



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2013/2014

Nuno Francisco Ferreira Silva  
Teoria da Vinculação

março, 2014

# FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Nuno Francisco Ferreira Silva  
Teoria da Vinculação

**Mestrado Integrado em Medicina**  
**Área: Psiquiatria e Saúde Mental**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:**  
**Doutor Rui Coelho**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:**  
**Arquivos de Medicina**

março, 2014

**FMUP**

Eu, Nina Francisca Ferreira Silva, abaixo assinado, nº mecanográfico 080801187, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 27/03/2014

Assinatura: Nina Francisca Ferreira Silva

NOME

Nuno Francisco Ferreira Silva

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

13743831

nunofranciscodasilva@gmail.com

+351916574663

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

080801187

27-03-2014

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Psiquiatria e Saúde Mental

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Teoria da Vinculação

ORIENTADOR

Rui Coelho

COORIENTADOR (se aplicável)

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia (riscar o que não interessa) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 27/03/2014

Assinatura conforme cartão de identificação:

*Nuno Francisco Ferreira Silva*

# **Teoria da Vinculação**

**Nuno Francisco Ferreira Silva**

**Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**

**Rua de Cabo Verde 76, 4430-035 Vila Nova de Gaia**

**+00351916574663**

**nunofranciscodasilva@gmail.com**

**Prof. Doutor Rui Coelho**

**Resumo: 241 palavras**

**Abstract: 253 palavras**

**Texto principal: 7418 palavras**

**Abstract:**

The present work aims to explore the fundamentals of attachment theory, identify the most important contributions to its formulation and evaluate the implications of attachment types in the development of various psychiatric disorders .

Attachment theory confirms the importance of human relations and their consequences on individual development . Research in this area shows that children are very prone from the cradle to relate to others and to establish a link with a attachment figure. Representations of this preferential relationship are internalized by the child , which creates a psychological model that persists over time and potentially influences future interpersonal relationships .

Attachment theory since its initial conception by Bowlby has been an area of great interest for research. It has helped psychiatrists to investigate constraints between psychiatric disorders , emotional problems , social problems and adverse relations in childhood to thereby improve therapeutic approaches .

Although the prevalence of Reactive Attachment Disorder is only of 1 % , milder forms of insecure attachments are not only motives of concern by themselves, but also because they can create a predisposition for the development of Gender Dysphoria , Depression , Agoraphobia , among other pathologies .

There is a need for research on the lines of development that make the individual more vulnerable to emotional stress and psychopathology . It is important that future studies in this area can show which are the intermediaries on the life of the individual and on the relationship between attachment and psychopathology .

**Keywords:** Attachment; Internal Working Models; Psychopathology, John Bowlby.

**Resumo:**

O presente trabalho teve como objectivos explorar os fundamentos da Teoria da Vinculação, identificar as contribuições mais importantes para a sua formulação e avaliar as implicações dos tipos de vinculação no desenvolvimento de várias perturbações psiquiátricas.

A Teoria da Vinculação confirma a importância das relações humanas e as suas consequências no desenvolvimento individual. A investigação nesta área mostra que as crianças são muito motivadas, desde o berço, para se relacionarem com os outros, e para estabelecerem um vínculo com uma figura de vinculação. Representações desta relação preferencial são internalizadas pela criança, que cria um modelo psíquico e que persiste durante o tempo e influenciará potencialmente futuras relações interpessoais.

A Teoria da Vinculação, desde a sua concepção inicial por Bowlby tem sido uma área de grande interesse para a investigação, pois tem ajudado os psiquiatras a inferirem condicionantes entre as perturbações psiquiátricas, os problemas emocionais, os problemas sociais e as relações adversas da vinculação na infância, para assim, melhorar as abordagens terapêuticas.

Embora a prevalência da Perturbação Reativa da Vinculação ser de apenas 1%, formas mais leves de vinculações inseguras são motivo de preocupação, por si só, e pela predisposição que criam para o desenvolvimento da Disforia de Género, Depressão, Agorafobia, entre outras patologias.

Existe uma necessidade de investigação sobre as linhas de desenvolvimento que tornam o indivíduo mais vulnerável ao *stress* emocional e à psicopatologia. É importante que futuros estudos na área incidam sobre quais os mediadores, ao longo da vida do indivíduo, e na relação existente entre a vinculação e a psicopatologia.

**Palavras-chave:** Vinculação; Modelos Internos de Representação; Psicopatologia; John Bowlby.

## Introdução:

A Teoria da Vinculação é um dos campos de investigação mais vastos, mais profundos e mais criativos na Psicologia do século XX. Numerosos artigos, livros e jornais científicos nos últimos 30 anos dedicaram-se ao estudo deste tema, que pretende estudar o comportamento humano desde o “berço até à idade adulta”. [1] A Teoria da Vinculação defende que uma ligação emocional forte a pelo menos um cuidador primário é crítica para o desenvolvimento social e emocional saudável da criança. Problemas no estabelecimento desta ligação, nos primeiros anos de vida, resultam potencialmente em padrões de comportamentos anormais e em dificuldades na regulação emocional da criança. [2]

A Teoria da Vinculação tem os seus fundamentos na Psicanálise, e incorpora conceitos e métodos da Etologia, Biologia e da Psicologia do Desenvolvimento. Bowlby foi o responsável pela incorporação destas novas áreas de conhecimento com a Psicanálise, e assim ficou conhecido como o pai da Teoria da Vinculação.

Mary Ainsworth é vista muitas vezes como co-autora de John Bowlby, pelo trabalho de investigação das relações mãe-criança no Uganda e pelo desenvolvimento de um método para avaliação dos tipos de vinculação - a Situação “Estranha”. Outras contribuições associam-se ao trabalho de Lorenz e Harlow na área da Etologia, que se dedicaram ao estudo do comportamento animal. [2]

Problemas relativos a uma deficiente vinculação, manifestam-se por sintomas que, muitas vezes, coexistem nas perturbações psiquiátricas, o que faz supor uma relação íntima entre as duas entidades.

O presente trabalho teve como objectivos explorar os fundamentos da Teoria da Vinculação, identificar as contribuições mais importantes para a sua formulação e avaliar as implicações dos tipos de vinculação no desenvolvimento de várias perturbações psiquiátricas.



## Origem da teoria da vinculação e teorias anteriores:

Até 1958, quatro teorias sobre a origem e a natureza da relação mãe-bebê com base na Psicanálise e na Psicologia do Desenvolvimento dominavam a comunidade médica:[3]

1. **Instinto Secundário** - A criança tem um número de necessidades fisiológicas que têm de ser satisfeitas, particularmente alimentação e calor. A relação que estabelece com a mãe é o resultado da satisfação de todas as suas necessidades fisiológicas. Mais tarde, ela verá a mãe como a fonte da gratificação para tais necessidades;
2. **Instinto Primário de Amamentação** - Em recém-nascidos existe um instinto para se relacionarem com um seio, para mamarem e para o “possuírem” oralmente. Mais tarde, aprendem que ligado ao seio, existe uma mãe e relacionam-se com ela também;
3. **Instinto Primário de Agarrar** - Em recém-nascidos existe um instinto para estar fisicamente próximo e para agarrar-se a um ser humano. Há uma necessidade de relação (não fisiológica) de um objecto que não é comida ou calor, mas é tão imprescindível quanto aqueles;
4. **Desejo Primário de Retorno ao Ventre** - Recém-nascidos ressentem a sua extrusão do útero e procuram um regresso ao mesmo; isto é, uma situação em que se sintam seguros.

Entre estas quatro teorias, a mais mediática e com maior aceitação por parte da comunidade científica foi, sem dúvida, o Instinto Secundário.

A primeira vez que Bowlby apresentou a sua teoria à Sociedade Britânica de Psicanálise, em Londres foi nos seus artigos: “*The nature of the child’s tie to his mother*”(1958), “*Separation anxiety*”(1959) e “*Grief and Mourning in infancy and early childhood*”(1960). As novas ideias apresentavam uma integração de Etologia, Psicanálise e Psicologia do Desenvolvimento.

Estes trabalhos foram polémicos e largamente contestados pela comunidade psicanalítica com críticas de Winnicott - “*It was certainly a difficult paper to appreciate without giving away everything that has been fought for by Freud*”[4] e Anna Freud - “*Dr.*

*Bowlby is too valuable a person to get lost to psychoanalysis*"[4], entre outros. Estas reações negativas surgem porque Bowlby rejeita ideias fulcrais da Psicanálise elaboradas por Freud, que constituíam até então "a verdade adquirida".

No primeiro trabalho, Bowlby rejeita a teoria dominante da Psicanálise, na qual a ligação mãe-bebé tem como princípio a libido e a sua satisfação por parte da mãe – *drive theory*. A vinculação mãe-bebé era, então, interpretada como secundária a este fenómeno. Bowlby deixa também de fora, os conceitos de "ego" e "superego". Em contraste, este trabalho propõe um conjunto de comportamentos instintivos do bebé, que permitem a ligação do recém-nascido à mãe, tais como agarrar, sugar, mamar.

