311, 2016.

SÁNG, E. **Estilos de apego e bem-estar psicológico em adolescentes colegiais: Influência de Gênero e Etnia**, 2009. 140 f. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SANINI, C. **Comportamentos Indicativos de Apego em Crianças com Autismo**, 2006. 320 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SANTOS, J. P. S. Participação e satisfação de pais de crianças autistas com a escola: estudo exploratório. **Revista Educação Especial**, v. 30, n. 58, p. 283-296, 2017.

SANTOS, M. S.; XAVIER, A. S.; NUNES, A. J. B. **Psicologia do Desenvolvimento: Teorias e temas contemporâneos**. Fortaleza: Liber Livro, 2008.

SCHEEREN, P.; DELATORRE, M. Z.; NEUMANN, A. P.; WAGNER, A. O papel preditor dos estilos de apego na resolução do conflito conjugal. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 15, n. 3, p. 835-852, 2015.

SCHIPPER, J. C.; SCHUENGEL, C. Attachment behaviour towards support staff in young people with intellectual disabilities: Associations with challenging behavior. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 54, n. 7, p. 584-96, 2010.

SCOTT, R. P.; QUADROS, M. T.; RODRIGUES, A. C.; LIRA, L. C.; MATOS, S. S.; MEIRA, F.; SARAIVA, J. A Epidemia de Zika e as Articulações das Mães num Campo Tensionado entre Feminismo, Deficiência e Cuidados. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 3, n. 2, p. 73-92, 2017.

SHIRAMIZU, V. K. M.; NATIVIDADE, J. C.; LOPES, F. A. Evidências de validade do Experience in Close Relationships (ECR) Inventory para o Brasil. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 18, n. 3, p. 457-465, 2013. Doi:10.1590/S1413-294X2013000300006

SILVA, A. F.; LÓS, D. E. S.; LÓS, D. R. S. Web 2.0 e pesquisa: Um estudo do Google Docs em Métodos Quantitativos. **Renote: Revista Novas Tecnologias na Educação**, v. 9, p. 51-61, 2011.

SILVA, C. M. B. **Resiliência Familiar: Fatores de risco e proteção em mães de filhos com paralisia cerebral**, 2013. 157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2013.

SILVA, E. C. (2013). Transformações da Essência do Trabalho na era do Capital: algumas considerações acerca do trabalho no modo de produção capitalista. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 2013, Florianópolis. Anais CRESS-SC, Florianópolis, UFSC, 2013.

SILVA, M. A. **O efeito combinado dos estilos de apego dos pais no estabelecimento dos estilos de apego de seus filhos**, 2013. 134 f. Tese (Doutorado em Psicologia Cognitiva), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

SILVA, R. D. **“A gente vive num mundo normal”**: Afetividade e construção do conhecimento na aula de língua inglesa para deficientes visuais, 2010. 59 f. Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura em Letras – Inglês), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

SILVA, S. C.; DESSEN, M. A. Relações familiares na perspectivas de pais, irmãos e crianças com deficiência. **Rev. Bras. Ed. Esp**, v. 20, n. 3, p. 421-434, 2014. Doi: 10.1590/S1413-65382014000300008.

SIMÕES, A. Ulterior validação de uma escala de Satisfação com a Vida. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, v. 26, n. 3, p. 503-515, 1992.

SINCLAIR, V. G.; WALLSTON, K. A. The development and psychometric evaluation of brief resilient coping scale. **Assessment**, v. 10, p. 1-9, 2004.

SOUSA, M. J. R. **Necessidades das Famílias com crianças com autismo, resiliência e suporte social**, 2014. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Ciências da Educação), Universidade do Algarve, Portugal, 2014.

SOUZA, C. F. M.; SCHWARTZ, I. V.; GIUGLIANI, R. Triagem neonatal de distúrbios metabólicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 129-137, 2002.

SOUZA-SILVA, J. R.; DIEGUES, D.; CARVALHO, S. G. Trabalho e deficiência: Reflexões sobre as dificuldades da inclusão social. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 12, n. 1, p. 27-33, 2012.

