



ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DA  
INTERAÇÃO DOS BEBÉS DE EXTREMO PRÉ-  
TERMO COM AS SUAS MÃES AOS 3 E AOS 9  
MESES

Inês Martelo Ribeiro

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para  
obtenção de grau de mestre em Intervenção Precoce

2020-2021



ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DA  
INTERAÇÃO DOS BEBÉS DE EXTREMO PRÉ-  
TERMO COM AS SUAS MÃES AOS 3 E AOS 9  
MESES

Inês Martelo Ribeiro

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para  
obtenção de grau de mestre em Intervenção Precoce  
Orientadora: Professora Doutora Marina Fuertes

2020-2021

| | ' | | ' |

# AGRADECIMENTOS

A elaboração deste estudo foi fruto de um percurso que realizei, caminhando aos poucos, que contou com o apoio de vários intervenientes, aos quais devo um enorme agradecimento.

Agradeço à professora Doutora Marina Fuertes, pois sem todo o seu incansável apoio, ensinamentos e dedicação, este trabalho não seria possível de concretizar. Obrigada por me ajudar a aprender tanto e a crescer mais um bocadinho.

Agradeço ao Tiago, meu (quase) marido, pelo seu sentido de humor, apoio e fé em mim, desde que este projeto era apenas uma ideia. Obrigada por me ter “forçado” a ir à primeira aula sobre a Intervenção Precoce.

Agradeço à minha família, que sempre acreditou em mim e nas minhas capacidades e me tornou tão resiliente. Obrigada por me encorajarem a ir sempre mais longe.

Agradeço à minha colega Rosário, por toda a cumplicidade e apoio neste meu percurso. Obrigada por me teres facilitado e me teres possibilitado a oportunidade de estar presente na maioria das aulas.

Agradeço aos “bebés prematuros” que se cruzaram comigo, que me fizeram ter um interesse tão especial por este tema. Espero um dia poder contribuir da mesma forma.

## **ÍNDICE GERAL**

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ESTADO DE ARTE.....	4
2.1. Vinculação Segura e Sensibilidade Materna.....	6
2.2. O conceito de Sensibilidade Materna .....	7
2.3. Fatores que influenciam a Sensibilidade Materna .....	9
2.4. Prematuridade .....	14
2.5. Vínculo mãe-filho(a) em bebês de pré-termo .....	19
2.6. A Intervenção Precoce .....	23
3. MÉTODOS.....	30
3.1. Objetivos.....	31
3.2. Participantes.....	31
3.3. Procedimentos e medidas.....	33
3.4. Instrumentos.....	34
3.4. Análise dos Dados .....	41
4. RESULTADOS .....	43
4.1. Análise do jogo livre aos 3 e aos 9 meses através da escala CARE-Index.....	44
4.2. Análise do jogo livre aos 3 e aos 9 meses através da escala MINDS.....	46
4.3. Associação entre a qualidade de interação mãe-bebê e os Dados Demográficos	51
5. DISCUSSÃO DO RESULTADOS .....	55
5.1. Estabilidade e Associação do comportamento interativo materno e infantil dos 3 para os 9 meses avaliado com a escala CARE-Index .....	56
5.2. Qualidade Interativa Materna aos 3 e aos 9 meses .....	58
5.3. Qualidade Interativa Infantil aos 3 e aos 9 meses.....	59
5.4. Associação entre os dados demográficos e qualidade interativa obtida na escala CARE-Index .....	59

5.5. Corroborando o impacto da prematuridade na qualidade da interação mãe/filho(a) .....	60
6. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA .....	61
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	61
8. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS .....	61
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Dados demográficos sobre as 20 mães participantes.....	32
Tabela 2: Dados sobre as 20 crianças participantes.....	32
Tabela 3: Causas da prematuridade.....	33
Tabela 4: Resumo da caracterização das escalas maternas do CARE-Index.....	36
Tabela 5: Resumo da caracterização das escalas infantis do CARE-Index.....	37
Tabela 6: Classificações Médias das Díades.....	39
Tabela 7: Indicadores qualitativos do comportamento cooperativo da mãe e da criança na escala MINDS.....	40
Tabela 8: Médias, Desvio Padrão, e teste emparelhado de comparação de médias das escalas maternas do CARE-Index aos 3 e aos 9 meses.....	45
Tabela 9: Médias, Desvio Padrão, e teste emparelhado de comparação de médias das escalas infantis do CARE-Index aos 3 e aos 9 meses.....	46
Tabela 10: Estatísticas descritivas dos dados do comportamento materno analisado através da escala MINDS aos 3 e aos 9 meses.....	48
Tabela 11: Tabela de correlações sobre o comportamento materno aos 3 e aos 9 meses de vida do bebê.....	49
Tabela 12: Estatísticas descritivas dos dados do comportamento infantil analisado através da escala MINDS aos 3 e aos 9 meses.....	50
Tabela 13: Tabela de correlações sobre o comportamento infantil aos 3 e aos 9 meses de vida do bebê.....	51
Tabela 14: Correlações estabelecidas entre os dados demográficos e a avaliação materna e do bebê com a escala CARE-Index aos 3 meses.....	52
Tabela 15: Correlações estabelecidas entre os dados demográficos e a avaliação materna e do bebê com a escala CARE-Index aos 9 meses.....	54

# RESUMO

A sensibilidade materna afeta a qualidade da vinculação e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança. Contudo, existem poucos estudos realizados em Portugal, particularmente com bebês de extremo pré-termo (com menos de 32 semanas de gestação). O presente estudo dedica-se a investigar a qualidade e a continuidade das interações mãe-bebê de extremo pré-termo, antes dos 12 meses. Para o efeito, foram recrutadas 20 díades mãe-bebê observadas, em interação livre, aos 3 e aos 9 meses. Os bebês participantes, 12 meninas e 8 meninos, tinham em média 30.7 semanas de idade gestacional (IG) e 1385.95g de peso gestacional.

Comparados com outros estudos portugueses com bebês de termo de 32 a 36 semanas de IG, em média as mães dos bebês da nossa amostra apresentaram menor sensibilidade materna e os bebês menor cooperação infantil em interação livre tanto aos 3 como aos 9 meses. Adicionalmente, o estudo indica uma forte associação e continuidade entre os comportamentos maternos aos 3 e aos 9 meses. A mesma associação e continuidade de comportamentos, dos 3 para os 9 meses, são observadas no comportamento dos bebês. Por fim, os nossos resultados indicam que o comportamento materno e comportamento infantil são afetados pelo peso gestacional e idade gestacional à nascença, pelo Apgar do bebê e pelo número de dias de internamento.

Os resultados, embora não generalizáveis, indicam que, para além dos riscos de saúde e comorbilidades associadas à prematuridade, estas díades também se debatem com dificuldades no estabelecimento de uma relação positiva, prazerosa e recíproca que contribua para o desenvolvimento do bebê.

O presente estudo associa-se a um corpo de conhecimento que indica que a sensibilidade materna deve ser um aspeto central da intervenção precoce com bebês prematuros, desde o seu nascimento.

**Palavras Chave:** *Extrema Prematuridade; Relação Diádica; Sensibilidade Materna; Cooperação Infantil; Infância*

# ABSTRACT

Maternal sensitivity affects mother-infant attachment and, thereby children development. However, little research was performed in Portugal, particularly with extremely preterm infants (less than 32 weeks of pregnancy). This study investigates the quality and continuity mother-infant quality of interactions in dyads with of extremely preterm infants. For this purpose, 20 mother-infant dyads were recruited and observed, in free play interactions, at 3 and at 9 months. The participants were mother-infants dyads with extremely preterm infants (12 girls and 8 boys, mean of 30.7 weeks of gestational age (GA) and 1385.95 g of gestational weight (GW).

Compared with other Portuguese studies with full term infants and with infants born with 32 to 36 weeks of GA, in our sample with extremely preterm, the mean of maternal sensitivity and infant cooperation is quite low during free interaction at both 3 and 9 months. In addition, the study indicates a strong association and continuity amongst maternal behaviors at 3 and 9 months. The same association and continuity of behavior, from 3 to 9 months, are observed in infant's behavior. Finally, our results indicate that maternal and infant behavior are affected by: GA, GW, Apgar score and the number of days of hospitalization.

The results, although not generalizable, indicate, in addition to the health risks and comorbidities associated with prematurity, that these dyads also struggle with difficulties in establishing a positive, pleasant and reciprocal relationship that contributes to children development.

This study is in line with a body of knowledge that indicates that maternal sensitivity must be a central aspect for early intervention practices with prematurely born infants.

**Keywords:** *Extreme Prematurity; Dyadic Relationship; Maternal Sensitivity; Infant Cooperation; Infancy*

# 1. INTRODUÇÃO

| ' ' | | ' ' |

A presente dissertação inclui-se no projeto de investigação “*Vinculação em bebês prematuríssimos: o impacto dos fatores perinatais, da autorregulação infantil, da sensibilidade materna e do desenvolvimento infantil*”, financiado pela FCT-Ministério da Ciência e Tecnologia (PTDC/MHC-PED/1424/2014). A orientação científica do projeto é da responsabilidade da Professora Doutora Marina Fuertes, sendo a restante equipa composta por: Dionísia Lamônica, Edward Tronick, Isabel Paz, João Moreira, Marjorie Beeghly, Maria João Alves, Margarida Santos, Miguel Barbosa, Pedro Lopes dos Santos, Rita Almeida e Sandra Antunes.

O projeto de investigação original pretende pesquisar numa amostra de 80 bebês nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas a sua autorregulação comportamental e autonómica (através das respostas cardíacas) do bebé no Face to Face Still-Face (FFSF), bem como a qualidade de interação mãe-filho(a) em jogo livre, aos 3 e 9 meses de idade corrigida dos bebês. Adicionalmente, pretende-se verificar o impacto destas variáveis independentes na qualidade da vinculação (segura, insegura e desorganizada) avaliada na Situação Estranha (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) aos 12 e 18 meses. Colocou-se como hipótese que a autorregulação e a qualidade da interação mãe-filho(a) contribuem independentemente para a qualidade da vinculação.

A sensibilidade materna e a qualidade da vinculação estabelecidas com o bebé são essenciais para promover o desenvolvimento saudável e equilibrado. No caso de bebês de pré-termo, essas interações são ainda mais significativas, de modo a apoiar as problemáticas associadas à prematuridade. Enquanto estudante da intervenção precoce, a minha motivação para estudar este tema deveu-se ao interesse em trabalhar com as famílias, desenvolver uma melhor capacidade de análise sobre as interações entre a mãe e o bebé e perceber as diferenças nas interações com bebês de pré-termo.

O presente estudo tem assim, como principal objetivo, analisar a qualidade das interações em jogo livre entre a mãe e o bebé de extremo pré-termo (nascido antes das 32 semanas de gestação), aos 3 e aos 9 meses. Para o efeito, selecionamos aleatoriamente 20 díades do estudo original.

Assim, a análise das interações mãe-bebé pretende descrever a sensibilidade materna e cooperação infantil, bem como averiguar a continuidade dos comportamentos interativos maternos e infantis e associar os resultados com os dados demográficos. Em estudos anteriores, com bebés de termo, os valores de Sensibilidade Materna oscilaram entre 9.49 e 9.36, assim como, em amostras com bebés de pré-termo e em contexto de baixo nível socioeconómico, a Sensibilidade Materna variou entre 6.33 e 5.00.

A dissertação encontra-se organizada sob a forma de artigo que, depois de discutido em provas públicas, deverá ser submetido a uma revista indexada a uma base de dados, e do qual fazem parte: um resumo em português, um resumo em inglês, breve enquadramento teórico, objetivos do estudo, métodos utilizados, apresentação de resultados, análise e discussão dos resultados, considerações finais, limitações e sugestões para futuros estudos e as referências bibliográficas.

## 2. ESTADO DE ARTE

|' '' | | ''

Os pais mais sensíveis são descritos como atenciosos, respeitadores, motivadores e capazes de responder às necessidades dos seus filhos ou filhas (e.g. Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Grossmann, Spangler, Suess, & Unzner, 1985). Na maioria dos casos, dedicam mais tempo a brincar com os(as) seus(suas) os(as) filhos(as) e estabelecem com eles(as) relações de vinculação segura (Faria, et al. 2014).

A sensibilidade parental afeta o comportamento, socialização e bem-estar da criança, na medida em que as crianças com pais mais sensíveis tendem a apresentar melhor autorregulação em condições de stress, têm mais amigos, são sociáveis e apresentam relações de vinculação segura (Beeghly, Fuertes, Liu, Deloris, & Tronick, 2011).

Considerando o impacto da sensibilidade parental para o desenvolvimento e bem-estar da criança é compreensível que, cada vez mais, a sensibilidade dos pais seja uma área de Intervenção Precoce. Para todas as crianças, mas sobretudo aquelas que apresentam risco de atraso de desenvolvimento, a base relacional e as interações positivas são um importante apoio de base às aprendizagens e um estímulo à resiliência (Fuertes & Lopes-dos-Santos, 2003).

No caso do bebé muito ou extremamente (nascido com menos de 32 semanas de gestação) prematuro, este aspeto reveste-se de grande importância na medida em que a relação com a sua figura de vinculação é diferenciada desde o nascimento (Antunes, Fuertes & Moreira, 2020). O nascimento muito prematuro e não previsto, que ameaça a sobrevivência do recém-nascido e que pode deixar sequelas, dá início à relação. Algumas mães relatam esse momento como traumático (Almeida et al, 2018; Gonçalves et al., 2020). No estudo de Almeida e colegas (2018) acerca das representações maternas “a grande maioria das mães dos bebés de pré-termo afirmou ter temido pela vida do seu bebé e as mães dos bebés de extremo pré-termo afirmou ter experimentado um sentimento de choque/pânico à notícia da prematuridade” (p. 157).