No artigo seguinte, Bowlby continua os trabalhos dos seus colegas Robertson e Harlow sobre os efeitos da privação materna em macacos Rhesus, de onde obtém uma grande contribuição para a seu trabalho.

No último trabalho acima referido, Bowlby contesta as ideias de Anna Freud que defende que recém-nascidos privados de um cuidador não conseguem fazer luto devido a um desenvolvimento insuficiente do ego e assim apenas experienciam nada mais que breves traços de ansiedade relacionada com a separação. Por seu lado, Bowlby defende que o luto e o desgosto aparecem sempre que comportamentos de vinculação são ativados e a figura de vinculação continua não disponível.

## Harry Harlow & Konrad Lorenz:

Bowlby que se opunha ao Instinto Secundário, até então largamente aceite pela comunidade psicanalítica, recebeu os trabalhos de Lorenz e Harlow com grande interesse.

Lorenz, o primeiro etologista, que se dedicou ao estudo dos comportamento instintivos de animais selvagens, no seu trabalho com maior impacto “*King Solomon’s Ring*” descrevia que gansos recém-nascidos seguiam a sua progenitora e mostravam ansiedade quando separados dela, não obstante o facto de ela não providenciar comida. Esta relação de proximidade, sem origem no instinto de alimentação, de uma ligação psicológica no seu pleno direito e não derivada necessariamente do preenchimento de uma necessidade fisiológica suportava a ideia de Bowlby.[5]

Com maior mediatismo, Harry Harlow em 1958, no seu estudo laboratorial com macacos Rhesus, forneceu dados empíricos que também apoiavam o trabalho de Bowlby. Harlow especulou sobre a natureza do amor, sobre as suas variáveis e analisou as teorias contemporâneas, entre elas a de Bowlby, escrevendo: "A posição comumente defendida por psicólogos e sociólogos é bastante clara: Os motivos básicos são, na sua maior parte, os *drives* primários - particularmente fome, sede, eliminação da dor e sexo - e todos os outros motivos, incluindo o amor ou afeto, são seus derivados ou *drives* secundários. A mãe está associada à redução dos *drives* primários - particularmente fome, sede e dor – e através da aprendizagem, afeto ou amor é seu derivado (...). Há exceções, como visto nos últimos escritos de John Bowlby, que atribui importância não só à alimentação e satisfação da sede, mas também ao Instinto Primário de Agarrar, uma necessidade de contato físico íntimo, que é inicialmente associado à mãe.” [6]

O autor reconhece que o recém-nascido humano é um “objecto experimental” muito limitado para a análise das variáveis do afecto, e desta forma, vê nos macacos Rhesus o objecto de estudo ideal, uma vez que este é comparativamente mais desenvolvido na altura do nascimento, e possui um sistema motor desenvolvido que permite uma melhor medição das variáveis de interesse para Harlow.[7]

Numa das suas experiências, Harlow separou os macacos recém-nascidos das suas progenitoras horas depois do nascimento, e colocou-os num cenário laboratorial que incluía duas “mães substitutas”, ambas equipadas com um biberão. Uma das ‘mães’ tinha sido construída apenas com um rede de metal, e outra possuía um revestimento de pano macio. A

primeira observação de Harlow foi que macacos face à possibilidade de escolha entre as duas mães substitutas passavam consideravelmente mais tempo agarrados à ‘mãe’ de pano, mesmo quando era só a ‘mãe’ de ferro que estava equipada com o biberão. Esta observação sugere a ideia que a relação de afecto/amor, não é uma resposta simples à satisfação de necessidades fisiológicas, e não poderia ser reduzida a essa tarefa.[7]

Com o seu trabalho experimental, Harlow mostra claramente que nenhuma recompensa de comida é necessária para a formação de vinculações fortes. Acrescenta ainda, que “os dados retirados desta experiência mostram que o conforto no contacto com a mãe é a variável de maior importância no desenvolvimento de respostas afectivas, enquanto que a provisão de leite materno é uma variável de importância desprezível. Ao longo do tempo, os objetos de estudo mostraram uma diminuição da responsividade à mãe de ferro lactante e um aumento da responsividade à mãe de pano não lactante, um achado totalmente em desacordo com qualquer interpretação do *drive* secundário no qual o afeto à figura de mãe seria condicionado pela a redução da fome e da sede”[7]

# Privação materna:

## **Quarenta e quatro jovens delinquentes**

Bowlby frequentou o Colégio de Trinity, onde estudou Psicologia e trabalhou com crianças delinquentes, até que se mudou para Londres para estudar Medicina. Após a sua formação, e alimentando o seu interesse em Psiquiatria Infantil, trabalhou na Clínica Tavistock com crianças e adolescentes com problemas psiquiátricos, entre 1930 e 1940. Durante este tempo, Bowlby preparou um dos seus primeiros trabalhos, “Quarenta e quatro jovens delinquentes, os seus caracteres e as suas vidas”, com o qual quis investigar os efeitos da privação materna nas crianças. Para isso, entrevistou 44 adolescentes que tinham sido referidos a um programa de proteção de menores por roubos, e ,ao mesmo tempo, selecionou adolescentes instáveis ou neuróticos referidos à sua clínica devido a problemas emocionais , sem histórias de crimes, que funcionaram como controlos. Posteriormente, entrevistou os pais de ambos os grupos para saber se os adolescentes tinham sofrido algum tipo de separação durante os 5 primeiros anos e por quanto tempo.[8]

Os resultados mostraram que mais de metade dos adolescentes com histórias de crimes tinham sido separados das suas respectivas mães por mais de 6 meses durante os primeiros 5 anos de vida, enquanto que, no grupo de controlo, apenas 2 adolescentes tinham sofrido uma separação. [8]

Por outro lado, Bowlby também verificou que 32% dos adolescentes delinquentes mostravam psicopatia, não sendo capazes de mostrar qualquer afecto os com outros, ao contrário do grupo de controlo onde não se verificou nenhum caso deste tipo.[8]

Assim, Bowlby propôs que a privação materna no período crucial dos 0 aos 5 anos poderia favorecer um comportamento antissocial e aparecimento de problemas emocionais, os adolescentes revelavam maior falta de empatia com os outros, ausência de culpa e incapacidade de sustentar relações duradouras com significado.[8]

## **Uma criança de dois anos vai ao hospital**

Uma grande contribuição para a Teoria da Vinculação foi feita pelo psicanalista James Robertson que, juntamente com Bowlby, filmou os efeitos da separação entre crianças e os seus pais em hospitais pediátricos.

Na época, em Londres as visitas a crianças hospitalizadas eram muito restritas e, por isso, Robertson e Bowlby preocupados com o *stress* emocional que as crianças sofriam, realizaram em 1952, o documentário ‘Uma criança de dois anos vai ao hospital’ que mudou as políticas dos hospitais pediátricos. No filme, é documentado o internamento de 8 dias de uma criança chamada Laura com 2 anos e 5 meses, devido a uma hérnia umbilical. Robertson e Bowlby exaltam a ansiedade da separação e a inquietação constante da criança provocada pela ausência da sua mãe. A relação da criança com a mãe é alterada durante o internamento, sendo a mãe recebida nas visitas, num primeiro momento, com desconfiança, só depois a proximidade e o contacto característico da sua relação são visíveis. [9] O trabalho de Bowlby sobre crianças delinquentes, os efeitos da separação hospitalar e dos cuidados de instituições para órfão fez com que fosse ele escolhido para escrever um relatório para Organização Mundial de Saúde sobre o problema das crianças sem abrigo na Europa no pós-guerra, enquanto chefe do departamento para crianças e pais na Clínica de Tavistock em Londres, depois da 2ª Guerra mundial.[6]

O psicanalista René Árpád Spitz foi o primeiro a filmar os efeitos da separação materna e a escrever sobre os perigos dos cuidados institucionalizados para crianças. Spitz usou o termo “hospitalismo”, nos anos 30 do século XX, como um diagnóstico pediátrico para descrever crianças com atraso no desenvolvimento físico, com sinais de pouca locomoção, frequentemente doentes, e com um Quociente de Inteligência baixo, medido por escalas baseadas nos testes de Hetzer-Wolf.[10] Spitz partilhava a perspectiva de Bowlby de que órfãos institucionalizados ou crianças vítimas de maus tratos, poderiam desenvolver-se como adultos com atraso mental, sociais, criminosos ou com psicopatologia.

## Definição da Teoria da Vinculação:

Vinculação é uma relação emocional profunda e duradoura que liga uma pessoa a outra no tempo e no espaço. (Ainsworth,1973;Bowlby, 1969) Bowlby defende que os seres humanos nascem com um sistema psicobiológico (sistema comportamental de vinculação) que os motiva a procurar proximidade de outros (figuras de vinculação).

É importante distinguir conceitos de **Vinculação**, **Comportamento de Vinculação** e **Sistema Comportamental de Vinculação** que formam os componentes essenciais da Teoria da Vinculação.