SUMMERS, J. A.; BEHR, S. K.; TURNBULL, A. P. (1988). Positive adaptation and coping strengths of families who have children with disabilities. In: SINGER, G. H. S.; IRVIN, L. K. (Org.). **Support for caregiving families**: Enabling positive adaptation to disability. Baltimore: Brookes, 1988. p. 27-40.

TANAKA, A. J.; CHO, M. T.; MILLAN, F.; JUUSOLA, J.; RETTERER, K.; JOSHI, C.; NIYAZOV, D.; GARNICA, A.; GRATZ, E.; DEARDORFF, M.; WILKINS, A.L.; ORTIZ-GONZALEZ, X.; MATHEWS, K.; PANZER, K.; BRILSTRA, E.; GASSEN, K. L. I. V.; VOLKER-TOUW, C. M. L.; BINSBERGEN, E. V.; SOBREIRA, N.; HAMOSH, A.; MCKNIGHT, D.; MONAGHAN, K. G.; CHUNG, W. K. Mutations in SPATA5 Are Associated with Microcephaly, Intellectual Disability, Seizures, and Hearing Loss. **Am J Hum Gen**, v. 97, n. 3, p. 457-464, 2015. Doi: 10.1016/j.ajhg.2015.07.014

TARANTINO, S.; PAPETTI, L.; DE RANIERI, C.; BOLDRINI, F.; ROCCO, A. M.; D'AMBROSIO, M.; VALERIANO, V.; BATTAN, B.; PANICCIA, M.F.; VIGEVANO, F.; GENTILI, S.; VALERIANI, M. Maternal alexithymia and attachment style: Which relationship with Their children's headache Features and Psychological Profile?. **Frontiers in Neurology**, v. 8, p. 1-10, 2018. Doi: 10.3389/fneur.2017.00751

TEIXEIRA, A. V. B. Resiliência e Stresse em Pais de Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, 2014. 62 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Ciências da Educação), Universidade do Algarve, Portugal, 2014.

TRIUNFOL, M. A new mosquito-borne threat to pregnant women in Brazil. **Lancet Infect.** v. 16, n. 2, 2016. Doi: 10.1016/s1473-3099 (15) 00548-4.

TRUITT, M.; BIESECKER, B.; CAPONE, G.; BAILEY, T.; ERBY, L. The role of hope in adaptation to uncertainty: The experience of caregivers of children with Down syndrome. **Journal for Communication in Healthcare**, v. 87, n. 2, p. 233-238, 2012.

UDRY-JORGENSEN, L.; DARWICHE, J.; GERMOND, M.; WUNDER, D.; VIAL, Y. Anxiety, depression, and attachment before and after the first-trimester screening for Down syndrome: comparing couples who undergo ART with those who conceive spontaneously. **Prenatal Diagnosis**, v. 35, p. 1287-1293, 2015. Doi: 10.1002/pd.4688.

VASCONCELLOS, L.; GUEDES, L. F. A. E-surveys: Vantagens e Limitações dos Questionários Eletrônicos Via Internet no Contexto da Pesquisa Científica. In: SEMEAD, 10, 2007, São Paulo. Anais SEMEAD, São Paulo: FEA USP, 2007.

VASCONCELOS, T. S. F. **A influência das relações de apego entre pais e filhos na compreensão das emoções pelos filhos**, 2013. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Cognitiva), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

VAUGHN, B. E.; GOLDBERG, S.; ATKINSON, L.; MARCOVITCH, S.; MACGREGOR, D.; SEIFER, R. Quality of toddler-mother attachment in children with Down syndrome: Limits to interpretation of strange situation behavior. **Child Development**, v. 65, p. 95-108, 1994.

VETERE, R.; ATAIDE, T. V.; PINTO, B. J. Representações Sociais do Zika vírus por mães afetadas durante a gestação no Rio de Janeiro. In: Encontro Nacional ABRAPSO, 19, 2017, Uberlândia. Anais ABRAPSO, Minas Gerais: UFU, 2017.

VILLACHAN-LYRA, P. **Relações de Apego mãe-criança: Um olhar dinâmico e histórico-relacional**, 2007. 266 f. Tese (Doutorado em Psicologia Cognitiva), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

VYGOTSKY, L.S. Obras escogidas.(Blank, J.G., Trad.). **Fundamentos de defectología**. Madrid: Visor, 1997.