Seguidamente, o bebé muito ou extremamente prematuro viverá semanas de internamento em cuidados intensivos privado dos cuidados maternos típicos. A mãe, por seu lado, aguarda o momento de cuidar e viver com o seu bebé. Após a alta, os pais terão

a tarefa de cuidar de um bebê mais frágil do ponto de vista de saúde e de estabelecer uma relação afetiva. Assim, importa estudar e compreender esta relação mãe-filho/a e pensar formas de apoiar esta relação.

## **2.1. Vinculação Segura e Sensibilidade Materna**

Na sua dissertação, Fuertes (2004) indica que Bowlby (1969/1982) define a vinculação enquanto um sistema comportamental, de origem instintiva, que permite estabelecer, desde o nascimento, relações afetivas que perduram no tempo com determinadas figuras nomeadamente entre o bebê e a mãe. No mesmo sentido, Almeida e colegas (2018) afirmam que “O estabelecimento da vinculação é um fenómeno universal na espécie humana, uma vez que o ser humano vem equipado com um sistema de comportamentos instintivos que lhe permitem estabelecer uma relação privilegiada com a figura materna” (Almeida et al., 2018, p. 161).

Assim, o processo da construção da vinculação é iniciado desde cedo e rapidamente o bebê participa nas interações com a mãe: “Por volta dos três meses, o bebê já é um competente parceiro interativo capaz de ajudar a regular as interações com uma grande diversidade de comportamentos que se começam a organizar em estratégias (padrões) interativos.” (Fuertes & Luís, 2014, p. 2).

Antes mesmo de adquirir outras competências humanas básicas (e.g., marcha ou linguagem), o cérebro dá prioridade à construção de uma estratégia afetiva e à capacidade de vinculação. Esta servirá de base para a construção da autoconfiança, confiança nos outros e autorregulação do bebê (Fuertes e Luís, 2014).

Em 1979, Ainsworth definiu dois tipos de interação entre a mãe e o bebê: base segura base e insegura (ou ansiosa). No caso da primeira, vinculação segura, o bebê sente confiança na mãe e, quando se sente em perigo, sabe que a mesma lhe vai servir de apoio, o que faz com que a criança se sinta segura o suficiente para explorar o que a rodeia. Por seu lado, a vinculação insegura é resultado (entre outros fatores) de uma resposta materna de baixa qualidade, imprevisível e/ou ausente, o que leva a que o bebê se sinta ansioso e, conseqüentemente, esteja em constante busca de proximidade com a mãe,

independentemente se se sente em perigo ou não, o que naturalmente diminui a exploração do meio envolvente.

Adicionalmente, Bowlby (1969) descreveu enquanto princípio central na teoria da vinculação evolutivo-etológica que, quando as crianças se sentem em situações de perigo, usam as referências da vinculação como “refúgio seguro”; as mesmas referências de vinculação, em situações em que a criança explora o ambiente envolvente sem qualquer perigo, servem de “base segura” para o bebé.

Assim, para diversos investigadores da vinculação (Ainsworth, Bell e Stayton, 1974, Bowlby, 1969, citados em Fuertes, Lopes-dos-Santos, Beeghly & Tronick, 2009), a sensibilidade materna é essencial para o estabelecimento da relação segura mãe-filho/a (Bigelow, Maclean, Proctor, Myatt, Gillis & Power, 2010, citados em Serradas, Tadeu, Soares & Fuertes, 2016).

## **2.2. O conceito de Sensibilidade Materna**

A sensibilidade materna foi investigada por Ainsworth e colegas na década de 70 (Ainsworth, Waters, & Wall, 1978, citado por Rodrigues, 2017), tendo sido definida enquanto a capacidade de a mãe responder aos sinais que o seu bebé lhe transmite, reconhecendo-os, interpretando-os e dando-lhes uma resposta apropriada. Uma vez que corresponde a uma interação com o bebé, esta capacidade desenvolve-se na relação com o outro, através das interações e trocas diárias entre a mãe e o(a) filho(a) (Serradas, et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (2004, citado em Aguiar, 2006) definiu sensibilidade materna como:

A capacidade de estar atento à criança e de estar consciente das suas ações e vocalizações como sinais que comunicam necessidades e desejos. De acordo com esta organização, a sensibilidade constitui um constructo relacional (e não uma mera característica da mãe), função da capacidade da criança para comunicar estados emocionais e comportamentais de forma clara e consistente (p. 39).

De acordo com van den Boom (1997), a sensibilidade materna não pode ser analisada separadamente, uma vez que é produto de uma interação entre ambos os intervenientes (mãe e criança). Assim, a sensibilidade materna deve ser encarada enquanto uma construção diádica, pois resulta de uma influência bidirecional (van den Boom, 1997; Beeghly et al., 2011; citados por Rodrigues, 2017).

Ainsworth, Bell e Stayton (1974, citados por Rodrigues, 2017) estabeleceram quatro elementos da sensibilidade materna: i) atenção aos sinais do bebé; ii) interpretação correta dos sinais; iii) resposta adequada; iv) resposta pronta, de forma a que não seja interpretada enquanto contingente. Para Beeghly et al. (2011), a sensibilidade materna pressupõe um sistema de comunicação mãe-bebé, que implica uma construção diádica baseada na interação, influenciada por diversos indicadores. Deste modo, a comunicação entre a mãe e a criança é um sistema de regulação diádico constituído por três subsistemas: mãe, criança e ambos.

Idealmente uma mãe com comportamentos sensíveis deve apresentar uma voz calorosa, com timbre variado, expressão facial aberta e sorridente, toque afável e trocas afetivas calorosas, jogo adequado às capacidades e humor do bebé e com disponibilidade para interpretar os sinais do bebé: “uma voz calorosa, um timbre variado e consonante com a actividade e humor da criança conjugado com uma expressão facial aberta, sorridente e disponível compõem uma atmosfera convidativa à participação da criança e demonstram aceitação materna.” (Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa, Corval e Figueiredo, 2009, p. 136).

Vários estudos comprovam que demonstrações de sensibilidade materna estão associadas a comportamentos infantis positivos e de cooperação na relação, tal como é o caso do estudo de Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa e colegas (2009): “à exceção da categoria materna “posicionamento e manipulação”, as outras categorias analisadas do comportamento materno do tipo sensível surgiram quase sempre correlacionadas com as categorias do comportamento infantil cooperativo.” (Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa, et al., 2009, p. 133). O contrário também se verifica, isto é, comportamentos maternos de intrusividade/controlo estão associados a comportamentos infantis de auto-conforto, submissão ou compulsão (Fuertes, Beeghly, et. al., 2009).

De acordo com Crittenden (2003), a sensibilidade materna refere-se à capacidade da mãe de interpretar o comportamento do bebê e, em função do mesmo, responder de forma adequada, aumentando o conforto e atenção do bebê. A autora considera a função dos comportamentos (e.g., satisfazer a criança, punir, motivar, confortar) mais do que comportamentos específicos. Por exemplo, um sorriso (aparentemente um comportamento positivo e adequado) que pode ser ou não adequado à interação diádica caso a criança esteja aflita ou a exibir uma reação exagerada de frustração. Assim, a autora apresenta uma abordagem diádica do conceito de sensibilidade em que cada comportamento materno (ou infantil) só pode ser interpretado à luz da sua função e no âmbito da interação diádica.

### **2.3. Fatores que influenciam a Sensibilidade Materna**

Naturalmente, fatores associados à mãe ou à família, tais como a sua saúde mental, personalidade, educação, historial familiar e estatuto profissional, nível socioeconómico, entre outros, influenciam a qualidade da interação com o bebê (e.g., Kochanska, 1997; Tarabutsy et al., 2005, citados por Serradas et. al, 2016). Os mesmos autores, Serradas e colegas (2016) afirmam que

A investigação tem demonstrado que a sensibilidade materna é resultante de várias influências contextuais que podem ocorrer em contextos proximais e/ou em contextos mais distais. Assim sendo, a qualidade da interação diádica de crianças em risco ambiental poderá dever-se a vários fatores, nomeadamente à qualidade da relação conjugal, ao rendimento socioeconómico familiar, à situação de pobreza, à falta de redes de apoio social, entre outros. (Serradas, et al., 2016, p. 30)

Com efeito, o mesmo estudo (Serradas et al., 2016) com díades portuguesas revela que a sensibilidade materna pode ser influenciada por estes fatores familiares e sociais, tais como o rendimento socioeconómico da família. A referida investigação concluiu que mães sem condições de risco assinaláveis (económicos e sociais) têm melhor qualidade

de interação com os seus bebés, sendo mais evidente nos critérios de expressão facial e afetiva e no posicionamento e manipulação.

A relação conjugal influencia, de igual modo, a qualidade de interação entre a mãe e o bebé (Corwyn & Bradley, 199, citado em Aguiar, 2006). Beeghly et al. (2011) verificaram que pais com menos rendimentos financeiros tendem a ser mais coercivos e usar mais frequentemente a disciplina física. Neste sentido, Faria, Lopes-dos-Santos e Fuertes (2014) encontram uma associação entre a sensibilidade materna e a pobreza, uma vez que mães inseridas em famílias com contextos socioeconómicos mais favoráveis apresentavam maior sensibilidade materna.

O estudo de Serradas e colegas (2016) indicou que mães em situações estáveis em termos de empregabilidade têm melhor qualidade interativa, em comparação com mães no desemprego: “As mães empregadas, comparativamente às mães desempregadas, apresentaram uma pontuação mais elevada na média global da MINDS, bem como melhor qualidade interativa com a criança a nível de expressão facial, expressão afetiva posicionamento/manipulação e reciprocidade.” (Serradas, et al., 2016, p. 28). No mesmo estudo, filhos(as) de mães com emprego também apresentaram melhores pontuações nos critérios de posicionamento e manipulação, afetividade e qualidade de jogo, quando comparados com bebés de mães desempregadas.

Outra pesquisa de Fuertes, Faria, Soares e Crittenden (2009) indicou que a sensibilidade materna é superior em mães de bebés de termo (nascidos depois das 36 semanas de gestação) e com estatuto socioeconómico médio. Quando comparados bebés de pré-termo nascidos em famílias com baixos rendimentos e em famílias de nível socioeconómico médio, estas últimas obtiveram níveis superiores de sensibilidade materna, apresentando-se as mães como mais atenciosas, afetuosas e responsivas, tendo as crianças deste grupo apresentado resultados equivalentes.

Porém, a mesma investigação revelou que os níveis de sensibilidade materna eram iguais quando comparadas as famílias de nível socioeconómico baixo de bebés de termo e de pré-termo, tendo as mães com menos rendimentos familiares apresentado menor sensibilidade materna e cujos seus bebés se comportaram menos cooperativamente. Os

mesmos autores mostraram que mães pertencentes a um nível socioeconómico médio com bebés de pré-termo mostraram-se mais sensíveis e com filhos(as) com mais comportamentos cooperativos, quando comparadas com mães de nível socioeconómico mais baixo e com bebés de termo.

Por outras palavras, o stress económico pode condicionar o comportamento materno, tendo em consideração que pais preocupados com questões económicas têm menos capacidade para interagir adequadamente com os(as) seus(suas) filhos(as). As mães sem condições de risco foram mais atenciosas, afetuosas e responsivas, tendo, de igual modo, as crianças pertencentes a esse grupo sem risco apresentado resultados equivalentes, isto é, comportamentos cooperantes (Fuentes, Faria, Soares, & Crittenden, 2009).

Todavia, não foram encontradas diferenças significativas na sensibilidade materna entre crianças de termo e pré-termo em famílias de nível socioeconómico mais baixo. Assim, os resultados indicamz que existem fatores de risco, neste caso a condição económica das famílias, que parecem ter tanta influência na relação mãe-filho como a acumulação da prematuridade com o nível socioeconómico mais baixo (Fuentes, Faria, Soares, & Crittenden, 2009).

Segundo as mesmas autoras, “the economic factor by itself seems to affect mother-infant interaction as much as two risk conditions aggregated, in his case, premature birth and low income.” (Fuentes, Faria, Soares, & Crittenden, 2009, p. 7). Deste modo, o nível socioeconómico é um fator com impacto na relação mãe-filho e, por sua vez, no desenvolvimento da criança, tendo em conta que este último é fruto das interações que a criança estabeleceu e pelas experiências no contexto familiar e social (Fuentes, Faria, Soares, & Crittenden, 2009).

Adicionalmente, a pesquisa de Serradas e colegas (2016) indicou que mães com mais anos de escolaridade apresentam níveis superiores de sensibilidade. Noutro estudo (Rodrigues, Ribeiro, Lamônica, Santos, & Fuentes, 2018) verificou-se igualmente uma associação positiva entre a sensibilidade materna e a idade e anos de escolaridade

paternos, ou seja, quanto mais velhos e com mais anos de escolaridade tinham os pais, maior sensibilidade materna era demonstrada pelas mães.

Porventura, estes pais dão mais apoio às mães e contribuem para um contexto familiar mais coeso e com maior apoio mútuo. No mesmo sentido, outro estudo de Fuertes, Faria, Soares e Crittenden (2009) evidenciou que os anos de escolaridade parecem ter uma influência na interação mãe-filho, na medida em que mães com menos anos de escolaridade apresentaram tendencialmente comportamentos mais intrusivos e proporcionaram jogos menos adequados.