Entenda-se por **Vinculação** a definição geral de como uma pessoa é vinculada, sendo que, em termos gerais, poderá ser de dois tipos : segura ou insegura. Considera-se vinculação, a ligação afectiva íntima e próxima com dependência mútua, que se sustenta na convicção de que esta se prolongará temporalmente.

**Comportamento de Vinculação** compreende os comportamentos que são despoletados por condições do ambiente como separação ou por ameaças de separação ou distância da figura de vinculação a uma criança previamente vinculada; e tais comportamentos são cessados pelo grau de proximidade entre os dois elementos da relação. Esta proximidade pode implicar contacto físico ou contacto visual, dependendo da idade e do grau de ativação do Sistema Comportamental de Vinculação. Pode também ser despoletado por condições internas como doença, fome, dor, frio, entre outras .[11] O modelo básico do Comportamento de Vinculação é, então, uma unidade envolvendo um padrão de comportamento específico da espécie governado por dois mecanismos complexos, um responsável pela ativação e outro pela sua terminação. [12]

Por outro lado, o **Sistema Comportamental de Vinculação** representa um modelo/esquema, que inclui o sujeito e as suas figuras de afecto, com o qual a criança vê o Mundo e guia as relações interpessoais que ela cria.

Bowlby via este sistema ligado à teoria evolucionista de Darwin.[13] A razão deste sistema ter evoluído e estar tão profundamente impregnado na natureza humana é devido ao seu papel evolucionista, pois foi a solução a um dos maiores problemas adaptativos dos nossos antepassados: como aumentar as chances de sobrevivência durante os anos mais vulneráveis de desenvolvimento. [12] Constituindo, portanto, uma vantagem adaptativa que

oferecia proteção face a predadores.

A relação de vinculação pode ser definida pela presença de quatro pontos-chave:

**1 Procura de proximidade à figura de vinculação**, que depende de vários factores como idade, temperamento e história de vinculação. A relação de vinculação para Bowlby é monotrópica, ou seja, apenas há a existência de uma figura de vinculação. Bowlby afirma que “... é devido à tendência marcada para a monotropia que nós somos capazes de sentimentos profundos” (Bowlby, 1988). Porém, Bowlby não excluía a possibilidade de outras vinculações menores, mas acreditava que deve existir uma ligação primária que é muito mais importante que qualquer outra. Esta perspetiva é contestada por uma outra que defende que a criança tem uma hierarquia de figuras de vinculação, tais como o pai, avós irmãos e amigos.[14]

**2 Efeito da base segura.** Compreende-se por “base segura” o efeito, criado pela figura de vinculação, de tranquilidade e proteção da criança que permite a livre exploração e o saciar da curiosidade natural da criança, até que alguma ameaça apareça e ela volte a procurar a segurança oferecida pela mãe - **3 Abrigo seguro.** Este “abrigo”, no qual a criança se sente calma e protegida, acaba depois da *linha Maginot*. Este conceito representa a distância máxima da mãe a que a criança se aventura a ir, a partir da qual sente ansiedade. Esta “força” de atração que a criança sente é diretamente proporcional à distância a que se encontra da mãe. [14]

**4 Protesto na separação**, que se manifesta pelo choro, gritos entre outros comportamentos, é a resposta natural à separação da mãe que é interpretada pela criança como uma ameaça à sua ligação com ela. Ainsworth, no seu trabalho Situação “Estranha”, estuda estes momentos, comparando a intensidade do protesto de separação para os diferentes tipos de vinculação.



# Desenvolvimento do sistema de vinculação:

Um recém-nascido está longe de ser uma “tábua rasa”. Pelo contrário, não só está equipado com um número de sistemas comportamentais disponíveis para serem ativados, mas cada sistema está já preconcebido para ser ativado por estímulos de uma certa ordem, terminados por outros e fortalecidos ou enfraquecidos por outros ainda. Por exemplo, existem os sistemas primitivos neonatais que organizam o choro, o mamar, o agarrar, e a orientação. A estes juntam-se outros, semanas depois, como o riso, o gatinhar e o andar. [12]

Podemos dividir o desenvolvimento do sistemas de vinculação em 4 fases :

**1 Fase de pré-vinculação (Ainsworth)/ Orientação e sinais sem discriminação da figura (Bowlby)**

**2 Fase de vinculação em progressão (Ainsworth)/ Orientação e sinais direcionados para uma (ou mais) figuras discriminadas (Bowlby)**

**3 Fase de vinculação evidente (Ainsworth)/ Manutenção de proximidade a uma figura discriminada por meio de locomoção e de sinais (Bowlby)**

**4 Formação de cumplicidade *goal-corrected* (Bowlby e Ainsworth)**

Na 1ª fase, (desde o nascimento até aos 2 meses) o recém-nascido usa os sistemas neonatais como o riso, o balbuciar, o choro para atrair potenciais cuidadores, estes comportamentos são direcionados a qualquer pessoa por perto, uma vez que não consegue distinguir adultos. Promovem proximidade, induzindo que outras pessoas se aproximem e peguem nele.[11] O riso de bebé provoca na mãe o riso, quanto mais a mãe dá um *feedback* mais o bebé responde interagindo. O nível de resposta da mãe é fundamental na qualidade da vinculação ao longo do desenvolvimento do bebé. [11]

Na fase seguinte, (desde os 2 até aos 6 meses) o recém-nascido, com o desenvolvimento da audição e da visão, começa a discriminar cada vez mais os adultos, mostrando-se mais responsivo ao cuidador/mãe. [15] Comportamentos como agarrar ou

seguir um adulto são adicionados ao espectro de comportamentos de vinculação. Esta fase coincide com a segunda e terceira fase de desenvolvimento sensório-motor de Piaget.

Na fase de vinculação evidente (6 meses até 1 ano) o bebé é mais ativo na procura de proximidade e contacto às suas figuras discriminadas do que anteriormente, muito devido ao desenvolvimento da locomoção.[11] Este novo comportamento, permite que o bebé use o cuidador como uma “base segura” para explorar o ambiente que o rodeia.

Em linhas gerais, se o cuidador está presente, o sistema de vinculação do bebé está relaxado e assim, está livre para explorar. Por outro lado, se o cuidador não está presente ou não responde, o sistema de vinculação é ativado, e o Comportamento de Vinculação é exibido. Estranhos começam a ser tratados com precaução, e são potenciais causas de alarme e ansiedade.[12] Para além da locomoção, o bebé mostra outros comportamentos que são desenhados para manter a proximidade do cuidador, tais como o protesto causado pela ausência da mãe, a saudação quando a mãe volta, o agarrar, entre outros.

Na última fase de desenvolvimento, (a partir dos 2 anos) a criança começa a ver o cuidador como uma pessoa independente, resultado da diminuição do seu ‘egocentrismo’.[11] A relação transforma-se numa relação recíproca. A criança toma conhecimento dos objectivos e planos dos cuidadores e tenta influenciá-los. Se a mãe deixa a criança sozinha, ela implora, suborna, amua numa tentativa de manter a proximidade, em vez de chorar ou agarrar como fazia nas fases anteriores.[16] É, assim, uma fase marcada por grande desenvolvimento cognitivo.

Bowlby defendia que o Comportamento de Vinculação continuava durante toda a vida de uma forma semelhante à última fase, apesar de após os 3 anos de idade, este comportamento ser menos frequente e urgente pois a criança sente-se menos vezes ameaçada.[12] Durante a adolescência a vinculação da criança com os seus pais começa a ser substituída por relações com os outros, normalmente colegas de escola.

Na idade adulta, a relação emocional é direccionada para o parceiro e amigos próximos. Finalmente, na velhice, este comportamento é projetado para os pais e filhos.[11]

## Mary Ainsworth e a Situação “Estranha”:

Durante a década de 70, a investigadora Mary Ainsworth expandiu o trabalho de Bowlby com o seu estudo Situação Estranha, conseguindo testar empiricamente os princípios da Teoria da Vinculação.

O trabalho exigiu a observação do comportamento de crianças entre os 12 e 18 meses de idade submetidas a uma experiência em que eram separadas, por um curto período de tempo da mãe e brevemente reunidas com ela.

Baseada nas suas observações, Ainsworth concluiu que existiam 3 estilos de vinculação: seguro, inseguro-evitante e inseguro-ambivalente. Posteriormente, os investigadores Main e Solomon em 1986 incluíram um quarto estilo de vinculação a que deram o nome de inseguro-desorganizado.[17] Múltiplos estudos comprovaram as conclusões de Ainsworth.

Para esta experiência, Ainsworth usou dois quartos adjacentes, sendo um o quarto experimental e outro um quarto de observação, separados por um espelho unidirecional que permitia só ver o quarto experimental.

A organização do quarto encontra-se na figura 1.