WAGGONER, J. J.; PINSKY, B. A. Zika Virus: Diagnostics for an Emerging Pandemic Threat. **J Clin Microbiol**, v. 54, n. 4, p. 860-867, 2016.

WERNECK, J. A Epidemia de Zika e as mulheres negras. **Boletim de articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras**, 2016. Disponível em: <<http://institutoodara.org.br/wp-content/uploads/2016/03/Boletim-Zika-AMNB-JuremaWerneck.pdf>> Acesso em: 14 abr. 2017.

YANG, Y. J.; BALTUS, A. E.; MATHEW, R. S.; MURPHY, E. A.; EVRONY, G. D.; GONZALEZ, D. M.; WANG, E. P.; MARSHALL-WALKER, C. A.; BARRY, B. J.; MURN, J.; TATARAKIS, A.; MAHAJAN, M. A.; SAMUELS, H. H.; SHI, Y.; GOLDEN, J. A.; MAHAJNAH, M.; SHENHAV, R.; WALSH, C. A. Microcephaly gene links trithorax and REST/NRSF to control neural stem cell proliferation and differentiation. **Cell**, v. 151, n. 1, p. 1097-1112, 2012. Doi: 10.1016/j.cell.2012.10.043.

YLVISAKER, M.; FEENEY, T. Executive functions, self-regulation, and learned optimism in paediatric rehabilitation: a review and implications for intervention. **Pediatric Rehabilitation**, v. 5, p. 51-70, 2009.

ZAIDMAN-ZAIT, A.; MIRENDA, P.; SZATMARI, P. Profiles of Social and Coping Resources in Families of Children with Autism Spectrum Disorder: Relations to Parent and Child Outcomes. **J Autism Dev Disord**, p. 1-13, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3467-3>

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nº do participante				
Sexo	☐ Masculino	☐ Feminino		
Cor / etnia	☐ Pardo (a)	☐ Preto (a)	☐ Amarelo (a)	☐ Indígena
Idade				

Qual seu estado civil?	
	☐ solteiro (a)
	☐ casado (a)
	☐ Separado (a) / divorciado (a)
	☐ Viúvo (a)
	☐ União estável

Escolaridade	
	☐ Ensino fundamental I (1ª a 4ª série)
	☐ Ensino fundamental II (5ª a 8ª série)
	☐ Ensino Médio
	☐ Ensino técnico
	☐ Ensino superior
	☐ Não alfabetizado
	☐ Não declarado

Número de filhos	
------------------	--

Você desenvolve alguma atividade remunerada?	
	☐ Emprego fixo ☐ Emprego autônomo ☐ Funcionário público ☐ Desempregado

Qual a renda da sua família?	
	☐ Nenhuma
	☐ Benefício social governamental
	☐ Até 1 salário mínimo (R\$ 880,00)
	☐ de 1 a 2 salários mínimos (R\$ 1760,00)
	☐ de 2 a 3 salários mínimos (R\$ 2640,00)
	☐ superior a 3 salários mínimos (R\$ 3520,00)

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para maiores de 18 anos ou emancipados - Resolução 466/12-CNS/CONEP)

Convido o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Os Estilos de Apego Adulto de cuidadores (as) de crianças com microcefalia e a interação com suas Experiências Subjetivas** que está sob a responsabilidade do pesquisador **Edilson Feliciano da Silva** (Endereço profissional: Rua Guaíçara, 319. Casa Amarela, CEP 52280-170, Recife PE, Brasil. Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (81) 9.8711-5673. E-mail para contato: edilsonfeliciano1@gmail.com), e está sob orientação do: **Professor titular Drº Antonio Roazzi**, telefone (81) 98711-5673, E-mail: roazzi@gmail.com; e coorientação do: **Professor Drº Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa**, telefone: (81) 3035-7777, E-mail: leopoldopsi@gmail.com