Noutro estudo (Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa, et al., 2009), mães com mais anos de escolarização, apesar de terem sido mais diretivas, propuseram um jogo mais adequado ao nível de desenvolvimento dos(as) seus(suas) filhos(as) e, nesse sentido, filhos(as) de mães mais letradas e com estatuto socioeconómico mais elevado participaram mais na interação e mostraram-se mais atentos ao jogo desenvolvido. As mesmas autoras verificaram que mães mais novas tenderam a ser menos ativas no jogo livre com os(as) seus(suas) filhos(as) e propuseram menos atividades e tarefas pouco exigentes.

Na mesma investigação realizada por Fuertes e colegas (2009), a escolaridade materna afetou a forma como as mães interagiram e o próprio comportamento dos seus bebés:

Quanto mais elevada a escolaridade materna maior a sua directividade mas, por outro lado, mais adequado é o jogo por elas proposto. Por sua vez, as crianças contribuíram, para a brincadeira com atitude cooperativa. Por outro lado, quanto menos escolaridade possuem as mães maior a intrusividade física dos seus afectos. (Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa, et al., 2009, p. 135)

Fuertes e Santos (2016) sugerem que os anos de escolaridade dos pais têm impacto na relação com os filhos, uma vez que níveis mais baixos de escolaridade implicam maior dificuldade em garantir o sustento da família: “For parents with low levels of formal education, making resources available to raise a child can be a stressful task. Other

everyday situations and responsibilities are also likely to be more stressful for families with low economic resources.” (p. 178)

Dunst e Trivette (1988) mostraram a importância das redes de apoio familiar para a sensibilidade materna, uma vez que a falta destes apoios estava associada à ausência de jogo de faz-de-conta, jogo verbal e jogo exploratório na interação mãe-criança. De igual modo, o estudo sobre a sensibilidade materna de Serradas e colegas (2016) indicou que a falta de apoio intrafamiliar também afetava a sensibilidade materna, uma vez que este fator se associava a uma menor frequência e qualidade das interações mãe-bebê.

Beeghly et al. (2011) refere que os fatores culturais têm também impacto na qualidade das interações entre a mãe e a criança. De facto, os níveis de sensibilidade materna não são iguais por todo o mundo e podem variar de acordo com os contextos culturais em que se inserem. Numa comparação entre as díades brasileiras e portuguesas com bebés de 9 meses de idade (Rodrigues, et al., 2018), ficou demonstrado que as mães brasileiras têm tendência a uma maior passividade do que as mães portuguesas: “os resultados indicaram que as mães brasileiras eram mais passivas do que as mães portuguesas. Por seu lado, os bebés brasileiros mostraram-se mais difíceis que os portugueses.” (p. 89). Porém, na mesma investigação, Rodrigues e colegas (2018) sugerem que estas diferenças possam não dever-se ao fator cultural, mas antes às diferenças socioeconómicas encontradas entre a amostra brasileira e portuguesa.

No mesmo estudo, a sensibilidade materna correlacionou-se com a cooperação infantil enquanto o controlo materno se correlacionou com compulsão infantil. Por outras palavras, os autores conseguiram verificar que, em situações de interação livre, mães com comportamentos sensíveis obtêm respostas cooperantes dos seus bebés, do mesmo modo que com mães mais intrusivas e controladoras se verificam mais comportamentos submissos por parte dos bebés. (Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa, et al., 2009; Fuertes, Faria, Soares, & Crittenden, 2009).

Por fim, importa referir que a sensibilidade materna também é afetada por características das crianças. Por exemplo, no estudo de Serradas e colegas (2016) verificou-se que “as mães tendiam a ser mais sensíveis com as meninas do que com os

meninos, particularmente no que diz respeito às respostas faciais, afetivas, diretividade, reciprocidade e qualidade de jogo.” (p.28). Quanto à corroboração da importância do género da criança no comportamento das mães, Fuertes, Lopes-dos-Santos, et. al (2009) verificaram também a existência de uma relação entre a sensibilidade materna e o género do bebé: mães de meninas foram mais diretivas, enquanto os meninos mostraram comportamentos mais difíceis durante o procedimento. Porventura, a representação materna dos papéis associados ao género afeta a sua forma de agir.

Em suma, é possível verificar que a sensibilidade materna é uma capacidade da mãe para interagir com o seu bebé, que afeta, naturalmente, o comportamento infantil e que pode ser condicionada por múltiplos fatores, pessoais, económicos, sociais e/ou culturais. Numa perspetiva transacional (Sameroff & Fiese, 2000), tendo em consideração que o desenvolvimento é entendido como o resultado das interações continuadas ao longo do tempo com os diversos contextos (familiar e social), a sensibilidade materna vai influenciar diretamente a forma como o bebé se relaciona com o ambiente à sua volta, como interpreta as suas experiências e conseqüentemente interferir no seu desenvolvimento. Uma vez que a sensibilidade materna também é consequência da interação das várias condicionantes acima descritas, este será um fator de elevada importância no desenvolvimento infantil.

## **2.4. Prematuridade**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o bebé prematuro ou de pré-termo nasce antes de completar as 37 semanas de idade gestacional, independentemente de outros fatores, como o peso gestacional. Frequentemente os bebés de pré-termo necessitam de cuidados médicos assim que nascem e poderão ter de permanecer em internamento algum tempo, dependendo do seu estado de saúde, de forma a conseguirem assegurar três funções básicas para a sua sobrevivência: temperatura corporal, respiração e alimentação (XXS – Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro, s.d.). Dentro da prematuridade, a OMS (2018) definiu uma categorização que distingue os bebés de pré-termo conforme a idade gestacional:

- Pré-termo limiar: bebé nascido entre as 33 e as 36 semanas de gestação;
- Prematuro moderado: bebé nascido entre as 28 e as 32 semanas de gestação;
- Prematuro extremo: bebé nascido antes das 28 semanas de gestação.

Adicionalmente, o National Health and Reserarch Council ([NHRC], 2000, citado por Antunes, Fuertes & Moreira, 2020) apresenta uma classificação da prematuridade, tendo em consideração o peso à nascença:

- Entre 1500g e 2500g – baixo peso ao nascer;
- Entre 1000g e 1500g – muito baixo peso ao nascer;
- Menos de 1000g – extremamente baixo peso ao nascer.

A viabilidade de sobrevivência de um bebé nascido de pré-termo é influenciada pelo seu peso gestacional, problemas de saúde significativos presentes no nascimento e idade gestacional, sendo esta última uma das mais impactantes, uma vez que determina a maturidade dos órgãos e corpo do bebé. De um modo geral, as sequelas da prematuridade na vida de um bebé são imprevisíveis. (XXS – Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro, s.d.)

Anualmente, estima-se que nasçam 15 milhões de bebés de pré-termo por todo o mundo (OMS, 2018). A taxa de nascimentos de bebés de pré-termo varia entre 5% a 18% dos recém-nascidos nos 184 países estudados pela OMS (2018). Esta variação é justificada pelas diferenças internas dos vários países, tendo em consideração que a taxa de prematuridade, nos países desenvolvidos, é de 8%, comparativamente a 12% nos países em desenvolvimento (OMS, 2018). Na Europa a taxa de prematuridade varia entre 5 e 9% (Goldernberg, Cullane, Iams, & Romero, 2008). Em Portugal, a taxa de prematuridade é de cerca de 8% e, no caso de prematuros abaixo das 32 semanas, ronda os 1,2% (Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, s.d.).

As causas para o parto prematuro podem ser diversas. A maior parte dos casos, acontece espontaneamente, mas alguns partos prematuros devem-se a indução médica ou realização de parto por cesariana (OMS, 2018). Paralelamente, diversos fatores podem levar ao parto prematuro, tais como fatores de risco epidemiológicos (maternos, paternos ou fetais), ambientais (socioeconómicos, psicossociais, stress, infeções, alimentação ou

poluição) e genéticos ou epigenéticos (Murphy, 2007; Frey & Klebanof, 2016; Mendz et al., 2013; citados por Antunes, Fuertes, & Moreira, 2020). Dois dos fatores mais frequentes são a gravidez de gêmeos ou a hemorragia vaginal, decorrente do descolamento da placenta (Antunes, et al., 2020). Importante, sublinhar que a probabilidade de repetição de partos prematuros por mulher é de 17% (sem outros riscos adicionados) a 40% (e.g., mães com problemas de saúde) (Antunes, et al., 2020).

A prematuridade é uma das principais causas da mortalidade infantil no mundo, em crianças com menos de 5 anos (Liu, Oza, Hogan, Chu, Perin, Zhu et. al, 2016, citado por Antunes, et al, 2020). Os bebês com baixo peso gestacional ou com idade gestacional inferior a 32 semanas tendem a apresentar alterações neurológicas e revelar atrasos de desenvolvimento durante os primeiros anos de vida (Voigt, Pietz, Pauen, Kliegel & Reuner, 2012, citado por Antunes, et al., 2020)

Apesar da resiliência em diversos casos de prematuridade, em que cerca de 30% dos bebês se desenvolvem sem apoios e de forma saudável (Green, Darbyshire, Adam, & Jackson, 2015), o nascimento prematuro de um bebê pode afetá-lo em quatro áreas principais: saúde geral, neurodesenvolvimento, comportamento e desenvolvimento socio-emocional (Antunes, et al., 2020).

Os bebês nascidos prematuramente apresentam alterações no peso, altura, perímetro cefálico e braquial (Arnaud et al., 2008). O bebê de pré-termo e com baixo peso gestacional está mais sujeito a sofrer de hemorragia intraventricular, cuja principal consequência é a paralisia cerebral do tipo diplegia espástica (Lamônica & Ferraz, 2007). Com efeito, as lesões cerebrais e o seu impacto no neurodesenvolvimento do bebê são as complicações que mais influências podem ter no desenvolvimento de uma criança (Antunes, et al., 2020).

Com efeito, bebês nascidos antes das 32 semanas encontram-se mais sujeitos a problemas neurológicos, como a hemorragia intraventricular, que surge em 27% dos bebês com peso gestacional inferior a 1500g (Allen, 2013, citado por Antunes, et al., 2020). A hemorragia intraventricular consiste no sangramento para o sistema ventricular,

causado pelo rompimento dos vasos sanguíneos no tecido da matriz germinativa do cérebro (Allen, 2013, citado por Antunes, et al., 2020).

As hemorragias intraventriculares são categorizadas por 4 graus, classificadas do menos para o mais grave, e sucede, em 90% dos casos, durante os três primeiros dias após o nascimento (Allen, 2013, citado por Antunes, et al., 2020). Embora os dois primeiros graus das referidas hemorragias sejam os mais comuns e não deixem sequelas a longo prazo, em 60% dos bebês de pré-termo com hemorragias de grau III e IV verificaram-se alterações cognitivas (Payne et al., 2013, citado por Antunes, et al., 2020).

A alimentação pode ser um fator de grande importância no crescimento do bebê de pré-termo, uma vez que bebês nascidos antes das 32 semanas apresentam necessidades nutricionais mais exigentes (Bhatia & Parish, 2009, citados por Antunes, et al., 2020), sendo fundamental ter-se em consideração a sua idade e peso gestacional, tolerância alimentar, capacidade de absorção do intestino, entre outros (Wackernagel, Bruckner, & Ahlsson, 2015, citados por Antunes, et al., 2020).

No caso de alterações no crescimento, por um lado, as consequências mais comuns de se verificarem nos bebês de pré-termo são displasia broncopulmonar (Wemhoner, Ortner, Tschirch, Strasak, & Rudiger, 2011, citados por Antunes, et al., 2020), retinopatia da prematuridade (Hellstrom et al., 2009, citado por Antunes, et al., 2020), alterações no neurodesenvolvimento (Wemhoner et al., 2011, citado por Antunes, et al., 2020). Por outro lado, as complicações derivadas de alterações no crescimento detetadas a longo prazo podem ser variadas, tais como baixa massa óssea, diabetes, doença coronária ou morte precoce (Wemhoner et al., 2011, citado por Antunes, et al., 2020).

Tal como referido, a displasia broncopulmonar é bastante frequente em bebês de pré-termo, nascidos antes das 32 semanas, e que consiste numa necessidade acrescida de oxigénio, resultante da reduzida área para a realização das trocas gasosas (Greenough, 2013). Esta é a causa para que 73% de bebês de pré-termo retornem ao internamento hospitalar durante os seus dois primeiros anos de vida (Greenough et al., 2006).

Nos três domínios de desenvolvimento verificam-se consequências resultantes da prematuridade. No domínio motor, os bebês de pré-termo parecem mais suscetíveis a

desenvolverem perturbações devido a fatores biológicos (como, por exemplo, a interrupção da maturação cerebral típica no útero) e ambientais (tal como as restrições posturais durante os cuidados neonatais intensivos) (Sansavini et al., 2014).

No domínio da linguagem e comunicação observam-se dificuldades na linguagem recetiva e expressiva (Pedromônico, 2006; Pereira & Funayama, 2004), bem como na coordenação oculomotora, planeamento, organização e formação de conceitos verbais, pensamento associativo e capacidade de síntese (Smith, DeThorne & Logan, 2014; Spittle et al., 2015, citado por Antunes, et al., 2020).