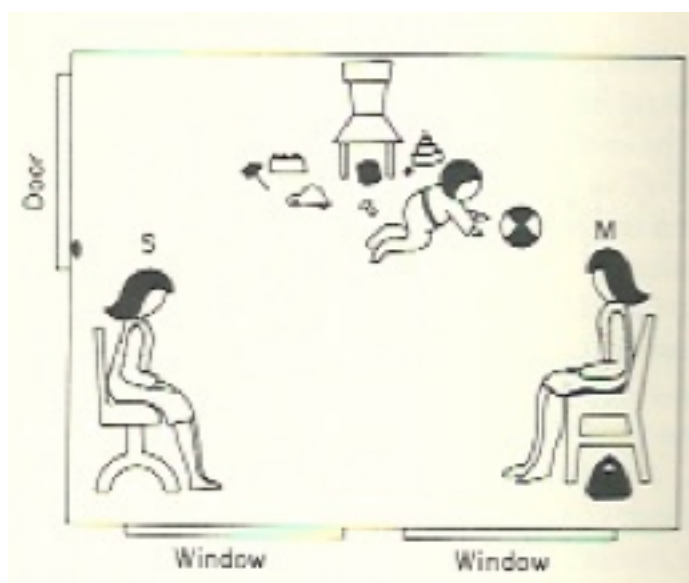


Fig.1 Organização esquemática do quarto experimental. S- pessoa “estranha”. M – mãe.

Na experiência, para além da mãe e da pessoa “estranha”, foram colocados nas redondezas da criança brinquedos com o objectivo de promover a exploração ativa do ambiente.

A experiência baseia-se em 8 situações diferentes:[11]

- 1- Os observadores introduzem a mãe e bebé no quarto experimental.
- 2- A mãe não participa enquanto o bebé explora o quarto, se necessário a mãe estimula-o.
- 3- A pessoa “estranha” é introduzida no quarto, estando primeiro em silêncio, depois fala com a mãe e só depois se aproxima do bebé. Finalmente, a mãe sai do quarto sem se despedir.
- 4- É o primeiro episódio de separação. Só o bebé e a pessoa não familiar estão no quarto.
- 5- Primeiro episódio de reunião. A mãe entra no quarto, e conforta o bebé, estimulando-o a brincar durante 3 minutos. Enquanto isto, a outra pessoa sai do quarto. Depois a mãe despede-se e sai do quarto também.
- 6- Segundo episódio de separação.
- 7- A pessoa “estranha” entra no quarto e dirige-se ao bebé, estimulando-o.
- 8- Segunda reunião, a mãe entra e cumprimenta o bebé e pega-o ao colo. Enquanto isto, o “estranho” sai.

Dentro das muitas variáveis analisadas pelos observadores ao longo da experiência, têm particular importância a exploração com uso da locomoção, a exploração manipulativa, a exploração visual, a orientação visual, o choro, o riso, a vocalização e o comportamento oral.[11]

Os objectivos principais foram identificar diferenças na forma como as crianças lidam com a separação da sua figura de vinculação, avaliar a ansiedade causada pelo estranho e o seu comportamento aquando da reunião. O quadro 1 resume as diferenças dos vários tipos de vinculação face aos aspectos referidos.

|                                     | <b>Vinculação segura</b>   | <b>Vinculação insegura-ambivalente</b>                                   | <b>Vinculação insegura-evitante</b>   |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <b>Ansiedade de separação</b>       | Inquieto quando a mãe sai do quarto                                      | Muito inquieto quando a mãe sai do quarto                                | Não mostra qualquer sinal de inquietação quando a mãe sai do quarto         |
| <b>Ansiedade devido ao estranho</b> | Evita o estranho quando sozinho, mas amigável quando a mãe está presente | Evita o estranho e mostra medo   | Não mostra ansiedade relativamente ao estranho e brinca normalmente com ele |
| <b>Comportamento da reunião</b>     | Positivo e feliz quando a mãe regressa                                   | Criança aproxima-se da mãe mas resiste a contacto, rejeita-a e empurra-a | Não mostra interesse quando a mãe volta. Ignora o seu retorno               |
| <b>Outro</b>                        | Usa a mãe como a “base segura” para explorar o ambiente                  | Chora mais e explora menos o ambiente que os outros tipos                | Mãe e estranho são capazes de confortar a criança igualmente                |
| <b>% de crianças</b>                | 66   |  |   |

A vinculação insegura-desorganizada é traduzida por crianças que exibem um comportamento confuso, desorientado e desorganizado na presença da mãe. Estas crianças mostram comportamentos como ‘congelamento’. Em amostras de baixo risco, cerca de 10% das crianças são incluídas nesta categoria.[18]

Esta experiência de Ainsworth faz parte de um trabalho maior, no qual a autora e colaboradores visitaram as crianças regularmente para observação e avaliação durante todo o primeiro ano. Foi comprovado que o tipo de vinculação no primeiro ano se correlacionava com o tipo de interação com a mãe nos doze meses anteriores.[14] Assim, mães responsivas aos seus bebés resultavam numa vinculação mais segura, mães não responsivas favoreciam vinculações evitantes e, ainda, mães com respostas inconstantes facilitavam vinculações ambivalentes.

Uma ideia central da teoria da relação entre a mãe e o bebé, de Bowlby é que esta é o resultado do tipo de interação desde muito cedo.[19] Esta hipótese afirma que diferenças na qualidade da interação na infância irão resultar na formação de modelos internos de representações diferentes - representações que foram generalizadas, para formar modelos que a criança usa para prever e se relacionar com o ambiente externo. Uma criança segura vai construir um modelo de um cuidador responsivo, confiável e de si como merecedor de atenção e amor. Por outro lado, uma criança insegura vê o mundo como um lugar perigoso, onde as pessoas devem ser encaradas com cuidado e vê-se a si própria como não merecedora de atenção e amor. A qualidade da vinculação tem sido consistentemente relacionada com vários aspectos de funcionamento da criança, incluindo a sua sociabilidade, auto-estima e competências cognitivas.[20]

Ainda que o comportamento materno/do cuidador seja determinante para o tipo de vinculação, o temperamento da criança é também outro factor muito revelante de previsão do tipo de vinculação. [21]

Esta vinculação é um indicador para futuras relações próximas na infância, adolescência e idade adulta. Mudanças na dinâmica da relação, como o divórcio (aumento de *stress* na família) podem afectar a vinculação da criança, temporariamente ou permanentemente.[22]

*“De uma forma geral, experiências nos primeiros anos de vida (especialmente com o cuidador principal) ajudam a criar a ‘gramática de emoções’ que pode ser duradoura, ainda que a linguagem de emoções se continue a desenvolver ao longo dos anos”*

—Thompson (2003)

## A entrevista de vinculação do adulto:

A entrevista foi desenvolvida por Carol George, Nancy Kaplan e Mary Main em 1984 para avaliar vinculações no adulto e é composta por 15 perguntas focadas na representação interna que o adulto possui das suas relações com os pais/cuidadores na infância.

O entrevistado é questionado sobre os cinco adjetivos que melhor descrevem a sua relação com cada pai durante a infância, incitado a descrever episódios que ilustrem cada um deles, o que fazia quanto estava desanimado na infância, com qual deles se sentia mais perto e porquê, se alguma vez se sentiu ameaçado por algum deles, como a relação se alterou durante o tempo, como acha que essa experiência possa ter afectado a sua personalidade adulta, entre outras. [23]

A entrevista é interpretada com base na qualidade do discurso, coerência e conteúdo, em vez dos dados retrospectivos.[24]

De acordo com os resultados são divididos em 4 categorias:

**Autónomo (seguro):** Valorizam as relações da infância, descrevem-nas de uma forma aberta, coerente e consistente. Não têm um discurso defensivo.

**Desapegado/Ausente:** Mostram lapsos de memória, dizem ter poucas memórias de infância e tendem a idealizar o passado como tendo vivido uma “infância perfeita”. O seu discurso é contraditório e defensivo.

**Preocupado:** Dão relatos inconsistentes, parecendo estar ainda envolvidos em conflitos passados com representações ambivalentes do passado. Mostram preocupação com os seus pais.

**Desorganizado/ Não resolvido:** É um grupo específico, relacionado com eventos traumáticos como abusos, que ainda não foram resolvidos emocionalmente.

Estudos revelaram que as experiências da infância dos pais, assim como as suas percepções dessas experiências influenciam posteriormente o seu comportamento na relação com os seus filhos.[25] Uma meta-análise com 18 díades mãe-filho, concluiu por uma

correspondência de 80% entre os tipos de vinculação dos filhos e dos pais.[25] Este resultado faz-nos pensar num ciclo vicioso de perpetuação dos tipos de vinculação entre gerações.