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa tem como objetivo conhecer as relações estabelecidas entre os Estilos de Apego Adulto e a interação com as Experiências Subjetivas, como por exemplo, satisfação com a vida, otimismo, resiliência, felicidade e esperança. Para a realização desse estudo usaremos o seguinte método: responder um questionário, ciente que não existe resposta certa ou errada. Participaram os cuidadores (as) de crianças com microcefalia.
- A participação se dará em um único encontro, com duração máxima de 1 hora para as respostas aos questionários.
- O estudo não oferece nenhum tipo de risco para a sua integridade física e/ou psíquica, caso ocorra algum desconforto em relação ao tema da pesquisa, comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providencias, visto que o pesquisador possui regularidade técnica e clínica na área da psicologia. Os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável inclusive acompanhamento psicológico.
- Os benefícios esperados com o resultado dessa pesquisa é a compreensão do tema em relação ao Desenvolvimento Cognitivo e proporcionar no participante uma reflexão sobre seu local de parentalidade e de cuidador, além de favorecer a elaboração de novas estratégias de Estimulação Precoce integrada aos cuidadores, aparato técnico-científico as políticas de saúde e aos cursos de Educação Permanente.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através dos questionários ficaram armazenados em caixas arquivos e em computador pessoal, sob responsabilidade do pesquisador **Edilson Feliciano da Silva** e orientador **Antonio Roazzi**, no endereço (Endereço profissional: Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. 8º andar, Av. Arquitetura s/n, Cidade Universitária, CEP 50740-550, Recife PE, Brasil) pelo período mínimo de 05 (cinco) anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo: **Os Estilos de Apego Adulto de cuidadores (as) de crianças com microcefalia e a interação com suas Experiências Subjetivas**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura _____ **do** _____ **participante:**

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador **Edilson Feliciano da Silva**, sob orientação do Professor titular **Drº Antonio Roazzi** e coorientação do Professor **Drº Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **"Os Estilos de Apego Adulto de cuidadores (as) de crianças com microcefalia e a interação com suas Experiências Subjetivas"**, cujo objetivo é investigar a validade preditiva entre as medidas dos Estilos de Apego Adulto e as experiências subjetivas envolvidas com estados de Satisfação com a vida, otimismo, felicidade, esperança e resiliência, nesta instituição.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o protocolo deve ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira CEP-IMIP Credenciado ao sistema CEP/CONEP

Recife, 27 de Julho de 2017

Elaine Nogueira Albuquerque
Psicóloga Clínica e Hospitalar
CRM 05.10738

Carimbo e Assinatura da Chefia do Setor

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Doc. Lei 9851 de 08.11.67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Doc. Lei 5013 de 14.05.64
UTILIDADE FEDERAL - Doc. Lei 8629 de 30.07.81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: Inscrit
C.G.C. 10.948.301/0001-29

Rua dos Cordeiros, 300 Boa Vista
Recife-PE - Brasil CEP 50070-550
PARX: (081) 2122-4100
Fax: (081) 2122-4722 Cx. Postal 1790
E-mail: imip@imip.org.br
Home Page: <http://www.imip.org.br>

ANEXO C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE (Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Título do projeto: Os Estilos de Apego Adulto de cuidadores (as) de crianças com microcefalia e a interação com suas Experiências Subjetivas

Pesquisador responsável: Edilson Feliciano da Silva

Orientador: Antonio Roazzi

Coorientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Telefone para contato: Edilson Feliciano (81) 9.8711-5673

Antonio Roazzi (81) 9.9907-5445

Leopoldo Barbosa (81) 3035-7777

E-mail: edilsonfeliciano1@gmail.com / roazzi@gmail.com / leopoldopsi@gmail.com

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- Preservaremos o sigilo e a privacidade dos voluntários durante e após o término do estudo cujos dados (coletados a partir de escalas psicométricas em formato de questionários) serão estudados;
- Asseguramos que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do projeto em questão;
- Asseguramos que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

Os pesquisadores declaram que os dados coletados nesta pesquisa, através das respostas das escalas psicométricas, ficaram armazenados em caixas arquivos em armário e computador pessoal, sob responsabilidade do pesquisador Edilson Feliciano e orientador Antonio Roazzi, no endereço: Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. 8º andar, Av. Arquitetura s/n, Cidade Universitária, CEP 50740-550, Recife PE, Brasil. Fone: (81) 2126-7331, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos.