As crianças de pré-termo apresentam maior probabilidade de expressar atrasos ou alterações de desenvolvimento cognitivo, algumas também decorrentes de problemas de visão/audição, motores e comportamentais (Spittle, Orton, Anderson, Boyd & Doyle, 2015; Smith, DeThorne, & Loga, 2014, citados por Antunes, Fuertes & Moreira, 2020). Crianças prematuras sem alterações neurológicas podem também apresentar perturbações no desenvolvimento cognitivo e linguístico durante os primeiros anos de vida (Sansavini et al., 2011 citado por Antunes, et al., 2020), que podem estar relacionados com a imaturidade neurológica consequente do nascimento prematuro (Riechi, Moura-Ribeiro, & Ciasca, 2011).

As consequências da prematuridade nos comportamentos das crianças são frequentemente detetáveis em idade escolar (Spittle et al., 2015; Smith et al., 2014, citados por Antunes, et al., 2020), podendo estar simultaneamente relacionadas com o baixo desempenho escolar frequente nestas crianças (Loe, Lee, Luna, & Feldman, 2011, citado por Antunes, et al., 2020). As problemáticas comportamentais estão, na maioria dos casos, associadas à hiperatividade, défice de atenção (Spittle et al., 2015 citado por Antunes, et al., 2020), problemas sociais, depressão (Jeyaseelan et al., 2006, citado por Antunes, et al., 2020), ansiedade, transtorno de oposição e impulsividade (Loe et al., 2011, citado por Antunes, et al., 2020).

Por fim, na área socio-emocional as crianças nascidas prematuramente tendem a apresentar menos competências sociais e mais dificuldades na interação e reciprocidade, quando comparadas com crianças de termo. Estudos indicam que os bebés de pré-termo

apresentam mais dificuldades na interação social com as mães, tendo em consideração que são descritos como menos alertas e menos responsivos (Fuertes, Beeghly, et al., 2011). Este facto também poderá estar relacionado com a perceção materna acerca do temperamento infantil, uma vez nas investigações em que as mães descreveram como menos positivo o temperamento dos seus bebés, houve uma maior tendência para o padrão de vinculação insegura (Fuertes, Lopes-dos-Santos, Beeghly, & Tronick, 2009; Fuertes, Faria, Fink, & Barbosa, 2011).

Com efeito, o bebé nascido prematuramente é descrito como menos organizado, menos alerta e menos responsivo, quando comparado com bebés de termo (Fuertes, Beeghly, et al., 2009; Seixas, Barbosa, & Fuertes, 2017). Adicionalmente, estudos referem que bebés de pré-termo têm mais dificuldade na participação durante a interação com a mãe (revisão em Fuertes, Beeghly, et al., 2009) e demonstram menos afeto positivo e mais comportamentos orientados para o autoconforto (Seixas, et al., 2017).

## **2.5. Vínculo mãe-filho(a) em bebés de pré-termo**

Tal como mencionado anteriormente, o bebé de pré-termo pode apresentar várias características e dificuldades que interferem nas suas trocas sociais. Em díades com bebés de pré-termo observa-se uma tendência superior para o padrão de vinculação inseguro (Fuertes, Lopes-dos-Santos, et al., 2009), especialmente quando associados a problemas socioeconómicos (Fuertes, Faria, Soares, & Crittenden, 2009) ou baixos valores nos dados de nascimento, como a Idade e/ou Peso Gestacional (Fuertes, Beeghly, et al., 2009). A prematuridade tem impacto na maternidade, uma vez que as mães apresentam mais medo, ansiedade e preocupação (Fuertes, et al., 2011; Almeida et al., 2018), o que pode ter efeito na sensibilidade materna e causar o aumento da tendência para o estabelecimento do padrão de vinculação inseguro com o bebé de pré-termo (Almeida et al., 2018).

Adicionalmente, com os pais, o afastamento devido à necessidade dos cuidados de saúde, os problemas de saúde e a possibilidade de perigo de vida são fortes potenciadores do stress parental: “Os pais do bebé prematuro lidam com várias

dificuldades ao nível da saúde e bem-estar do seu filho e, afastamento precoce no caso de ser internado numa UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais) e “habitar na incubadora”” (Almeida et al., 2019, p. 160). Com as exigências da prematuridade, as díades entre os pais e os bebés podem naturalmente ter mais dificuldade nas interações e na construção de uma relação positiva, o que, por sua vez, vai ter impacto no desenvolvimento do bebé a longo prazo (Linhares, 2015, citado por Antunes, et al., 2020).

A prematuridade tem impacto na forma como a mãe lida com o bebé. Um estudo levado a cabo por Almeida e colegas (2018), cujo objetivo era averiguar e comparar as representações maternas com bebés de termo, pré-termo e extremo pré-termo, indica que a aceitação da prematuridade e todos os processos associados podem condicionar as representações acerca da maternidade e do seu bebé, tornando as mães excessivamente protetoras e intrusivas. Eventualmente, esta poderá também ser uma estratégia materna para tentar compensar as consequências da prematuridade nos seus bebés (Almeida et al., 2018).

De igual modo, as preocupações relativas à saúde dos(as) filhos(as), reportadas pelas mães de bebés de pré-termo, podem também ser uma explicação para o comportamento intrusivo verificado nas mães de bebés de pré-termo (Fuertes, et al., 2011). Chiodelli e colegas (2020) justificam o comportamento materno no seu estudo com bebés de pré-termo como uma estratégia de interação: “mothers used physical contact to attract their infants attention, calm them down and engage them again in the interaction, and once the interaction was re-established, physical contact diminished.” (Chiodelli, et al., 2020, p.10). Por outras palavras, as mães dos bebés de pré-termo interagiram de forma mais intrusiva enquanto uma forma de envolver o bebé na interação e acalmá-lo, quando necessário.

As mães com bebés de pré-termo, quando comparadas com mães de bebés de termo, apresentam maior tendência para representações menos positivas acerca dos comportamentos dos bebés, mais preocupações quanto ao estado de saúde dos filhos(as) e mais representações negativas acerca da gravidez (Fuertes, et al., 2011). Segundo Fuertes e colegas (2011), no estudo sobre as representações maternas em mães de bebés de pré-termo e a qualidade da vinculação nessas díades, as representações menos

positivas, por sua vez, podem ser também um fator que leva a que as mães tenham comportamentos mais intrusivos: “these mothers were concerned about their infant’s health and development. These worries reported by mothers of prematurely born infants may contribute to some of the anxiety and intrusiveness that these mothers often present.” (p. 84).

Na investigação de Gonçalves e colegas (2020), as mães de bebês de extremo pré-termo mostraram dificuldades na caracterização do temperamento do seu bebê. Os autores sugerem que esta dificuldade pode estar relacionada com duas razões:

(1) the mothers’ emotions and their main focus on their newborn struggle for survival in the immediate moment which prevent them from being sensitive to other characteristics of their baby; (2) by the physical immaturity of the very preterm newborn which, as reported in other studies, results in greater difficulty for parent-newborn interaction. (p. 9)

Porém, verificou-se que as mães de bebês de pré-termo eram tão confiantes quanto às suas capacidades de estabelecer relações positivas(as) com os filhos(as) como as mães de bebês de termo (Fuertes, et al., 2011; Almeida et al, 2018). Os investigadores justificam esta confiança com o facto de as mães de bebês de pré-termo não terem ainda conseguido antecipar as dificuldades que o futuro lhes pode trazer, o que se pode dever ao foco das mães nos cuidados a fornecer aos seus bebês de pré-termo e na sua sobrevivência (Almeida et al., 2018)

Contudo, na mesma investigação de Almeida et al. (2018), foi demonstrado que mães mais velhas e com mais anos de escolaridade sentiam mais receios face à prematuridade, dado que perspetivavam mais dificuldades nos cuidados ao seu bebê. Os autores especularam que tal se devia ao facto destas mães estarem mais esclarecidas e mais conscientes sobre futuras dificuldades.

No mesmo estudo, verificou-se que as mães mais velhas e com menos anos de escolaridade assumiram mais medo na notícia da prematuridade. As variáveis referentes aos anos de idade materna e anos de escolaridade materna foram indicados anteriormente enquanto fatores que influenciam a sensibilidade materna. Os autores reforçam que “a

baixa literacia em mães que têm de lidar com serviços de saúde especializados, e procurar a melhor resposta para o seu bebé, pode constituir uma adversidade acrescida à prematuridade.” (Almeida et al., 2018, p. 159).

As complicações de saúde associadas à prematuridade fazem com que, frequentemente, os pais sintam que os(as) seus(suas) filhos/as pertencem às equipas médicas, deixando-os com sintomas de trauma, o que, em parte, justifica a maior incidência de relações de vinculação do tipo insegura em amostras de bebés de pré-termo e extremo pré-termo (Almeida et al., 2018). Porém, no mesmo estudo (Almeida et al., 2018) não se verificaram diferenças significativas entre a qualidade do vínculo de bebés de termo e pré-termo, observado no paradigma experimental Situação Estranha.

A qualidade da vinculação parece estar relacionada com a representação materna do temperamento dos bebés. Em diversos estudos verificou-se que a maior parte das mães de bebés de termo caracteriza o seu bebé como calmo, em oposição às mães de bebés de pré-termo e extremo pré-termo (Fuertes, et al., 2011; Almeida et al., 2018; Gonçalves et al., 2020). As mães de bebés de termo estão fisicamente mais próximas dos(as) filhos(as), que não só têm tendencialmente mais competências de autorregulação, como não necessitam dos constantes cuidados médicos como os bebés de pré-termo e extremo pré-termo, o que, por sua vez, favorece a perceção das mães face ao seu temperamento (Gonçalves et al., 2020).

Tal como os autores explicam, a noção do temperamento do bebé influencia fortemente a qualidade da vinculação que se estabelece entre a mãe e o filho. Fuertes, Lopes dos Santos e colegas (2009) verificaram também uma relação entre díades com vinculação segura e o temperamento do bebé descrito pelas mães: “mothers of securely attached infants perceived their infants as being less difficult in temperament” (p. 328). Noutro estudo de Fuertes e colegas (2011), também se averiguou que os bebés categorizados com um temperamento menos difícil aos 9 meses tinham maior probabilidade de desenvolver uma vinculação segura observada aos 12 meses.

Nesse sentido, no mesmo estudo de Almeida e colegas (2018), os pais de bebés de pré-termo e extremo pré-termo passaram por situações com maiores níveis de stress

devido à notícia de um parto prematuro e pela ansiedade relativa à sobrevivência do filho. É importante reforçar o grande impacto que o fator stress tem na qualidade da vinculação mãe-bebé, o que acresce aos restantes problemas de saúde já existentes num bebé de pré-termo.

Esta vinculação insegura, por sua vez, pode ter diversos efeitos no desenvolvimento da criança, tais como instabilidade emocional, irritabilidade, hiperatividade, impulsividade, dificuldade de adaptação social e alterações cognitivas (Antunes et al., 2016, citado por Antunes, et al., 2020). Contudo, a probabilidade de estes efeitos sucederem pode ser reduzida quando se verificam fatores positivos relacionados com o bebé e com a família, tais como a saúde da criança, o nível socioeconómico familiar, saúde mental parental, entre outros (Fuertes, Faria, Soares, & Crittenden, 2009). Com efeito, o estabelecimento de um vínculo seguro com a mãe é essencial, por forma a atenuar os riscos negativos na prematuridade (Rugolo, 2005, citado por Antunes, et al., 2020).

## **2.6. A Intervenção Precoce**

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) foi fundado com o enquadramento no Decreto-Lei n.º 281/2009, publicado a 6 de outubro, numa junção entre os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde. O SNIPI tem como principal objetivo proporcionar a Intervenção Precoce na Infância, através de um combinado de medidas de apoio, não apenas focadas na criança, mas também na família. Estas medidas abrangem também ações de prevenção e de reabilitação nos vários âmbitos da educação, saúde e ação social (SNS, s.d.).

A Intervenção Precoce destina-se a crianças até aos 6 anos de idade “com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento” (DL n.º 281/2009, de 6 de outubro, p. 7298). Este sistema atua com base no pressuposto de que quanto mais cedo for a intervenção na vida da família e da criança, mais competentes se tornarão na sua

autonomia, participação na vida em sociedade e mais avanços se realizarão para corrigir as suas limitações (SNS, s.d.).

Assim, a identificação e sinalização dos casos deve ser realizada tão precocemente quanto possível, após as quais se seguem a elaboração de um plano individual. Este documento, produzido pelas equipas locais de intervenção, deve também ter em consideração as necessidades das famílias, orientando-as e estabelecendo um diagnóstico apropriado (DL n.º 281/2009, de 6 de outubro). Importa reforçar que o plano individual não contém apenas as problemáticas associadas à criança, mas também as suas forças e potencial de desenvolvimento, bem como quais as estratégias a adotar (DL n.º 281/2009, de 6 de outubro).

De acordo com o artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 281/009, de 6 de outubro, o SNIPI tem como objetivos:

- a) Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de acções de IPI em todo o território nacional;
- b) Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;
- c) Intervir, após a detecção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social. (DL n.º 281/2009, de 6 de outubro, p. 7299).

A intervenção é colocada em prática por Equipas locais designadas por Equipas Locais de Intervenção (ELI) que desenvolvem atividade ao nível municipal (NUTS III), podendo englobar vários municípios ou desagregar-se por freguesias. Estas equipas encontram-se sediadas nos centros de saúde, nos agrupamentos de escola, nas juntas de freguesia ou em IPSS convencionadas para o efeito. Compete às ELI:

- a) Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI;
- b) Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução;
- c) Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social;
- d) Elaborar e executar o PIIP em função do diagnóstico da situação;
- e) Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social;
- f) Articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil;
- g) Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;
- h) Articular com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI.