No que diz respeito à estabilidade da vinculação da pessoa ao longo do tempo existem duas perspectivas extremas. A primeira afirma que é improvável que a experiência nos primeiros anos de vida exerça uma influência tão duradoura, porque ela será apagada pela experiências mais recentes na idade adulta. Alguma aparente continuidade na vinculação ao longo da vida é ilusória e ocorre apenas em situações em que o ambiente se manteve inalterado. Por outro lado, a segunda perspectiva baseia-se na hipótese do Período Crítico. De acordo com esta hipótese, o tipo de vinculação é estabelecido nos primeiros anos de vida e tem um caráter fixo, determinando, de uma forma linear, o comportamento futuro do indivíduo. [26] À parte das duas perspectivas referidas, surge a ideia de Bowlby e outros psiquiatras que são da opinião que os modelos internos de representações estão sujeitos a alterações mas existe um aumento da rigidez destes modelos ao longo do tempo. Isto acontece porque com o desenvolvimento a criança vai criando o seu próprio ambiente.[26]



## Psicopatologia:

De acordo com Ainsworth, crianças com vinculações seguras podem usar a mãe como uma base segura para explorar o ambiente e assim desenvolvem mecanismos de “coping” em momentos de *stress*. Este tipo de vinculação desenvolvida com o cuidador primário relaciona-se com maior sociabilidade com outros adultos e crianças, maior obediência aos pais e maior facilidade na regulação emocional da criança.[27]

Vários psiquiatras teorizaram que várias linhas de desenvolvimento psicológico perturbadas são o resultado de vinculações inseguras muito precoces. Propuseram que estas crianças com vinculações inseguras podem desenvolver problemas comportamentais como hostilidade, agressividade e comportamentos antissociais no caso da vinculação evitante. Por outro lado, no caso da criança ambivalente poderiam ocorrer problemas como impulsividade, problemas de concentração e baixa tolerância à frustração.[27]

Esta associação entre a vinculação e perturbações psiquiátricas pode também ser explicada à luz de outro ramo da psiquiatria, a Psiquiatria Social. Esta área de estudo, defende que relações interpessoais difíceis exercem grande influência no desenvolvimento da psicopatologia porque a quebra de ligações de afecto pode causar impacto na estabilidade da pessoa, por si só, e a internalização de modelos de vinculação inseguros pode influenciar futuras relações, tornando a pessoa mais exposta e mais vulnerável ao *stress*. [16]

Em suma, dificuldades nas relações de vinculação não são, geralmente, entendidos como patologia ou diretamente causando patologia, mas fundamentam o potencial desenvolvimento de psicopatologia. Perceber os processos que começam como uma perturbação na relação e que podem, com tempo, favorecer perturbações no indivíduo pelo seu impacto neurofisiológico e na regulação do afecto é um objectivo central no campo da Psicopatologia do Desenvolvimento.

### **Perturbações de Vinculação**

A ICD-10 descreve duas perturbações de vinculação, a Perturbação de Vinculação Reativa da Infância e a Perturbação de Vinculação Desinibida da Infância. Por outro lado, a DSM-IV-TR descreve a Perturbação de Vinculação Reativa da Infância que toma 2 formas: o

tipo Inibido e o tipo Desinibido. Ambos afirmam que as Perturbações de Vinculação podem ser o fruto de uma relação abusiva ou de negligência.[28]

O tipo inibido descreve uma criança que não procura conforto de um cuidador preferido, não responde ou resiste quando o conforto é oferecido, e não é facilmente acalmada. Estas crianças exibem restrições graves ou ausência de atos de afecto, cooperação ou colaboração, de respostas a atos de interação social e de confiança no cuidador preferencial para assistência ou conforto. São também caracterizadas por dificuldades na regulação emocional. Esta perturbação tem sido encontrada em populações de crianças institucionalizadas, negligenciadas ou em famílias de adoção.[29]

O tipo desinibido, é caracterizado por uma “sociabilidade indiscriminada” para adultos não familiares, sem qualquer reticência característica das crianças normais. A literatura tem descrito estas crianças como superficiais nas relações interpessoais e constantes na procura de atenção dos outros. Na interação com adultos desconhecidos estas crianças procuram conforto, aceitam-no se oferecido e podem até mesmo protestar o abandono desses adultos não familiares. Na sua exploração do ambiente em redor, não se preocupam com o afastamento do seu principal cuidador, não olham para trás, ignorando, assim, a *linha de Maginot*. Este tipo é mais prevalente em crianças que têm sofrido mudanças frequentes de famílias de adoção ou instituições.[29]

Estas Perturbações de Vinculação apresentam-se em crianças com modelos internos de representação gravemente distorcidos, resultando numa relação perturbada com os outros.[25] Embora muito raros, com uma prevalência de 1%, são relativamente frequentes em crianças institucionalizadas em más condições.[26] Nos anos 90 do século XX, após o fim do regime comunista, os orfanatos na Roménia tornaram-se famosos pelos relatos de abusos e negligência a órfãos, e destas amostras surgiram os principais estudos longitudinais sobre estas perturbações. [29]

Num estudo longitudinal de crianças adoptadas entre os 1 e 8 anos, em orfanatos da Europa de Leste por famílias americanas, avaliou o desenvolvimento cognitivo e físico dos órfãos, mostrou uma prevalência de 38% de Perturbação do Défice de Atenção com Hiperatividade, 19% de Depressão, 16% com Perturbações Reativas de Vinculação, e 32% Perturbações de *stress* pós-traumático.[27]

## Disforia de gênero

A ICD-10 estabelece o diagnóstico de perturbação da identidade de gênero em crianças com os seguintes pontos:

Para o sexo feminino:

- A. Um *distress* persistente e permanente sobre ser uma rapariga e o desejo explícito de se tornar um rapaz, ou insistência de que ela é um rapaz .
- B. 1 ou 2 :
  - 1. Aversão persistente e marcada a roupas femininas e insistência em vestir roupas masculinas.
  - 2. Repúdio persistente das estruturas anatómicas femininas evidenciado pelo menos por umas das seguintes:
    - (a) asserção que ela tem ou irá desenvolver um pênis
    - (b) rejeição de urinar numa posição sentada
    - (c) asserção que ela não quer desenvolver seios ou ter menstruação
- C. A rapariga ainda não atingiu a puberdade.
- D. A perturbação tem de estar presente pelo menos há 6 meses.

Para o sexo masculino:

- A . Um *distress* intenso e persistente sobre ser rapaz e um intenso desejo de se tornar uma rapariga ou, mais raramente, insistência que é uma rapariga.
- B. (1) ou (2):
  - (1) Preocupação com atividades femininas, mostradas pela preferência por vestiário feminino ou por desejo de participar em jogos ou passatempos de raparigas e rejeição de atividade, jogos masculinos.

(2) Repúdio persistente de estruturas anatómicas masculinas, indicadas por, pelo menos, umas das seguintes asserções:

(a) convicção que vai se desenvolver numa mulher

(b) convicção que o seu pénis e testículos são horríveis ou vão desaparecer

(c) convicção que era melhor não ter genitais masculinos

C. O rapaz ainda não atingiu a puberdade.

D. A perturbação tem de estar presente pelo menos há 6 meses.

Chused especulou que variações de perdas maternas poderiam ser uma etiologia não reconhecida para certos casos de Perturbação de Identidade de Género. Na sua prática clínica, descobriu que perdas maternas nos primeiros anos de vida- entre os 12 e 24 meses – e um comportamento agressivo paterno podem provocar em rapazes o desejo de ser uma rapariga.[31] Coates e Wolfe (1997) mostraram uma relação entre a perturbação de identidade de género na criança e problemas de vinculação nos primeiros 2 anos de vida. [32] Rapazes com Perturbações da Identidade de Género mostram uma grande prevalência de traços de ansiedade de separação [33] – uma ideia central da teoria da vinculação, observada na criança quando esta se apercebe da ausência do cuidador.

Um outro estudo, comparou mães de rapazes com Perturbações da Identidade de Género com mãe de rapazes normais e revelou que 55% das mães de rapazes com perturbação da identidade de género tinham Perturbações de Personalidade *Borderline* ou Depressão comparativamente a apenas 6% no grupo de controlo [34]

## **Depressão**

A Teoria da Vinculação poderá ser de muita relevância para a compreensão da etiologia da depressão, como Bowlby propôs.

Experiências de perdas na infância, separação e rejeição pelos pais ou pelo cuidador poderão levar ao desenvolvimentos de modelos internos de representação insegura.