Os pesquisadores declaram, ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, 11 de abril de 2017.



Assinatura Pesquisador Responsável

ANEXO D - DECLARAÇÃO DE SERVIÇO PSICOLÓGICO

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador Edilson Feliciano da Silva, sob orientação do Professor titular Drº Antonio Roazzi e coorientação do Professor Drº Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa, a encaminhar, para o Serviço Ambulatorial de Psicologia do IMIP, os participantes de sua pesquisa que porventura apresente alguma necessidade de acompanhamento psicológico devido ao contato com temas oriundos de seu estudo: "Os Estilos de Apego Adulto de cuidadores (as) de crianças com microcefalia e a interação com suas Experiências Subjetivas", cujo objetivo é investigar a validade preditiva entre as medidas dos Estilos de Apego Adulto e as experiências subjetivas envolvidas com estados de Satisfação com a vida, otimismo, felicidade, esperança e resiliência, nesta instituição.

Recife, 27 de julho de 2017

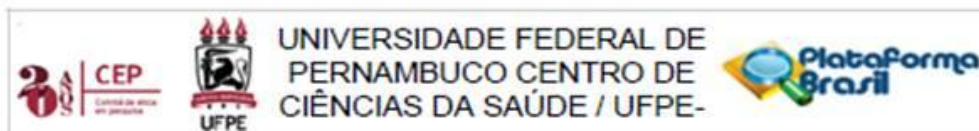
Elaine Mônica Albuquerque
Psicóloga Clínica e Hospitalar

Carimbo e Assinatura da Chefe do Setor de Psicologia

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Doc. Lei 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Doc. Lei 3913 de 14/05/64
UTILIDADE FEDERAL – Doc. Lei 8638 de 30/03/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.179-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isomo
C.G.C. 10.988.301/0001-29

Rua dos Cardeais, 200 Boa Vista
Recife-PE – Brasil CEP 50070-550
FAX: (081) 2122-4100
FAX: (081) 2122-4732 Cx. Postal 1395
E-mail: imip@imip.org.br
Home Page: <http://www.imip.org.br>

ANEXO E - PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS ESTILOS DE APEGO ADULTO DE CUIDADORES (AS) DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA E A INTERAÇÃO COM SUAS EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS

Pesquisador: Edilson Feliciano da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67009017.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.216.712

Apresentação do Projeto:

Mestrado em Psicologia Cognitiva - UFPE

Orientador: Antônio Roazzi

Coorientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Mestrando: Edilson Feliciano Silva

Desenho do estudo "pesquisa será do tipo correlacional, exploratória e com características descritivas, recorte transversal, fundamentados em dados primários..."

Local-IMIP, Recife

Sujeitos da pesquisa - "cuidadores principais com crianças com microcefalia (N=40)"

Coleta dos dados - através de "escalas psicométricas validadas no Brasil que interrogam sobre as atitudes das pessoas diante dos desafios do futuro, do presente e do passado, além da classificação dos Estilos de Apego Adulto em formato de bateria de testes..."

Análise dos dados - análise estatística

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: "Investigar a validade preditiva entre as medidas dos Estilos de Apego Adulto e as

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO F - QUESTIONÁRIO ECR

Questionário ECR – Brasil 2012

INSTRUÇÕES – No questionário que irá responder são apresentadas algumas afirmações que se referem à maneira como você se sente nas relações sentimentais.

Leia cada afirmação, e marque com um “x” o número que melhor descreva como o quanto você está de acordo ou não está de acordo com tal afirmação. O número “1” indica um completo desacordo, enquanto o número “7” indica um completo acordo.

Por exemplo, considere a afirmação a seguir:

“Considero que o meu parceiro não me dá bastante atenção”

1	2	3	4	5	6	7
Completa- mente falso	Bastante falso	Um pouco falso	Nem verdadeiro, Nem falso	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Completa- mente Verdadeiro

Se achar esta afirmação completamente falsa marque com um “x” o número 1, se achar bastante falso marque o número 2, e assim por diante.