Para receber o apoio do SNIPI, são elegíveis as crianças até aos 6 anos de idade, e respetivas famílias, que se incluam nos seguintes grupos: apresentam **alterações nas funções/estruturas do corpo**, que não permitem o normal desenvolvimento e participação nas atividades diárias, tendo em consideração os referenciais de desenvolvimento próprios da idade e contexto social; encontram-se em **risco grave de atraso de desenvolvimento**, seja devido a condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais que pressupõem uma elevada possibilidade de atraso significativo no percurso de desenvolvimento (SNS, s.d.).

Todas as crianças que se enquadrem no primeiro grupo são diretamente elegíveis para receber os apoios do SNIPI. As crianças incluídas no segundo grupo têm de acumular, pelo menos, quatro fatores de risco biológico e/ou ambiental (SNS, s.d.).

De forma mais detalhada, quanto ao primeiro grupo, as alterações nas funções ou estruturas do corpo, podem ser, por um lado, devido a um **atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida**, incluindo uma ou mais áreas do desenvolvimento (e.g., motor, cognitivo, linguagem, social) e avaliado por um profissional designado para este fim (SNS, s.d.). Por outro lado, as mesmas alterações nas funções ou estruturas do corpo podem ser originadas por **condições específicas**, com base num diagnóstico (e.g., anomalia cromossómica, doença metabólica, défice sensorial, perturbações graves da vinculação) (SNS, s.d.).

Relativamente às crianças pertencentes ao segundo grupo, com risco grave de atraso de desenvolvimento, pode ser por acumulação de fatores biológicos e/ou ambientais. Os **fatores de risco biológico** assentam num diagnóstico que inclua, por exemplo, historial familiar de anomalias genéticas, complicações pré-natais severas, extrema prematuridade (abaixo das 33 semanas de gestação), muito baixo peso gestacional, asfíxia perinatal grave, complicações neonatais graves, entre outros (SNS, s.d.).

Os **fatores de risco ambientais** abrangem fatores parentais ou de contexto, que limitam as oportunidades da criança se desenvolver normalmente e dificultam o seu bem-estar (SNS, s.d.). Os fatores parentais podem ser mães menores de idade, historial de abuso de álcool ou estupefacientes, maus-tratos ativos ou passivos, doença do foro psiquiátrico ou incapacitante (SNS, s.d.). Os fatores relacionados com o contexto podem ser o isolamento (geográfico ou discriminação de qualquer tipo), pobreza, desorganização familiar ou preocupação acentuada relativamente ao desenvolvimento da criança, estilo parental ou interação da criança com os pais, relatada por uma pessoa diretamente relacionada com a criança (um dos pais, prestador de cuidados ou profissional de saúde) (SNS, s.d.).

Quando uma criança é elegível para usufruir do apoio da Intervenção Precoce, é necessário que as estratégias adotadas sejam o mais eficazes possível. Assim, de acordo com Guralnick (2005, citado por Fuertes e Luís, 2014), a intervenção deve ser realizada com base nos eixos que se seguem:

- a) **Intervenção o mais precocemente possível**, uma vez que os problemas no desenvolvimento infantil tendem a agravar-se com o tempo, devendo ser tidas em apreciação as preocupações da família e dos restantes profissionais que estejam em contacto direto com a criança;
- b) **Centrada na criança e família**, visto que os pais podem ter dificuldade em encontrar soluções ou podem inclusivamente agravar o problema, caso apresentem comportamentos de risco;
- c) **Realizada nos contextos de vida da criança**, tendo em consideração que a intervenção deve promover nos contextos maior bem-estar, maior qualidade nas interações e mais oportunidades de aprendizagem, de forma a que os seus efeitos sejam mais duradouros;
- d) **Assente nas forças da criança e família**, de forma a desenvolver confiança nos seus intervenientes, para que sejam capazes de usar os recursos que têm disponíveis e as suas capacidades;
- e) **Respeitando o papel dos pais como especialistas dos seus filhos e como parceiros na intervenção**, para que se consigam os melhores resultados possíveis;
- f) **Através de um trabalho em equipa transdisciplinar**, em modelos de trabalho funcionais, para que haja uma maior agilização dos recursos e para que o trabalho seja feito em parceria não só com as famílias, mas também entre os técnicos.

É neste quadro que se abre a resposta ao bebé pré-termo, identificado logo no nascimento, elegível segundo os critérios nacionais de elegibilidade do SNIPI. As equipas têm um papel não só na promoção do desenvolvimento como na estimulação de uma vinculação segura.

Com efeito, segundo Fuertes e Santos (2016), a prevalência de vinculação insegura em díades portuguesas é superior aos dados conhecidos internacionalmente. As autoras defendem a necessidade de a Intervenção Precoce agir dentro dos problemas na

relação da criança/bebé com os pais, de forma a potenciar o desenvolvimento infantil e sobretudo quando existem múltiplos fatores de risco, tal como é o caso da extrema prematuridade.

Deste modo, uma vez que o foco principal desta dissertação são os bebés de extremo pré-termo (nascidos antes das 32 semanas de gestação), é compreensível que frequentemente estes sejam bebés apoiados pelas equipas de Intervenção Precoce. A extrema prematuridade é um dos fatores biológicos a serem considerados no momento de sinalização e, muitas vezes, estes bebés apresentam outras complicações de saúde (e.g., baixo peso gestacional) que afetam o desenvolvimento da criança e a tornam elegível para receber o apoio do SNIPI. Esta necessidade de intervenção torna-se ainda mais acentuada quando se verifica dificuldades na relação entre os pais e o bebé (Almeida et al., 2018).

Adicionalmente, nas palavras de Fuertes (2011) a investigação tem indicado que a intervenção na vinculação pode ser eficaz se:

- i) For de curta duração e orientada por objetivos muito precisos, especialmente em casos de alto risco. Alguns trabalhos indicam que esta metodologia é mais eficaz (“less is more”) do que programas a longo prazo guiados por orientações gerais (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2003);
- ii) Começar no adulto, reparando traumas passados e apoiando a reestruturação das suas representações acerca de si próprio, do seu filho e da natureza das relações entre pais e filhos (Greenberg, 2005);
- iii) Aplicarem estratégias diferentes: quanto maior o risco, maior deve ser a individualização do processo e maior deve ser a adequação dos métodos às especificidades dos casos (Cooper et al., 2005);
- iv) O processo de avaliação tiver forte rigor, diversidade e detalhe para permitir a individualização do plano de intervenção e aumentar a fiabilidade do diagnóstico (Marvin et al., 2002). Do ponto de vista da intervenção, a informação sobre o padrão ou sub-padrão da vinculação é limitada. A diversidade, dentro de cada padrão ou sub-padrão de vinculação em termos de respostas emocionais, comportamentos e vivências, é grande. Em comum,

sujeitos do mesmo espectro da vinculação partilham certos objetivos relacionais. Para conhecer melhor cada caso, algumas grelhas de análise dos comportamentos diádicos permitem descrever o comportamento da figura de vinculação e da criança, designando a função desses comportamentos no contexto relacional e avaliando o seu impacto no seu interlocutor e na relação (ver exemplos em Fuertes et al., 2009).

- v) For levada a cabo no domicílio ou nos contextos de vida (como a creche) para, por um lado, integrar a intervenção na rotina da criança e, por outro, operar a mudança no seio desses contextos (Portugal, 1998; Breia, Almeida & Colôa, 2004). O domicílio permite-nos aceder aos costumes, valores, atitudes e rotinas de cada contexto de vida (Bailey & Simeonsson, 1988), aumentando o nosso grau de conhecimento e proximidade com a família. Nesse sentido, torna-se mais fácil o envolvimento da família e de outros educadores, facilitando estabelecimento de uma relação de parceria entre pais e profissionais (Breia, Almeida & Colôa, 2004).

Assim, vale a pena aprender mais sobre este bebé, nascido de extremo pré-termo, e procurar soluções para beneficiar o seu desenvolvimento e bem-estar.

### 3. MÉTODOS

| | " | | " |

### **3.1. Objetivos**

O presente estudo pretende averiguar a qualidade das interações em jogo livre entre mães e bebés nascidos antes das 32 semanas de gestação (prematúrrimos). Para o efeito, as díades serão observadas aos 3 e 9 meses em jogo livre. Assim, este estudo tem como objetivos específicos:

1. Estudar a qualidade das interações mãe-filho/a, aos 3 e aos 9 meses de idade, no intuito de descrever a Sensibilidade Materna e Cooperação Infantil em bebés prematúrrimos, em termos de Expressão Facial, Expressão Vocal, Trocas Afetivas, Posicionamento e Manipulação, Diretividade, Atividade Lúdica e Reciprocidade.
2. Estudar a continuidade dos comportamentos interativos das mães e dos bebés dos 3 para os 9 meses.
3. Relacionar os resultados obtidos com os dados demográficos.

A presente linha de investigação pretende contribuir para o estudo da qualidade da interação mãe-filhos/as em bebés muito e extremamente prematuros.

### **3.2. Participantes**

Este estudo contou com a participação de 20 díades mãe-bebé, com bebés nascidos entre as 27 e as 32 semanas de gestação ( $M= 30.7$ ;  $DP= 1.44$ ). As mães tinham idades compreendidas entre os 21 e os 43 anos ( $M= 34.35$ ;  $DP= 5.95$ ), cerca de 90% era de nacionalidade portuguesa e apenas uma das mães não coabitava com o pai da criança. Relativamente aos anos de escolaridade, apenas 8 das mães tinha frequentado o ensino superior. A maioria das mães, cerca de 57%, concretizou entre 9 a 12 anos de habilitações académicas.

**Tabela 1***Dados demográficos sobre as 20 mães participantes*

Dados sobre as mães	Frequência	Percentagem
Nacionalidade portuguesa	18	90%
Coabitação com o pai da criança	19	95%
Recorreu à fertilização medicamente assistida	2	10%
Frequentou entre o 9.º e o 12.º ano de escolaridade	11	57.9%
Frequentou o ensino superior	8	42.2%

Os bebés participantes eram maioritariamente do sexo feminino (60%) e nasceram, em média, às 30.7 semanas de gestação. O Peso Gestacional variou entre 810g e 1930g ( $M= 1385.95$ ;  $DP= 361.67$ ) e os valores do Índice de Apgar ao 1.º minuto foram, em média, 6.95 e ao 5.º minuto 8.05. O número de dias de internamento à nascença oscilou entre 6 e 90 ( $M= 36.29$ ;  $DP= 20.72$ ). A amostra inclui dois casos de Fertilização Medicamente Assistida.

**Tabela 2***Dados sobre as 20 crianças participantes*

	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade Gestacional	27	32.5	30.72	1.44
Peso Gestacional (gramas)	810	1930	1385.95	361.37
Índice de Apgar ao 1.º minuto	1	9	6.95	2.22

Índice de Apgar ao 5.º minuto	2	10	8.05	2.16
Número de dias de internamento	9	90	36.29	20.72

---

Por último, existiam 6 causas diferentes para a prematuridade, tendo sido as mais frequentes a rutura da membrana (30%), o atraso de crescimento intrauterino (20%) e o descolamento da placenta (20%). O quadro n.º 3 apresenta os dados principais sobre as causas da prematuridade referentes aos bebés que fizeram parte deste estudo.

**Tabela 3**

*Causas da prematuridade*

	Frequência	Percentagem
Contractibilidade	1	5%
Dilatação	2	10%
Alteração de fluxos	3	15%
Atraso de crescimento intrauterino	4	20%
Rutura da membrana	6	30%
Descolamento da placenta	4	20%

---

### 3.3. Procedimentos e medidas

Neste estudo observamos a interação da mãe com o bebé em jogo livre (não dirigido) durante aproximadamente 5 minutos. As díades foram filmadas aos 3 e aos 9 meses, após todas as necessidades básicas dos bebés terem sido devidamente satisfeitas.

As mães tinham ao seu dispor um conjunto de 7 brinquedos (um livro, um jogo de argolas, uma roca, uma argola com chaves, jogo de ação-reação e jogo de encaixe muito acima das possibilidades das crianças), dos quais tinham a opção de escolha qual queriam

usar e/ou se usariam algum. A única instrução dada era que brincassem como habitualmente o faziam em casa.

### **3.4. Instrumentos**

Para a análise da qualidade da interação mãe-bebé, em díades com bebês muito prematuros, foram utilizadas duas escalas – CARE-Index e MINDS. As duas escalas têm aspetos comuns, tal como o referencial teórico, porém distinguem-se na forma de pontuação.

Com a escala CARE-Index pretendia-se obter uma classificação global de Sensibilidade Materna e Cooperação Infantil, entre outras escalas. Adicionalmente, a escala MINDS permite analisar mais detalhadamente os aspetos do comportamento materno e do comportamento infantil que contribuem para a qualidade da relação, nomeadamente, Resposta Facial, Resposta Vocal, Trocas Afetivas, Posicionamento e Manipulação, Diretividade, Atividade Lúdica e Reciprocidade. Por outras palavras, a MINDS permite uma visão mais particularizada e compreensiva da qualidade da interação. O uso das escalas é complementar, uma vez que a escala MINDS é uma adaptação em díades portuguesas da escala CARE-Index (Serradas, et al., 2016).

Em comum, as escalas apresentam o referencial teórico da Teoria da Maturação Dinâmica da Vinculação proposta por Patricia Crittenden. Deste modo, as duas escalas são diádicas, holísticas e baseadas nas funções dos comportamentos, quer maternos, quer infantis.