Representações cognitivas internas do *self* como não-amado/ não-valorizado e figuras de

vinculação que não fornecem amor e não são confiáveis pela criança são consistentes com parte da tríade cognitiva da depressão de Beck. [35]

Os tipos de vinculação são importantes na previsão de sintomas depressivos na adolescência.[35] Crianças com vinculações inseguras têm maior prevalência de sintomas depressivos, comparativamente com crianças com uma vinculação segura[36]

Um estudo realizado numa população de estudantes afro-americanos que se propôs determinar a importância dos modelos internos de representação e do tipo de vinculação para o desenvolvimento de depressão concluiu que os indivíduos que têm uma visão positiva de si e dos outros têm uma complacência emocional que funciona como um mecanismo de proteção contra a depressão. Assim, estes estudantes com boa autoestima vêem os outros como uma fonte confiável de apoio e reportam níveis inferiores de depressão.[37]

## **Agorafobia**

O DSM-IV recomenda os seguintes critérios para o diagnóstico de Agorafobia:

- 1 - Ansiedade relacionada com locais ou situações de onde possa ser difícil/embaraçoso escapar ou onde o auxílio possa não estar disponível, na eventualidade de ter um Ataque de Pânico inesperado ou sintomas tipo pânico. Os temores agorafóbicos envolvem tipicamente situações características, que incluem: estar fora de casa desacompanhado; estar no meio de uma multidão ou permanecer numa fila; estar numa ponte; viajar de autocarro, metro ou automóvel.
- 2 - Estas situações características são evitadas ( as viagens são restringidas, por exemplo) ou suportadas com acentuado sofrimento ou com Ansiedade antecipatória relativa à possibilidade de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico, ou exigem companhia.
- 3 - A Ansiedade agorafóbica não é melhor explicada por uma outra perturbação mental, como Fobia Social, Fobia Específica, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação de *Stress* Pós-Traumático ou Perturbação de Ansiedade de Separação

Quando uma criança sofre disrupções na vinculação como a perda ou a ausência da sua figura de vinculação, esta incorre num risco de “fobia escolar”. Esta fobia, define-se como o medo de deixar a mãe e a sua casa, e poderá transformar-se numa agorafobia.[38]

Num estudo retrospectivo que avaliou doentes agorafóbicos, Marks observou que 95% dos agorafóbicos afirmam ter maior medo quando estão sozinhos. Muitos deles evitam estar sozinhos em casa, e outros requerem a presença de alguém (vivenciado como securizante) quando tentam ultrapassar a sua fobia. De acordo com Chambless (1982), estes agorafóbicos preferem a presença de um determinado membro da família.[39] Este acompanhante expande as fronteiras da sua “zona de segurança”. A semelhança entre esta perturbação e o uso da figura de vinculação como a “base segura” para exploração, evidente na Situação “Estranha” é, sem dúvida, evidente.

## Conclusão:

Esta análise bibliográfica mostra, de uma perspectiva histórica, as principais contribuições de vários campos para o desenvolvimento da Teoria da Vinculação. Teve também como objectivo esclarecer sobre os conceitos em causa, e sobre os sistemas de classificação para bebé e para adultos, através da Situação “Estranha” e da Entrevista de Vinculação do Adulto.

De uma perspectiva social, é clara a importância do desenvolvimento da Teoria da Vinculação, no último século, para a melhoria da prestação cuidados de saúde em hospitais pediátricos, e em instituições para órfãos. Por outro lado, este estudo tenta indagar sobre a relação complexa entre as vinculações que são adquiridas nos primeiros anos de vida e o desenvolvimento do carácter e de psicopatologia.

A vinculação representa um importante papel mediador na regulação emocional do indivíduo e, assim, vários estudos mostram uma relação entre modelos internos de representação inseguros e o aparecimento de várias perturbações. Esta relação não se manifesta de forma linear, contudo a sua importância para a compreensão de alguns tipos de Disforia de género, Depressão e Agorafobia tem de ser considerada.

Abrem-se, pois, múltiplas perspectivas de trabalho que devem dar continuidade ao estudo das questões que já foram equacionadas pelos investigadores neste campo de investigação, nunca esquecendo a rentabilidade prática que algumas destas descobertas poderiam representar numa intervenção terapêutica mais adequada, logo potencialmente mais eficaz.

## Bibliografia:

- 1- Cassidy J., Shaver P. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (New York: Guilford Press, 1999), x
- 2- Nezworski T.: *1: Clinical Implications of Attachment*, in *Clinical Implications of Attachment*, ed. Jay Belsky and Teresa Nezworski (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988), 5-8
- 3- Bowlby J. *Attachment* (New York: Basic Books, 2nd ed., vol. 1, 1982), 177-182
- 4- Issroff J. *Donald Winnicott and John Bowlby: Personal and Professional Perspectives*,( Karnac Books, 2005),79
- 5- Lorenz K. *King Solomon's Ring* (New York, Thomas Y. Crowell Co., 1952)
- 6- Bretherton I. *The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth* (*Developmental Psychology* 28, 1992), 759–775
- 7- Harlow H. *The Nature of Love* (*American Psychologist* 13, 1958), 573-685.
- 8- Bowlby, J. *Forty Four Juvenile Thieves: Their Character and Home-Life* (*International Journal of Psychoanalysis*, 25, 1944), 19-52
- 9- Bowlby, J. , Roberstson J. *A Two-Year-Old Goes to Hospital* (*Proceedings of The Royal Society of Medicine* 46, 1952), 425-427
- 10- Van Rosmalen L., van der Horst FC.,van der Veer R. *Of monkeys and men: Spitz and Harlow on the consequences of maternal deprivation*(*Attachment & Human Development* , 14(4) 2012), 425-37
- 11- Ainsworth M. et al., *Patterns of Attachment: a psychological study of the strange situation* (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1978)
- 12- Bowlby J., *Attachment*, 2nd ed., vol. 1 (New York: Basic Books, 1982), 265-376
- 13- Weinfield N. et al. *4: The Nature of Individual Differences in Infant–caregiver Attachment*, in *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, ed. Jude Cassidy and Phillip R. Shaver (New York: Guilford Press, 1999)
- 14- Holmes J., *John Bowlby and Attachment Theory* (London: Routledge, 1993), 45-74



- 15- Prior V., Glaser D. , *Understanding Attachment and Attachment Disorders: Theory, Evidence, and Practice* (London: Jessica Kingsley, 2006), 184
- 16- Holmes J., *John Bowlby and Attachment Theory* (London: Routledge, 1993), 177-190
- 17- Hesse E., Main. M. *Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies* (Journal of the American Psychoanalytic Association, 48, 2000),1097-1127
- 18- Long M. *Disorganized Attachment Relationships in Infants of Adolescent Mothers and Factors That May Augment Positive Outcomes* (Adolescence 44, 175, 2009)
- 19- Bowlby J., *The Nature of the Child's tie to his Mother* (International Journal of Psycho-Analysis 39, 1958) 350-373
- 20- Owens K., *Raising Your Child's Inner Self-Esteem: The Authoritative Guide from Infancy through the Teen Years* (New York: Plenum Press, 1995), 29
- 21- Virginia H. *Mothers' Perceptions of Children's Temperament and Mother-Child Attachment* (Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 1(1) 1987),51-68
- 22- Grossmann K., Grossman E. K. *The Impact of Attachment to Mother and Father at an Early Age on Children's Psychosocial Development through Young Adulthood* ( University of Regensburg, 2005) Não publicado
- 23- George, C., Kaplan, N., Main, M. *Adult attachment protocolo* (University of California, Berkeley 1985) Não publicado
- 24- Main M. *Chapter 8: Findings and Directions for Future Research*, in *Attachment across the Life Cycle*, ed. Colin Murray Parkes, Joan Stevenson-Hinde, and Peter Marris (London: Routledge, 1993)
- 25- Belsky J. *The determinants of parenting: A process model.*(Child Development 1984), 929-949
- 26- L. Alan Sroufe, 2: *The Role of Infant-Caregiver Attachment in Development*, in *Clinical Implications of Attachment*, ed. Jay Belsky and Teresa Nezworski (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988), 18-24
- 27- Greenberg, M. 21: *Attachment and Psychopathology in Childhood*, in *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, ed. Jude Cassidy and Phillip R. Shaver (New York: Guilford Press, 1999), 467-485

- 28- Prior V., Glaser D. *Understanding Attachment and Attachment Disorders: Theory, Evidence, and Practice* (London: Jessica Kingsley, 2006), 180-185
- 29- Schechter D., Willheim E. *Disturbances of Attachment and Parental Psychopathology in Early Childhood*, ( Child Adolescent Psychiatric Clinic N. Am. 2009, 18(13) ), 665-686
- 30- Neuharth-Pritchett S. *Educational Outcomes of Children Adopted from Eastern Europe, Now Ages 8-12*, (Childhood Education 82, no. 6, 2006)
- 31- Scheck A. *Maternal Issues May Predispose Desire for Gender Change in Boys* (Clinical Psychiatry News, 33 no.4, 2005)
- 32- Cassidy J., Shaver P. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (New York: Guilford Press, 1999), 577
- 33- Zucker K., Bradley S., Sullivan C. *Traits of Separation Anxiety in Boys with Gender Identity Disorder* ( Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1999, 35(6)), 791-798
- 34- Marantz S., Coates S. *Mothers of boys with gender identity disorder: a comparison of matched controls* (Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1991, 30 (2)), 310-315
- 35- Kenneth M. *Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings* (Advances in Psychiatric Treatment 2006, 12),440-449
- 36- Muris P., Mayer B., Meesters C. *Self-Reported Attachment Style, Anxiety, and Depression in Children*,(Social Behavior and Personality: An International Journal 2000, 28(2)
- 37- Love K. , Murdock T., *Parental Attachment, Cognitive Working Models, and Depression among African American College Students*, (Journal of College Counseling, 2012 ,15(2)
- 38- Delfos M. *Children and Behavioural Problems: Anxiety, Aggression, Depression and ADHD -- A Biopsychological Model with Guidelines for Diagnostics and Treatment* (London: Jessica Kingsley, 2004), 125-127
- 39- Gewirtz J. and Kurtines K. *Intersections with Attachment* (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1991), 303

# **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer ao Prof. Doutor Rui Coelho pela disponibilidade e apoio que demonstrou ao longo da elaboração desta monografia. Aos meus pais e irmã pelo apoio constante que me dedicam.