Ao responder, considere que:

1. Estamos interessados na sua maneira geral de viver os relacionamentos, não somente a respeito do que está acontecendo em seu relacionamento atual.
2. Por “parceiro” entende-se somente o parceiro sentimental (por exemplo, a própria namorada/o, noiva/o, o próprio cônjuge), e, portanto não os parentes, amigos ou colegas.
3. A palavra “próximo” ou “íntimo” refere-se à proximidade psicológica ou emocional (por exemplo, abrir-se, confiar-se, compartilhar emoções e experiências), além daquela física e sexual.
4. A partir da garantia do anonimato das respostas, e assim respeito à privacidade das mesmas, que serão utilizadas somente para fins de pesquisa, recomendamos-lhe a máxima espontaneidade e sinceridade nas respostas.

Use a escala de julgamento abaixo para responder a cada item.

1	2	3	4	5	6	7
Completa- mente falso	Bastante falso	Um pouco falso	Nem verdadeiro, Nem falso	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Completamente verdadeiro

1. Prefiro não mostrar ao parceiro/a como me sinto de verdade por dentro
2. Tenho medo de ser deixado/a.
3. Sinto-me muito à vontade quando me encontro em intimidade com o parceiro/a.
4. Preocupo-me muito a respeito dos meus relacionamentos sentimentais.
5. Logo que o meu parceiro começa a se tornar mais íntimo, considero melhor afastar-me.
6. Tenho medo que o meu parceiro/a não me aprecie tanto quanto eu aprecio ele/a.

7. Sinto desconforto quando o parceiro/a quer estabelecer comigo uma profunda intimidade.
8. Preocupo-me bastante em perder o meu parceiro/a.
9. Tenho dificuldade em me abrir com o parceiro/a.
10. Com frequência desejo que os sentimentos do meu parceiro/a em relação a mim sejam tão fortes quanto os meus em relação a ele/a.
11. Gostaria de alcançar uma maior intimidade com o meu parceiro/a, mas sempre volto atrás.
12. Com frequência gostaria de me fundir completamente com o meu parceiro/a, e isto o amedronta e o afasta.
13. Fico nervoso quando o parceiro/a se torna muito íntimo.
14. Tenho medo de ficar só.
15. Sinto-me confortável em compartilhar com o meu parceiro os meus mais íntimos pensamentos e sentimentos.
16. Às vezes o meu desejo de estabelecer um relacionamento muito próximo amedronta e afasta as pessoas.
17. Procuro evitar alcançar uma intimidade excessiva com o parceiro/a.
18. Tenho necessidade de ser muito ressegurado/a quanto ao fato de ser amado/a pelo meu parceiro/a.
19. Encontro muita facilidade em entrar em intimidade com o meu parceiro/a.
20. Às vezes tenho a impressão de forçar o meu parceiro/a em demonstrar mais sentimentos e maior dedicação.
21. Acho difícil conseguir depender do parceiro/a.
22. Não me preocupo frequentemente de ser deixado/a.
23. Prefiro não entrar em excessiva intimidade com o parceiro/a.
24. Se não consigo obter que o meu parceiro demonstre interesse por mim, fico perturbado/a e fico com raiva.
25. Ao meu parceiro/a digo quase tudo.
26. Acho que o meu parceiro/a não queira estabelecer comigo aquela intimidade que desejaria alcançar.
27. Geralmente falo com o meu parceiro/a dos meus problemas e das minhas preocupações.
28. Quando não mantenho um relacionamento sentimental, sinto-me bastante ansioso/a e inseguro/a.
29. Sinto-me confortável em confiar-me ao parceiro/a.
30. Sinto-me frustrado/a quando o meu parceiro/a não está presente da forma que eu gostaria.
31. Não me cria problema pedir conforto, conselhos ao parceiro/a.
32. Sinto-me frustrado/a se o parceiro/a não está disponível quando tenho necessidade dele/a.
33. Ajuda-me dirigir-me ao meu parceiro/a nos momentos de necessidade.
34. Quando o parceiro me critica, me incomoda.
35. Dirijo-me ao meu parceiro por muitas coisas, inclusive conforto e resseguro.
36. Fico chateado/a quando o meu parceiro/a fica longe de mim.