**Constructos das escalas.** Em primeiro lugar, estas escalas são diádicas. A pontuação atribuída à figura materna ou paterna é dada em função da resposta da criança e vice-versa (Crittenden, 2003). Se um adulto se ri quando a criança está aflita, este comportamento é considerado pouco sensível. Se o adulto é diretivo, mas se a criança está confortável, esse comportamento é aceitável. Se o adulto é diretivo e a criança apresenta respostas de evitamento, este comportamento é pontuado como pouco sensível. A pontuação não é atribuída ao comportamento, mas ao reflexo no outro. Um comentário positivo, mas condescendente, pode ser uma resposta aversiva e um comentário mais

diretivo pode estabelecer regras que regulem o comportamento da criança (Fuertes, 2004).

Observa-se detalhadamente os comportamentos interrompidos, hesitações, respostas de evitamento, respostas de sedução, respostas de regulação da interação, e cota-se com base na função dos comportamentos naquele contexto interativo. O cotador terá de ter em conta o seguinte: A criança tenta adaptar sempre o seu comportamento ao adulto porque não tem autonomia para fazer mudanças na relação nem pode sair da relação. Assim, observa-se como o faz e com que intensidade, ou seja, que estratégias usa para se adaptar ao adulto.

Em segundo lugar, considera-se o que falta na relação e o seu reflexo no outro. Para quem oferece afeto ou partilha uma alegria ou um feito, a falta de uma reação correspondente é uma rejeição (MINDS, Fuertes, et al., 2014). A falta de um afeto significativo ou de um elogio pode deixar o parceiro interativo só numa interação (repare no baixar dos olhos, nas pausas, na tentativa excessiva de agradar). Podemos observar isso em crianças, mas também nos pais (rejeitados nas reações dos filhos) que se sentem frustrados no seu papel. Em crianças mais velhas, observamos rebelião (quando essa rejeição é só intermitente ou moderada) ou resignação e evitamento se a criança aprende a esperar o desamor (se a rejeição for persistente ou forte).

Terceiro, todos os parceiros interativos procuram a atenção do outro, sentir-se bem com os outros e consigo próprios (MINDS, Fuertes, et al., 2014). Observa-se se os parceiros atingiram este tipo de relação, ou analisam-se os desequilíbrios da relação (e.g., um parceiro ocupa todo o espaço) ou que estratégias usam para atingir este tipo de relação.

As relações apresentam geralmente momentos de sincronia, harmonia e entendimento mútuo (intersubjetividade partilhada) e períodos de falta desta sincronia. É comum o adulto querer uma coisa e a criança querer outra, a cotação da escala não se foca apenas nos períodos desta falta de sincronia, mas no período a seguir. Houve resolução (um dos parceiros cedeu ou com as sugestões de ambos evoluíram para um interesse comum) ou não houve resolução? Quem resolveu? Ao longo da interação é sempre o

mesmo parceiro a ceder e a fazer a regulação (alguém faz o esforço de trazer outro o sempre de volta)? Como o resolve: agradando outro ou com compromisso?

**CARE-Index** (Child-Adult Relationship Index), é composto por 59 itens distribuídos por 7 categorias do comportamento interativo diádico, sendo os quais: Expressão Facial; Expressão Verbal; Posicionamento e Manipulação; Expressão Afetiva; Reciprocidade; Diretividade; e Qualidade de Jogo. No caso da mãe, a escala correspondente avalia o seu o padrão de resposta de acordo com três dimensões do comportamento do adulto, tal como está expresso na tabela 4.

#### **Tabela 4**

*Resumo da caracterização das escalas maternas do CARE-Index*

Escala	Caracterização
Sensibilidade	É um indicador de qualidade, retratando comportamentos que incentivam a participação do bebé na interação, num ambiente positivo, aumentando o conforto do bebé e reduzindo a sua ansiedade. Por outras palavras, implica reciprocidade.
Controlo	Refere-se a comportamentos mais intrusivos e/ou bruscos, quer de forma de hostilidade direta ou indireta. É frequente surgirem interações aparentemente sensíveis, nos quais parece que poderá existir a intenção de envolver o bebé, mas apenas o deixam irritado e/ou menos ativo.
Não-responsividade	Traduz a pouca implicação do adulto na interação, através de um isolamento e/ou passividade face às respostas do bebé.

As escalas referentes aos comportamentos infantis estão organizadas em 4 categorias, que avaliam a interação com a mãe, e cuja descrição está apresentada na tabela 5.

**Tabela 5**

*Resumo da caracterização das escalas infantis do CARE-Index*

Escala	Caracterização
Cooperação	Está relacionado com expressões faciais positivas, concentração nos comportamentos da mãe, iniciativa para interagir e, em simultâneo, aceitação das interações do adulto. Ou seja, é um indicador de comportamentos associados a manifestações prazerosas, bem como à facilitação dos turnos de comunicação. Naturalmente, os resultados obtidos nesta escala estão positivamente correlacionados com a escala de sensibilidade materna.
Compulsividade-submissão	Expressa-se com comportamentos de pouca iniciativa, pouco entusiasmo no jogo com a mãe, apesar de não mostrar resistência. O bebé tem uma evidente necessidade de agradar e não desafiar o adulto, na qual se mantém atento às propostas, sem, no entanto, apresentar um grande envolvimento na atividade. Nesta escala, os padrões de comportamento traduzem submissão face à interação do adulto.
Dificuldade	Diz respeito a comportamentos de oposição clara e de resistência à interação com o adulto. Pode traduzir-se por comportamentos de choro, crises de irritação, empurrar ou deitar propositadamente brinquedos para o chão, entre outros.
Passividade	É um indicador de comportamentos com baixo nível de iniciativa e envolvimento, com respostas que apresentam o objetivo de diminuir o contacto com a mãe. Manifestam-se através de expressões faciais vazias, ausência de resposta às iniciativas da

mãe ou até mesmo interação aleatória com o adulto durante o jogo.

---

Este instrumento ainda contempla uma oitava escala, que se refere à qualidade global diádica, tendo em consideração os resultados obtidos nas escalas maternas e infantis, obtida pela média da escala de sensibilidade materna e da cooperação infantil. Na análise do jogo livre, a cada item do comportamento interativo entre a mãe e o bebé correspondem 2 pontos, podendo atingir um total de 14 pontos. Quando as escalas, materna e infantil, são pontuadas em conjunto, obtém-se a classificação da díade: entre 14 e 11 pontos a mãe é considerada sensível e o bebé cooperativo; entre 10 e 7 pontos a mãe é classificada como adequada e o bebé misto; entre 6 e 5 pontos a mãe é considerada inapta e a criança em risco; entre 4 e 0 pontos encontram-se mães controladoras, pouco responsivas ou ambas e crianças difíceis, passivas ou ambas.

**MINDS** – A Mother-Infant Descriptive Dyadic System – (Fuertes, Costa, Faria, Ribeiro, Soares, Sousa, & Lopes dos Santos, 2014) é uma escala elaborada com base na observação de cerca de 400 díades portuguesas sem qualquer condição de risco assinalável. Esta escala tem como objetivo avaliar e, simultaneamente, pontuar a sensibilidade materna e a cooperação infantil.

O cálculo da média da soma dos resultados obtidos pela mãe e pela criança indica o nível de risco em que a díade se encontra, sendo que, quanto maior for este valor, maior qualidade há na relação entre a mãe e o bebé. A escala MINDS tem uma pontuação máxima de 35 pontos, que representa a sensibilidade máxima de ambos os intervenientes em todas as áreas avaliadas, ou seja, sendo um instrumento destinado a avaliar a díade, as pontuações atribuídas a cada um dos intervenientes é dada não apenas em função dos seus comportamentos, como também de acordo com as respostas obtidas. Assim, as pontuações são atribuídas de forma contextualizada, em função do efeito que os comportamentos da mãe tiveram na criança e vice-versa. O quadro abaixo, n.º 6, caracteriza as pontuações médias que as díades podem obter, quando classificadas através da MINDS.

## Tabela 6

### *Classificações Médias das Díades*

Pontuação	Qualidade das Interações nas Díades
35 a 28 Pontos	Díade sem risco, pautando-se por interações de qualidade.
27 a 21 Pontos	Díade sem risco e/ou necessidade de intervenção, mas que pode beneficiar de aconselhamento. Apresenta momentos de interação de qualidade intervalados com momentos de interações menos ricas ou que apresentam maioritariamente uma interação de qualidade razoável.
20 a 15 Pontos	Díade de risco intermédio, que apresenta problemas na sua relação ou no desenvolvimento da criança. É aconselhável ser feita uma intervenção, ainda que de curta duração.
14 a 7 Pontos	Díade em alto risco, na qual são verificadas interações abusivas e/ou comportamentos infantis desviantes.

A cotação desta escala é obtida com a soma da pontuação, que varia entre 5 (máxima qualidade) e 1 (elevado risco), atribuída em 7 categorias: Resposta Facial, Resposta Vocal, Trocas Afetivas, Posicionamento e Manipulação, Diretividade, Atividade Lúdica e Reciprocidade. Este instrumento permite analisar indicadores da qualidade de interação tendo em conta simultaneamente a mãe e a criança, nomeadamente o nível de participação e envolvimento, o ambiente de interação, a qualidade das respostas afetivas, vocais e faciais e a capacidade de a mãe proporcionar uma brincadeira apropriada à idade e nível de desenvolvimento da criança.

A atribuição das pontuações 5 e 4, independentemente da área, referem-se a interações positivas, recíprocas e com qualidade (5 corresponde a interações de maior qualidade). Os casos pontuados com 3 dizem respeito a situações intermédias, isto é, interações com problemas, combinando momentos positivos com outros momentos de dificuldade, mas sem apresentarem risco para a criança. Por último, as pontuações 2 e 1

representam situações de risco, com baixa qualidade nas interações, sobretudo com comportamentos difíceis ou de passividade. A pontuação 1 apresenta um risco evidente, seja com a presença de comportamentos punitivos ou pela ausência de participação de um dos pares.

No quadro que se segue estão descritas situações que indicam uma interação de qualidade e que, portanto, asseguram a pontuação máxima em cada uma das categorias.

### **Tabela 7**

#### *Indicadores qualitativos do comportamento cooperativo da mãe e da criança na escala MINDS*

<b>Categoria</b>	<b>Resposta da mãe</b>	<b>Resposta da criança</b>
Resposta Facial	A mãe mantém o contacto ocular, sorri e varia a sua expressão facial adequadamente.	A criança mantém o contacto ocular, sorri e varia a expressão facial adequadamente.
Resposta Vocal	A mãe adota um tom de voz apropriado e agradável, dando tempo à criança para responder. As respostas são adequadas e de acordo com a resposta da criança.	A criança vocaliza com frequência e de forma positiva, mostrando estar a gostar da interação.
Trocas afetivas	A mãe responde de forma positiva, calorosa e contingente com o comportamento da criança.	A criança responde de forma calorosa e positiva e/ou busca proximidade física com o adulto.
Posicionamento e Manipulação	A mãe posiciona a criança de frente para si, numa posição confortável e toca-lhe de forma positiva.  Ou  A mãe vai variando a sua posição, de maneira a permanecer confortável e de	A criança mantém-se numa posição confortável e simultaneamente dinâmica, favorável à interação com a mãe e à manipulação dos brinquedos.

frente para a criança ou num modo que seja favorável à interação.

Diretividade	A mãe apoia o jogo da criança, seguindo os seus interesses. Pode também fornecer algumas pistas ou ajustar os brinquedos se necessário.	A criança demonstra os seus interesses explicitamente quanto aos brinquedos, mas também aceita positivamente as propostas da mãe. As transições entre as atividades tendem a ser harmoniosas.
Atividade Lúdica	A mãe propõe jogos adequados ao desenvolvimento da criança, num ambiente positivo. Nestes, a mãe apoia formas de a criança expandir os seus conhecimentos.	A criança joga com a mãe de acordo com o esperado para o seu nível de desenvolvimento, envolvendo-se prolongadamente na atividade.
Reciprocidade	A mãe mantém uma atmosfera de jogo em que cada interveniente tem tempo e espaço para participar de forma alternada e equilibrada.	A criança mantém-se concentrada e colaborativa, encorajando a mãe a participar/continuar a atividade.

---

Em ordem a adquirir aptidão no uso da escala, uma vez que a análise de todos os casos foi realizada para este mesmo trabalho, a autora da dissertação participou no treino de cotação da MINDS ministrado pela autora da escala entre abril e junho de 2020.

### **3.4. Análise dos Dados**

Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva e inferencial usando a versão 26 do programa SPSS. A estatística descritiva foi usada para calcular as médias e os respetivos desvios padrão da Sensibilidade Materna, Controlo Materno, Passividade Materna, Cooperação Infantil, Compulsão Infantil, Dificuldade Infantil, Passividade Infantil, Resposta Facial, Resposta Vocal, Trocas Afetivas, Posicionamento e Manipulação, Diretividade, Atividade Lúdica e Reciprocidade e das variáveis demográficas, tais como Idade Materna, Anos de Escolaridade Maternos, Índice de Apgar

ao 1.º e 5.º minuto, Idade Gestacional do bebé, Peso Gestacional e Número de dias em internamento.

A estatística inferencial foi usada para calcular as diferenças de médias emparelhadas entre as escalas do CARE-Index aos 3 e aos 9 meses, nomeadamente Sensibilidade Materna, Controlo Materno, Passividade Materna, Cooperação Infantil, Compulsão Infantil, Dificuldade Infantil e Passividade Infantil. A mesma estatística inferencial foi um recurso para calcular também as diferenças de médias emparelhadas entre as escalas da MINDS aos 3 e aos 9 meses, quanto à Resposta Facial, Resposta Vocal, Trocas Afetivas, Posicionamento e Manipulação, Diretividade, Atividade Lúdica e Reciprocidade. As variáveis que apresentassem diferenças dos 3 para 9 meses, indicam ausência de continuidade desses comportamentos entre estes dois momentos de observação.