# Instruções aos Autores

Estas instruções seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (disponível em URL: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

**Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam investigação original nas diferentes áreas da medicina, favorecendo investigação de qualidade, particularmente a que descreva a realidade nacional.**

Os manuscritos são avaliados inicialmente por membros do corpo editorial e a publicação daqueles que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores externos. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Todos os artigos solicitados serão submetidos a avaliação externa e seguirão o mesmo processo editorial dos artigos de investigação original.

Apesar dos editores e dos revisores desenvolverem os esforços necessários para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos publicados, a responsabilidade final do conteúdo das publicações é dos autores.

Todos os artigos publicados passam a ser propriedade dos ARQUIVOS DE MEDICINA. Uma vez aceites, os manuscritos não podem ser publicados numa forma semelhante noutros locais, em nenhuma língua, sem o consentimento dos ARQUIVOS DE MEDICINA.

Apenas serão avaliados manuscritos contendo material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte (incluindo tabelas e figuras), e que não estejam a ser submetidos para publicação noutros locais. Esta restrição não se aplica a notas de imprensa ou a resumos publicados no âmbito de reuniões científicas. Quando existem publicações semelhantes à que é submetida ou quando existirem dúvidas relativamente ao cumprimento dos critérios acima mencionados estas devem ser anexadas ao manuscrito em submissão.

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

De acordo com uma avaliação efectuada sobre o material apresentado à revista os editores dos ARQUIVOS DE MEDICINA prevêm publicar aproximadamente 30% dos manuscritos submetidos, sendo que cerca de 25% serão provavelmente rejeitados pelos editores no primeiro mês após a recepção sem avaliação externa.

## TIPOLOGIA DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ARQUIVOS DE MEDICINA

### Artigos de investigação original

Resultados de investigação original, qualitativa ou quantitativa.

O texto deve ser limitado a 2000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 4 tabelas e/ou figuras (total) e até 15 referências.

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

### Publicações breves

Resultados preliminares ou achados novos podem ser objecto de publicações breves.

O texto deve ser limitado a 1000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As publicações breves devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

### Artigos de revisão

Artigos de revisão sobre temas das diferentes áreas da medicina e dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente com impacto na sua prática.

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam essencialmente artigos de revisão solicitados pelos editores. Contudo, também serão avaliados artigos de revisão submetidos sem solicitação prévia, preferencialmente revisões quantitativas (Meta-análise).

O texto deve ser limitado a 5000 palavras, excluindo referências e tabelas, e apresentar um máximo de 5 tabelas e/ou figuras (total). As revisões quantitativas devem ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão.

As revisões devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada, devendo ser estruturados no caso das revisões quantitativas.

### Comentários

Comentários, ensaios, análises críticas ou declarações de posição acerca de tópicos de interesse na área da saúde, designadamente políticas de saúde e educação médica.

O texto deve ser limitado a 900 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

Os comentários não devem apresentar resumos.

### Casos clínicos

Os ARQUIVOS DE MEDICINA transcrevem casos publicamente apresentados trimestralmente pelos médicos do Hospital de S. João numa selecção acordada com o corpo editorial da revista. No entanto é bem vinda a descrição de casos clínicos verdadeiramente exemplares, profundamente estudados e discutidos. O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 120 palavras cada.

### Séries de casos

Descrições de séries de casos, tanto numa perspectiva de tratamento estatístico como de reflexão sobre uma experiência particular de diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

### Cartas ao editor

Comentários sucintos a artigos publicados nos ARQUIVOS DE MEDICINA ou relatando de forma muito objectiva os resultados de observação clínica ou investigação original que não justifiquem um tratamento mais elaborado.

O texto deve ser limitado a 400 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

As cartas ao editor não devem apresentar resumos.

### Revisões de livros ou software

Revisões críticas de livros, software ou sítios da internet.

O texto deve ser limitado a 600 palavras, sem tabelas nem figuras, com um máximo de 3 referências, incluindo a do objecto da revisão.

As revisões de livros ou software não devem apresentar resumos.

### FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A formatação dos artigos submetidos para publicação nos ARQUIVOS DE MEDICINA deve seguir os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Todo o manuscrito, incluindo referências, tabelas e legendas de figuras, deve ser redigido a dois espaços, com letra a 11 pontos, e justificado à esquerda.

Aconselha-se a utilização das letras Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais.

Devem ser numeradas todas as páginas, incluindo a página do título.

Devem ser apresentadas margens com 2,5 cm em todo o manuscrito. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção.

Não devem ser inseridos cabeçalhos nem rodapés.

Deve ser evitada a utilização não técnica de termos estatísticos como aleatório, normal, significativo, correlação e amostra.

Apenas será efectuada a reprodução de citações, tabelas ou ilustrações de fontes sujeitas a direitos de autor com citação completa da fonte e com autorizações do detentor dos direitos de autor.

#### Unidades de medida

Devem ser utilizadas as unidades de medida do Sistema Internacional (SI), mas os editores podem solicitar a apresentação de outras unidades não pertencentes ao SI.

#### Abreviaturas

Devem ser evitados acrónimos e abreviaturas, especialmente no título e nos resumos. Quando for necessária a sua utilização devem ser definidos na primeira vez que são mencionados no texto e também nos resumos e em cada tabela e figura, excepto no caso das unidades de medida.

#### Nomes de medicamentos

Deve ser utilizada a Designação Comum Internacional (DCI) de fármacos em vez de nomes comerciais de medicamentos. Quando forem utilizadas marcas registadas na investigação, pode ser mencionado o nome do medicamento e o nome do laboratório entre parêntesis.

#### Página do título

Na primeira página do manuscrito deve constar:

- 1) o título (conciso e descritivo);
- 2) um título abreviado (com um máximo de 40 caracteres, incluindo espaços);
- 3) os nomes dos autores, incluindo o primeiro nome (não incluir graus académicos ou títulos honoríficos);
- 4) a filiação institucional de cada autor no momento em que o trabalho foi realizado;
- 5) o nome e contactos do autor que deverá receber a correspondência, incluindo endereço, telefone, fax e e-mail;
- 6) os agradecimentos, incluindo fontes de financiamento, bolsas de estudo e colaboradores que não cumpram critérios para autoria;
- 7) contagens de palavras separadamente para cada um dos resumos e para o texto principal (não incluindo referências, tabelas ou figuras).

#### Autoria

Como referido nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", a autoria requer uma contribuição substancial para:

- 1) concepção e desenho do estudo, ou obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redacção do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão submetida para publicação.

A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam autoria.

É necessário especificar na carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho. Esta informação será publicada.

Exemplo: José Silva concebeu o estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. António Silva colaborou na concepção do estudo e efectuou a análise dos dados. Manuel Silva efectuou a recolha de dados e colaborou na sua análise. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão dos rascunhos do manuscrito.

Nos manuscritos assinados por mais de 6 autores (3 autores no caso das cartas ao editor), tem que ser explicitada a razão de uma autoria tão alargada.

É necessária a aprovação de todos os autores, por escrito, de quaisquer modificações da autoria do artigo após a sua submissão.

#### Agradecimentos

Devem ser mencionados na secção de agradecimentos os colaboradores que contribuíram substancialmente para o trabalho mas que não cumpram os critérios para autoria, especificando o seu contributo, bem como as fontes de financiamento, incluindo bolsas de estudo.

#### Resumos

Os resumos de artigos de investigação original, publicações breves, revisões quantitativas e séries de casos devem ser estruturados (introdução, métodos, resultados e conclusões) e apresentar conteúdo semelhante ao do manuscrito.

Os resumos de manuscritos não estruturados (revisões não quantitativas e casos clínicos) também não devem ser estruturados.

Nos resumos não devem ser utilizadas referências e as abreviaturas devem ser limitadas ao mínimo.

#### Palavras-chave

Devem ser indicadas até seis palavras-chave, em português e em inglês, nas páginas dos resumos, preferencialmente em concordância com o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado no Index Medicus. Nos manuscritos que não apresentam resumos as palavras-chave devem ser apresentadas no final do manuscrito.

#### Introdução

Deve mencionar os objectivos do trabalho e a justificação para a sua realização.

Nesta secção apenas devem ser efectuadas as referências indispensáveis para justificar os objectivos do estudo.

#### Métodos

Nesta secção devem descrever-se:

- 1) a amostra em estudo;
- 2) a localização do estudo no tempo e no espaço;
- 3) os métodos de recolha de dados;
- 4) análise dos dados.

As considerações éticas devem ser efectuadas no final desta secção.

#### Análise dos dados

Os métodos estatísticos devem ser descritos com o detalhe suficiente para que possa ser possível reproduzir os resultados apresentados.