ANEXO G – ESCALAS DE EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS SOBRE OTIMISMO, SWLS (Satisfaction With Life Scale), ESPERANÇA, FELICIDADE e RESILIÊNCIA.

Estes questionários interrogam sobre algumas atitudes da pessoa diante dos desafios do futuro. Responda sinceramente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Todas as respostas são boas, desde que sinceras. O questionário é anônimo. Agradecemos sua colaboração.

Assinale o número que melhor corresponda à sua situação de acordo com a seguinte legenda:

1. Totalmente em desacordo (absolutamente não);
2. Bastante em desacordo (não);
3. Nem de acordo, nem desacordo (mais ou menos)
4. Bastante de acordo (sim) e
5. Totalmente de acordo (absolutamente sim).

ESCALA SOBRE O OTIMISMO (Barros, 1998), Adaptação Mascarenhas (2010).

Itens	1	2	3	4	5
1.Encaro o futuro com otimismo	1	2	3	4	5
2.Tenho esperança de conseguir o que realmente desejo	1	2	3	4	5
3.Faço projetos para o futuro e penso que os realizarei	1	2	3	4	5
4.Em geral considero-me uma pessoa otimismo	1	2	3	4	5

ESCALA SOBRE A FELICIDADE (Barros, 2001); Adaptação (Mascarenhas, 2010)

Itens	1	2	3	4	5
1.Sinto-me bem comigo mesmo/a	1	2	3	4	5
2. Tenho um bom conceito de mim mesmo/a	1	2	3	4	5
3.Aceito-me como sou	1	2	3	4	5
4.Relaciono-me bem com as pessoas	1	2	3	4	5
5.Faço amigos facilmente	1	2	3	4	5
6.Gosto de me sentir livre	1	2	3	4	5
7.Controlo o ambiente em que vivo	1	2	3	4	5
8.Aceito o meu passado	1	2	3	4	5
9.Sei viver o momento presente	1	2	3	4	5
10.Tenho projetos para o futuro	1	2	3	4	5
11.Espero evoluir cada vez mais	1	2	3	4	5
12.Sinto-me uma pessoa feliz	1	2	3	4	5
13.Luto pelo meu bem-estar	1	2	3	4	5
14.Considero-me uma pessoa alegre	1	2	3	4	5
15. Sinto-me satisfeito com a vida	1	2	3	4	5
16.Tenho conseguido atingir meus objetivos	1	2	3	4	5
17.Considero-me uma pessoa cheia de esperança	1	2	3	4	5
18.Sou bem humorado/a	1	2	3	4	5

ESCALA SOBRE ESPERANÇA (Barros, 2003); Adaptação, Mascarenhas (2010)

Itens	1	2	3	4	5
1.Considero-me uma pessoa cheia de esperança	1	2	3	4	5
2.Não desanimo facilmente frente às adversidades	1	2	3	4	5
3. Luto para atingir meus objetivos	1	2	3	4	5
4.Sou otimista mesmo no meio das dificuldades	1	2	3	4	5
5.Sei que tenho competência para conseguir o que quero na vida	1	2	3	4	5
6.Penso que o futuro será melhor que o passado	1	2	3	4	5

ESCALA SWLS (Satisfaction With Life Scale – Diener et al, 1985)

1. Discordo Muito - 2. Discordo Um Pouco – 3. Não Concordo Nem Discordo –
4. Concordo Um Pouco – 5. Concordo Muito

Itens	Pontuação				
	1	2	3	4	5
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse					
2. As minhas condições de vida são muito boas.					
3. Estou satisfeito com a minha vida.					
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.					
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria nada.					

ESCALA BREVE DO COMPORTAMENTO RESILIENTE. Ribeiro & Moraes, 2010 (Adaptação Mascarenhas, 2011)

1. Quase nunca; 2. Ocasionalmente; 3. Muitas vezes; 4. Com muita frequência e 5. Quase sempre.

Itens	1	2	3	4	5
1. Procuo formas criativas de superar as situações difíceis	1	2	3	4	5
2. Independentemente do que possa me acontecer, acredito que posso controlar minhas reações	1	2	3	4	5
3. Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis	1	2	3	4	5
4. Procuo ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida.	1	2	3	4	5