Por fim, o estudo de associações por correlação permitiu comprovar a associação, entre os 3 e os 9 meses, dos resultados verificados quanto às escalas maternas e infantis do CARE-Index e da MINDS. O mesmo estudo de associações por correlação possibilitou ainda descrever a associação entre as variáveis contínuas, nomeadamente estudar a associação entre as variáveis Sensibilidade Materna, Controlo Materno, Passividade Materna, Cooperação Infantil, Compulsão Infantil, Dificuldade Infantil, Passividade Infantil e as variáveis demográficas supracitadas, aos 3 e aos 9 meses.

O nível de significância neste estudo foi assumido a .05 e a normalidade da distribuição das variáveis foi testada para efeitos de decisão entre estatística paramétrica e não paramétrica.

## 4. RESULTADOS

| | " | | " |

Este estudo teve como objetivo investigar a qualidade das interações em jogo livre entre mães e filhos/as de extremo pré-termo (nascidos antes das 32 semanas de gestação), comparativamente aos 3 e aos 9 meses de idade corrigida dos bebés. A análise das interações estabelecida foi realizada através de duas escalas, a CARE-Index e a MINDS, anteriormente descritas.

#### **4.1. Análise do jogo livre aos 3 e aos 9 meses através da escala CARE-Index**

Recorrendo à escala CARE-Index, verificamos que existe uma relativa **estabilidade no comportamento materno entre os 3 e os 9 meses**. Com efeito, não se verificaram diferenças significativas nestes dois momentos de recolha quanto à: *Sensibilidade Materna* [ $t(19) = 1.39; p = .179$ ], *Controlo Materno* [ $t(19) = .063; p = .951$ ] ou *Passividade Materna* [ $t(19) = -1.29; p = .210$ ]. Estes resultados representam uma relativa continuidade nestes comportamentos entre os dois momentos temporais observados.

Na amostra em estudo, a *Sensibilidade Materna* variou entre 4 e 13 e a média de cerca de 8 pontos releva uma qualidade interativa moderada (ver tabela n.º 8), i.e., a interação apresenta vários momentos de ausência de sincronia, prazer ou participação. Importa, sublinhar que numa relação com boa ou muito boa qualidade materna, a *Sensibilidade Materna* deve ser superior a 10 pontos. Não obstante, tanto aos 3 meses como aos 9 meses a *Sensibilidade* foi superior ao *Controlo* ou à *Passividade Materna*.

**Tabela 8**

*Médias, Desvio Padrão, e teste emparelhado de comparação de médias das escalas maternas do CARE-Index aos 3 e aos 9 meses*

	Aos 3 meses				Aos 9 meses				<i>t</i> (19)	<i>p</i>
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sensibilidade Materna	5	13	8.65	2.23	4	12	8.14	2.73	1.39	.179
Controlo Materno	0	9	4.3	3.06	0	10	3.86	3.55	.063	.951
Passividade Materna	0	8	1.36	2.61	0	10	2.27	3.23	-1.29	.210

Adicionalmente, testamos a **associação entre as escalas maternas do CARE-Index aos 3 e aos 9 meses**. Os resultados indicam uma forte associação, comprovando a estabilidade identificada no teste de médias. Com efeito, a Sensibilidade Materna correlacionou-se significativamente aos 3 e aos 9 meses ( $r = .661$ ;  $p = .002$ ). Deste modo, as mães com maior pontuação de Sensibilidade Materna aos 3 meses tenderam a apresentar, igualmente, valores mais elevados de Sensibilidade aos 9 meses. Contudo, esta associação não se verificou para o Controlo Materno ( $r = .411$ ;  $p = .072$ ) nem para a Passividade Materna ( $r = .382$ ;  $p = .079$ ).

Relativamente ao **comportamento infantil**, observado através da escala CARE-Index, constatou-se que, tal como observado quanto ao comportamento materno, houve uma relativa estabilidade no comportamento infantil. Efetivamente, não se verificaram diferenças significativas nos dois momentos de avaliação quanto à *Cooperação Infantil* [ $t(21) = 1.46$ ;  $p = .158$ ], *Compulsão Infantil* [ $t(21) = -.72$ ;  $p = .477$ ], *Dificuldade Infantil* [ $t(21) = -.77$ ;  $p = .450$ ] ou *Passividade Infantil* [ $t(21) = -1.28$ ;  $p = .212$ ].

**Tabela 9**

*Médias, Desvio Padrão, e teste emparelhado de comparação de médias das escalas infantis do CARE-Index aos 3 e aos 9 meses*

	Aos 3 meses				Aos 9 meses				<i>t</i> (21)	<i>p</i>
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Cooperação Infantil	5	13	8.41	2.4	0	12	7.55	3.2	1.46	.158
Compulsão Infantil	0	9	1.68	3.06	0	10	2.09	3.54	-.72	.477
Dificuldade Infantil	0	9	3.41	3.3	0	9	3.95	3.15	-.77	.450
Passividade Infantil	0	5	.5	1.26	0	12	1.14	2.76	-1.28	.212

Saliente-se que a *Cooperação Infantil* facilita o envolvimento diádico positivo e a reciprocidade das trocas diádicas. Na amostra deste estudo, a *Cooperação Infantil* oscilou entre 0 e 12 pontos e os valores médios de cerca de 8 pontos (dados constam na tabela n.º 9) indicam uma qualidade moderada. Não obstante, nos dois momentos de avaliação, a cooperação foi sempre superior à *Compulsão*, *Dificuldade* ou *Passividade Infantil*.

Paralelamente, testamos a **correlação entre as escalas infantis do CARE-Index aos 3 e aos 9 meses** e, de igual modo, verificou-se uma evidente associação entre os dois momentos. De facto, a *Cooperação Infantil* correlacionou-se significativamente aos 3 e aos 9 meses ( $r = .545$ ;  $p = .009$ ), bem como a *Compulsão Infantil* ( $r = .687$ ;  $p = .000$ ), a *Dificuldade Infantil* ( $r = .472$ ;  $p = .026$ ) ou a *Passividade Infantil* ( $r = .552$ ;  $p = .008$ ). Assim, os bebés que apresentam comportamentos de *Cooperação* aos 3 meses tendem a apresentar, igualmente, valores mais elevados de *Cooperação* aos 9 meses. Tal é verificado em todas as outras escalas (*Compulsão*, *Dificuldade* e *Passividade Infantil*).

#### **4.2. Análise do jogo livre aos 3 e aos 9 meses através da escala MINDS**

Através da escala MINDS, procurámos **identificar as áreas do comportamento materno e infantil** (Expressão Facial, Expressão Vocal, Trocas Afetivas, Posicionamento e Toque, Diretividade, Atividade Lúdica e Reciprocidade), **que obtiveram pontuações inferiores e superiores**. Para além da avaliação da Sensibilidade Materna e Cooperação Infantil, a aplicação desta escala permite averiguar os aspetos particulares da qualidade do comportamento materno e infantil em interação livre.

Aos **3 meses**, as componentes de **resposta materna** que obtiveram valores mais elevados foram a *Expressão Facial* ( $M = 3.65$ ;  $DP = 1.3$ ) e a *Atividade Lúdica* ( $M = 3.55$ ;  $DP = 1.05$ ). Por outro lado, as componentes de resposta materna que obtiveram valores mais baixos foram as *Trocas Afetivas* ( $M = 2.95$ ;  $DP = 1.27$ ). Assim, a média dos comportamentos maternos obteve uma variação entre 2.95 e 3.65, situando-se em valores de interações com problemas de interação e sincronia, mas não graves ou muito graves.

Aos **9 meses**, as componentes de **resposta materna** que obtiveram valores mais elevados foram a **Expressão Facial** ( $M = 3.55$ ;  $DP = 1.09$ ) e o *Posicionamento e Manipulação* ( $M = 3.45$ ;  $DP = .88$ ). A categoria com menor pontuação foi novamente as *Trocas Afetivas* ( $M = 2.7$ ;  $DP = 1.21$ ). Neste momento de avaliação, a pontuação média dos comportamentos maternos variou entre 2.7 e 3.55, indicando, de igual modo, que correspondiam a interações com problemas e dificuldades na reciprocidade moderados. Os valores médios resultam da junção de dois grupos, mães com muito bons resultados e mães com muito más interações.

Quando analisamos os valores mínimos e máximos, verificamos que as pontuações na grande maioria das categorias analisadas variaram entre 1 e 5, o que nos indica que houve várias mães que apresentaram notoriamente comportamentos de risco, com pontuações entre 1 e 2. Paralelamente, em todas as categorias avaliadas foi atribuída a pontuação 5, o que assinala que houve mães com comportamentos sensíveis e favoráveis à interação.

Para verificar se existiam **diferenças no comportamento materno dos 3 para os 9 meses**, aplicamos o teste de médias emparelhadas *t-student*. Os resultados não indicam diferenças na Resposta Facial [ $t(19) = .62$ ;  $p = .541$ ], Resposta Vocal [ $t(19) = .23$ ;  $p =$

.815], Trocas Afetivas [ $t(19) = 1.15$ ;  $p = .262$ ], Posicionamento e Manipulação [ $t(19) = -.23$ ;  $p = .815$ ], Diretividade [ $t(19) = .92$ ;  $p = .367$ ], Atividade Lúdica [ $t(19) = .82$ ;  $p = .419$ ] ou Reciprocidade [ $t(19) = 1.22$ ;  $p = .234$ ]. Tal, pode significar que os comportamentos estudados apresentam uma relativa continuidade entre os 3 e os 9 meses de vida do bebê.

**Tabela 10**

*Estatísticas descritivas dos dados do comportamento materno analisado através da escala MINDS aos 3 e aos 9 meses*

	Aos 3 meses			Aos 9 meses			$t(19)$	$P$
	<i>Min-Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Resposta Facial	2-5	3.65	1.3	2-5	3.55	1.09	.62	.541
Resposta Vocal	2-5	3.35	.93	2-5	3.3	.92	.23	.815
Trocas Afetivas	1-5	2.95	1.27	1-4	2.7	1.21	1.15	.262
Posicionamento e Manipulação	1-5	3.4	1.31	2-5	3.45	.88	-.23	.815
Diretividade	1-5	3.2	1.39	1-5	2.95	1.39	.92	.367
Atividade Lúdica	1-5	3.55	1.05	2-5	3.4	.88	.82	.419
Reciprocidade	1-5	3.5	1	2-5	3.25	.85	1.22	.234

Paralelamente, foi testada a **associação entre as escalas de comportamento materno através da MINDS aos 3 e 9 meses**. Ao analisarmos os valores apresentados, verifica-se que todas as categorias apresentam correlações positivas e significativas entre os dois momentos avaliados (ver tabela 11). Assim, os resultados indicam que os comportamentos maternos foram constantes ao longo das duas observações, em todos os aspectos avaliados (Expressão Facial e Vocal, Trocas afetivas, Posicionamento e Manipulação, Diretividade, Atividade Lúdica e Reciprocidade).

**Tabela 11**

*Tabela de correlações sobre o comportamento materno aos 3 e aos 9 meses de vida do bebê*

9 meses	3 meses						
	Resposta facial	Resposta vocal	Trocas afetivas	Posicionamento e Manipulação	Diretividade	Atividade lúdica	Reciprocidade
Resposta facial	.83***						
Resposta vocal		.48*					
Trocas afetivas			.70***				
Posicionamento e Manipulação				.69***			
Diretividade					.62**		
Atividade lúdica						.65**	
Reciprocidade							.52*

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .005$ ; \*  $p < .05$

Tal como realizado para o comportamento materno, averiguamos **os aspetos comportamentais** (Expressão Facial, Expressão Vocal, Trocas Afetivas, Posicionamento e Toque, Diretividade, Atividade Lúdica e Reciprocidade) **da criança que obtiveram pontuações inferiores e superiores** na escala MINDS.

Assim, aos **3 meses**, a média dos comportamentos infantis variou entre 2.65 e 3.4, indicadores de interações com problemas moderados e dificuldades na sincronia com pouca gravidade. Os bebés apresentaram pontuações médias superiores nas categorias de: i) *Resposta Facial* ( $M = 3.4$ ;  $DP = 1.23$ ) e *Resposta Vocal* ( $M = 3.2$ ;  $DP = 1.39$ ). Por outro lado, a categoria com menor pontuação na interação foi, tal como no comportamento materno, as *Trocas Afetivas* ( $M = 2.65$ ;  $DP = 1.18$ ).

No segundo momento analisado, aos **9 meses**, as pontuações médias variaram entre 2.7 e 3.4, indicando de novo problemas, pouco graves, na interação e na reciprocidade estabelecida entre a mãe e o bebé. As categorias comportamentais com pontuações médias mais altas foram a *Expressão Facial* ( $M = 3.4$ ;  $DP = 1.14$ ) e *Posicionamento e Manipulação* ( $M = 3.25$ ;  $DP = 1.02$ ). Mais uma vez, as *Trocas Afetivas* obtiveram a menor pontuação média entre os restantes parâmetros ( $M = 2.7$ ;  $DP = 1.12$ ).