Sempre que possível deve ser quantificada a imprecisão das estimativas apresentadas, designadamente através da apresentação de intervalos de confiança. Deve evitar-se uma utilização excessiva de testes de hipóteses, com o uso de valores de p, que não fornecem informação quantitativa importante.

Deve ser mencionado o software utilizado na análise dos dados.

#### Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar que todas as investigações envolvendo seres humanos foram aprovadas por comissões de ética das instituições em que a investigação tenha sido desenvolvida, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial ([www.wma.net](http://www.wma.net)).

Na secção de métodos do manuscrito deve ser mencionada esta aprovação e a obtenção de consentimento informado, quando aplicável.

#### Resultados

Os resultados devem ser apresentados, no texto, tabelas e figuras, seguindo uma sequência lógica.

Não deve ser fornecida informação em duplicado no texto e nas tabelas ou figuras, bastando descrever as principais observações referidas nas tabelas ou figuras.

Independentemente da limitação do número de figuras propostos para cada tipo de artigo, só devem ser apresentados gráficos quando da sua utilização resultarem claros benefícios para a compreensão dos resultados.

#### Apresentação de dados numéricos

A precisão numérica utilizada na apresentação dos resultados não deve ser superior à permitida pelos instrumentos de avaliação.

Para variáveis quantitativas as medidas apresentadas não deverão ter mais do que uma casa decimal do que os dados brutos.

As proporções devem ser apresentadas com apenas uma casa decimal e no caso de amostras pequenas não devem ser apresentadas casas decimais.

Os valores de estatísticas teste, como t ou  $\chi^2$ , e os coeficientes de correlação devem ser apresentados com um máximo de duas casas decimais.

Os valores de p devem ser apresentados com um ou dois algarismos significativos e nunca na forma de p=NS, p<0,05 ou p>0,05, na medida em que a informação contida no valor de P pode ser importante. Nos casos em

que o valor de  $p$  é muito pequeno (inferior a 0,0001), pode apresentar-se como  $p < 0,0001$ .

#### Tabelas e figuras

As tabelas devem surgir após as referências. As figuras devem surgir após as tabelas.

Devem ser mencionadas no texto todas as tabelas e figuras, numeradas (numeração árabe separadamente para tabelas e figuras) de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Cada tabela ou figura deve ser acompanhada de um título e notas explicativas (ex. definições de abreviaturas) de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto do manuscrito.

Para as notas explicativas das tabelas ou figuras devem ser utilizados os seguintes símbolos, nesta mesma sequência:

\*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡.

Cada tabela ou figura deve ser apresentada em páginas separadas, juntamente com o título e as notas explicativas.

Nas tabelas devem ser utilizadas apenas linhas horizontais.

As figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser criadas em computador ou produzidas profissionalmente.

As figuras devem incluir legendas.

Os símbolos, setas ou letras devem contrastar com o fundo de fotografias ou ilustrações.

A dimensão das figuras é habitualmente reduzida à largura de uma coluna, pelo que as figuras e o texto que as acompanha devem ser facilmente legíveis após redução.

Na primeira submissão do manuscrito não devem ser enviados originais de fotografias, ilustrações ou outros materiais como películas de raios-X. As figuras, criadas em computador ou convertidas em formato electrónico após digitalização devem ser inseridas no ficheiro do manuscrito.

Uma vez que a impressão final será a preto e branco ou em tons de cinzento, os gráficos não deverão ter cores. Gráficos a três dimensões apenas serão aceites em situações excepcionais.

A resolução de imagens a preto e branco deve ser de pelo menos 1200 dpi e a de imagens com tons de cinzento ou a cores deve ser de pelo menos 300 dpi.

As legendas, símbolos, setas ou letras devem ser inseridas no ficheiro da imagem das fotografias ou ilustrações.

Os custos da publicação das figuras a cores serão suportados pelos autores.

Em caso de aceitação do manuscrito, serão solicitadas as figuras nos formatos mais adequados para a produção da revista.

#### Discussão

Na discussão não deve ser repetida detalhadamente a informação fornecida na secção dos resultados, mas devem ser discutidas as limitações do estudo, a relação dos resultados obtidos com o observado noutras investigações e devem ser evidenciados os aspectos inovadores do estudo e as conclusões que deles resultam.

É importante que as conclusões estejam de acordo com os objectivos do estudo, mas devem ser evitadas afirmações e conclusões que não sejam completamente apoiadas pelos resultados da investigação em causa.

#### Referências

As referências devem ser listadas após o texto principal, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem da sua citação. Os números das referências devem ser apresentados entre parentesis. Não deve ser utilizado software para numeração automática das referências.

Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências, de que se acrescentam alguns exemplos:

##### 1. Artigo

• Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increase risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

##### 2. Artigo com Organização como Autor

• The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

##### 3. Artigo publicado em Volume com Suplemento

• Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

##### 4. Artigo publicado em Número com Suplemento

payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

##### 5. Livro

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers;1996.

##### 6. Livro (Editor(s) como Autor(es))

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone;1996.

##### 7. Livro (Organização como Autor e Editor)

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute;1992.

##### 8. Capítulo de Livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995. p. 465-78.

##### 9. Artigo em Formato Electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Devem ser utilizados os nomes abreviados das publicações, de acordo com o adoptado pelo Index Medicus. Uma lista de publicações pode ser obtida em <http://www.nlm.nih.gov>.

Deve ser evitada a citação de resumos e comunicações pessoais.

Os autores devem verificar se todas as referências estão de acordo com os documentos originais.

#### Anexos

Material muito extenso para a publicação com o manuscrito, designadamente tabelas muito extensas ou instrumentos de recolha de dados, poderá ser solicitado aos autores para que seja fornecido a pedido dos interessados.

#### Conflitos de interesse

Os autores de qualquer manuscrito submetido devem revelar no momento da submissão a existência de conflitos de interesse ou declarar a sua inexistência.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos avaliadores externos e não influenciará a decisão editorial mas será publicada se o artigo for aceite.

#### Autorizações

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores devem ter em sua posse os seguintes documentos que poderão ser solicitados pelo corpo editorial:

- consentimento informado de cada participante;
- consentimento informado de cada indivíduo presente em fotografias, mesmo quando forem efectuadas tentativas de ocultar a respectiva identidade;
- transferência de direitos de autor de imagens ou ilustrações;
- autorizações para utilização de material previamente publicado;
- autorizações dos colaboradores mencionados na secção de agradecimentos.

#### SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos aos ARQUIVOS DE MEDICINA devem ser preparados de acordo com as recomendações acima indicadas e devem ser acompanhados de uma carta de apresentação.



**Carta de apresentação**

Deve incluir a seguinte informação:

- 1) Título completo do manuscrito;
- 2) Nomes dos autores com especificação do contributo de cada um para o manuscrito;
- 3) Justificação de um número elevado de autores, quando aplicável;
- 4) Tipo de artigo, de acordo com a classificação dos ARQUIVOS DE MEDICINA;
- 5) Fontes de financiamento, incluindo bolsas;
- 6) Revelação de conflitos de interesse ou declaração da sua ausência;
- 7) Declaração de que o manuscrito não foi ainda publicado, na íntegra ou em parte, e que nenhuma versão do manuscrito está a ser avaliada por outra revista;
- 8) Declaração de que todos os autores aprovaram a versão do manuscrito que está a ser submetida;
- 9) Assinatura de todos os autores.

É dada preferência à submissão dos manuscritos por e-mail (submit@arquivosdemedicina.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074374) uma cópia da carta de apresentação assinada por todos os autores.

Se não for possível efectuar a submissão por e-mail esta pode ser efectuada por correio para o seguinte endereço:

ARQUIVOS DE MEDICINA  
Faculdade de Medicina do Porto  
Alameda Prof. Hernâni Monteiro  
4200 – 319 Porto, Portugal

Os manuscritos devem, então, ser submetidos em triplicado (1 original impresso apenas numa das páginas e 2 cópias com impressão frente e verso), acompanhados da carta de apresentação.

Os manuscritos rejeitados ou o material que os acompanha não serão devolvidos, excepto quando expressamente solicitado no momento da submissão.

**CORRECÇÃO DOS MANUSCRITOS**

A aceitação dos manuscritos relativamente aos quais forem solicitadas alterações fica condicionada à sua realização.

A versão corrigida do manuscrito deve ser enviada com as alterações sublinhadas para facilitar a sua verificação e deve ser acompanhada duma carta respondendo a cada um dos comentários efectuados.

Os manuscritos só poderão ser considerados aceites após confirmação das alterações solicitadas.

**MANUSCRITOS ACEITES**

Uma vez comunicada a aceitação dos manuscritos, deve ser enviada a sua versão final em ficheiro de Word<sup>®</sup>, formatada de acordo com as instruções acima indicadas.

No momento da aceitação os autores serão informados acerca do formato em que devem ser enviadas as figuras.

A revisão das provas deve ser efectuada e aprovada por todos os autores dentro de três dias úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas.

Deve ser enviada uma declaração de transferência de direitos de autor para os ARQUIVOS DE MEDICINA, assinada por todos os autores, juntamente com as provas corrigidas.