Para verificar se existiam **diferenças no comportamento infantil dos 3 para os 9 meses**, aplicamos o teste de médias emparelhadas t-student. Os resultados não indicam diferenças na Resposta Facial [ $t(19) = .000$  ;  $p = 1.000$ ], Resposta Vocal [ $t(19) = 1.566$ ;  $p = .134$ ], Trocas Afetivas [ $t(19) = -.295$ ;  $p = .772$ ], Diretividade [ $t(19) = .000$ ;  $p = 1.000$ ], Atividade Lúdica [ $t(19) = -1.285$  ;  $p = .214$ ] ou Reciprocidade [ $t(19) = .236$  ;  $p = .816$ ]. Porém, o Posicionamento e Manipulação apresenta uma subida significativa das pontuações médias [ $t(19) = -2.179$ ;  $p = .042$ ] entre os 3 meses ( $M = 2.82$ ) e os 9 meses ( $M = 3.25$ ). Estes dados são indicadores de que os bebés progrediram no seu posicionamento face à mãe e brinquedos.

**Tabela 12**

*Estatísticas descritivas dos dados do comportamento infantil analisado através da escala MINDS aos 3 e aos 9 meses*

	Aos 3 meses			Aos 9 meses			$t(19)$	$p$
	<i>Min-Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Resposta Facial	1-5	3.4	1.23	1-5	3.4	1.14	.000	1.000
Resposta Vocal	1-5	3.2	1.39	1-5	2.8	1.1	1.566	.134
Trocas Afetivas	1-4	2.65	1.18	1-4	2.7	1.12	-.295	.772
Posicionamento e Manipulação	1-5	2.85	1.18	1-5	3.25	1.02	-2.179	.042
Diretividade	1-5	2.95	1.27	1-5	2.95	1.19	.000	1.000
Atividade Lúdica	1-5	2.95	1.35	1-5	3.15	1.26	-1.285	.214
Reciprocidade	1-5	3.1	1.21	1-5	3	1.33	.236	.816

Ao analisarmos os valores apresentados na tabela 13, verifica-se que todas as categorias comportamentais apresentam correlações positivas entre os dois momentos avaliados. Este facto é indicativo de que nos comportamentos infantis há uma tendência para a estabilidade entre os 3 e os 9 meses, em todos os aspetos avaliados (Expressão Facial e Vocal, Trocas Afetivas, Posicionamento e Manipulação, Diretividade, Atividade Lúdica e Reciprocidade).

**Tabela 13**

*Tabela de correlações sobre o comportamento infantil aos 3 e aos 9 meses de vida do bebê*

9 meses	3 meses						
	Resposta facial	Resposta vocal	Trocas afetivas	Posicionamento e Manipulação	Diretividade	Atividade lúdica	Reciprocidade
Resposta facial	.59*						
Resposta vocal		.60*					
Trocas afetivas			.78***				
Posicionamento e Manipulação				.73***			
Diretividade					.79***		
Atividade lúdica						.86***	
Reciprocidade							.71**

\*\*\* p<.001; \*\* p<.005; \* p<.05

### **4.3. Associação entre a qualidade de interação mãe-bebê e os Dados Demográficos**

Adicionalmente, foi analisada a **associação entre os dados demográficos dos participantes e as escalas do comportamento materno e infantil**, obtidas através do CARE-Index aos 3 e aos 9 meses de idade do bebê. Na tabela 14 encontram-se os dados obtidos para o primeiro momento, aos 3 meses.

**Tabela 14**

*Correlações estabelecidas entre os dados demográficos e a avaliação materna e do bebé com a escala CARE-Index aos 3 meses*

	Sensibilidade Materna	Controlo Materno	Passividade Materna	Cooperação Infantil	Compulsão Infantil	Dificuldade Infantil	Passividade Infantil
Idade materna	.426*	-.459*	.167	.461*	-.139	-.304	.255
Anos de escolaridade da mãe	.422	-.263	-.084	.207	-.184	-.048	.175
Apgar ao 1º minuto	.208	.204	-.441*	.167	-.073	-.138	.204
Apgar ao 5º minuto	-.014	.139	-.156	.021	-.146	.057	.164
Idade gestacional do bebé	.319	.190	-.523*	.328	.141	-.411	.109
Peso gestacional (gramas)	.289	.002	-.267	.397	.000	-.450*	.423*
Número de dias em internamento	-.350	-.095	.436*	-.355	.025	.226	.022

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Aos **3 meses** verifica-se que no conjunto das variáveis demográficas estudadas, a variável *Idade da Mãe* obteve mais associações significativas com o comportamento infantil e essas correlações foram mais robustas comparativamente aos restantes fatores demográficos. De facto, as mães mais velhas demonstram maior *Sensibilidade* às necessidades e interesses do bebé. Em resposta os/as seus/suas filhas/os apresentam pontuações mais altas na escala de comportamento de *Cooperação Infantil*. De forma inversa, as mães mais novas tenderam a apresentar mais comportamentos de *Controlo Materno*.

Não foram somente as variáveis demográficas maternas (idade) que se correlacionaram com o comportamento interativo materno e infantil. Com efeito, as variáveis associadas à qualidade de vida neonatal do bebé e prematuridade,

nomeadamente Idade Gestacional, Peso Gestacional, Apgar ao 1º minuto também obtiveram associações significativas com o comportamento materno e com comportamento infantil em jogo livre.

Os bebés com *menor Peso Gestacional* tendiam apresentar mais *comportamentos difíceis* na interação com as suas mães. Os bebés que apresentam mais comportamentos de *Passividade Infantil* tendiam a ter *mais Peso Gestacional*.

Adicionalmente, os bebés com valores mais baixos no *Índice de Apgar ao 1.º minuto*, com *menor Idade Gestacional* e com *maior Número de dias em internamento* tinham tendencialmente mães com comportamentos de *Passividade Materna*.

Na tabela 15, que se apresenta em baixo, encontram-se os resultados do **estudo de correlações** verificadas entre os **dados demográficos e as classificações obtidas com a escala CARE-Index para os comportamentos maternos e infantis aos 9 meses** de idade do bebé.

**Tabela 15**

*Correlações estabelecidas entre os dados demográficos e a avaliação materna e do bebê com a escala CARE-Index aos 9 meses*

	Sensibilidade Materna	Controlo Materno	Passividade Materna	Cooperação Infantil	Compulsão Infantil	Dificuldade Infantil	Passividade Infantil
Idade materna	.400	-.073	-.212	.226	-.058	-.247	.404
Anos de escolaridade da Mãe	.422	.001	-.263	.174	-.149	-.002	.281
Apgar ao 1º minuto	.288	-.120	-.152	.263	-.358	.129	-.032
Apgar ao 5º minuto	.327	-.349	-.153	.488*	-.540**	.066	-.061
Idade gestacional do bebê	.338	.112	-.374	.166	.141	-.365	.342
Peso gestacional (gramas)	.380	-.060	-.289	.233	.006	-.391	.529*
Número de dias em internamento	-.307	-.257	.503*	-.194	-.180	.411	-.309

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Aos **9 meses** de idade do bebê, as correlações verificadas entre os dados demográficos e as escalas de CARE-INDEX foram menos e distintas daquelas verificadas aos 3 meses. No que respeita ao *Índice de Apgar ao 5.º minuto* foi a variável com mais associações ao comportamento infantil aos 9 meses. Os bebês com valores de índice de Apgar superiores ao 5º minuto apresentam mais *Cooperação* com as suas mães em jogo livre. Adicionalmente, os bebês com menores valores índice de Apgar ao 5º minuto apresentaram mais comportamentos de *compulsão/submissão*. Outro resultado a salientar é a correlação positiva entre a *Passividade Infantil* e o *Peso Gestacional* tal como verificado aos 3 meses. Por último, os bebês com um *maior número de dias de internamento* tinham mães que apresentavam comportamentos de maior *passividade*.

## 5. DISCUSSÃO DO RESULTADOS

| | " | | | "

A presente dissertação teve como objetivo analisar a qualidade das interações em jogo livre entre mãe e o bebê, com bebês nascidos antes das 32 semanas. Neste estudo, as díades foram observadas aos 3 e aos 9 meses de idade do bebê, de modo a averiguar a continuidade ou a mudança dos comportamentos interativos maternos e infantis.

Para este fim, recorreu-se à escala CARE-Index para descrever o comportamento materno, em termos de Sensibilidade, Controlo e Passividade, e o comportamento infantil, quanto à Cooperação, Compulsão, Dificuldade e Passividade. Adicionalmente, recorreu-se também à escala MINDS para descrever aspetos mais particulares do comportamento das mães e do bebê nomeadamente: Resposta Facial, Resposta Vocal, Trocas Afetivas, Posicionamento e Manipulação, Diretividade, Atividade Lúdica e Reciprocidade. Com efeito, a avaliação através da escala MINDS, em comparação com a aplicação do CARE-Index, permite à investigação explorar de forma mais detalhada os comportamentos maternos e infantis.

### **5.1. Estabilidade e Associação do comportamento interativo materno e infantil dos 3 para os 9 meses avaliado com a escala CARE-Index**

Com a realização do teste de médias emparelhadas, verifica-se estabilidade nos comportamentos maternos dos 3 para os 9 meses, em termos de Sensibilidade Materna, Controlo Materno e Passividade Materna. A estabilidade dos comportamentos maternos foi encontrada noutras investigações com bebês de termo (Barbosa et al., 2019) e com bebês de pré-termo nascidos entre as 32 e 36 semanas de gestação de baixo risco (Fuentes et al., 2009, 2011), entre os 3 e 9 meses. Assim, os nossos dados corroboraram a investigação anterior e confirmam uma relativa continuidade no comportamento materno.

Contudo, não deixa de ser interessante que mesmo em díades com bebês em risco, como aqueles que participam nesta investigação (nascidos com menos de 32 semanas de gestação), se mantenha dos 3 para os 9 meses a mesma qualidade de interação entre os bebês e as suas mães. Com efeito, verifica-se estabilidade nos comportamentos infantis

entre os 3 e os 9 meses, quanto à Cooperação Infantil, Compulsão Infantil, Dificuldade Infantil ou Passividade Infantil.

Na verdade, dos 3 para os 9 meses ocorrem mudanças fundamentais no desenvolvimento do bebé em termos motores (e.g., sentar sem apoio ou gatinhar), comunicativos (balbuciar ou usar gestos para comunicar), sociais (e.g., recear estranhos ou expressar mais eficazmente as suas emoções) (Papalia, Olds, & Feldman, 2009). Estas alterações previsivelmente exigiriam adaptações por parte dos dois parceiros interativos, tendo em consideração o avanço no desenvolvimento infantil, que podiam desafiar o equilíbrio anterior.

Assim, os nossos resultados (adicionados ao corpo de conhecimento anterior) levantam-nos duas hipóteses: i) as díades apresentam capacidade de adaptação às mudanças e aquisições do desenvolvimento do bebé num processo progressivo e constante de adaptação; ou ii) as rotas da vinculação e da interação do bebé com as suas figuras da vinculação são anteriores aos 3 meses e a sua fixação ocorre por essa altura. Mais, uma vez fixada a relação, ela é pouco sensível à mudança. Assim, os modelos de representação interna propostos por Bowlby (1969) seriam tão precoces quanto os 3 meses de idade.

Seria importante não só para a teoria da vinculação (para melhor compreender os antecedentes da vinculação) investigar e testar estas duas hipóteses em futuros estudos, como a psicologia do desenvolvimento. Do ponto de vista do desenvolvimento é fundamental compreender se o processo de estabelecimento de modelos de representação interna (expectativas associadas à vinculação) e consequentes ações suportadas por objetivos corrigidos para metas relacionais se podem estabelecer desde os 3 meses.

Adicionalmente, o estudo da correlação entre as escalas maternas do CARE-Index aos 3 e aos 9 meses indica que as mães que obtiveram classificação de Sensibilidade Materna aos 3 meses foram as mesmas que obtiveram aos 9 meses, demonstrando uma significativa associação ao longo do tempo. Igualmente, observa-se uma forte associação da Cooperação Infantil, Compulsão Infantil, Dificuldade Infantil ou Passividade Infantil aos 3 e aos 9 meses. Este resultado confirma a avaliação do teste de médias emparelhadas e a discussão anterior. Não só a qualidade em média se mantém dos 3 para os 9 meses,

como o perfil interativo das díades (de maior ou menor qualidade) se mantém estável durante estes dois períodos do desenvolvimento do bebé.

## **5.2. Qualidade Interativa Materna aos 3 e aos 9 meses**

A pontuação da Sensibilidade Materna indica uma qualidade interativa moderada, com uma média de 8.65 aos 3 meses e de 8.14 aos 9 meses. Noutras pesquisas, verifica-se que a Sensibilidade Materna apresenta valores médios de: 9.49 (Serradas, et al., 2016) ou 9.36 para mães portuguesas de bebés de termo (Rodrigues, et al., 2018); 6.33 para mães de bebés de pré-termo com mães de baixa escolaridade e baixo nível socioeconómico (Fuertes, Lopes dos Santos, et al., 2009); e 5.00 para mães de bebés de pré-termo e em situação de pobreza (Fuertes, Faria, Soares, & Crittenden, 2009).

Assim, comparativamente com amostras de termo, verificamos que a sensibilidade materna apresenta valores médios mais baixos na nossa amostra. Com efeito, o nosso estudo adiciona-se a um corpo de conhecimento (op. cit.) que indica que o comportamento materno é afetado por fatores de risco como a prematuridade, a literacia e condição económica das mães. Não só a sensibilidade materna é menor, como o valor médio referente ao comportamento materno é relativamente inferior à generalidade dos estudos realizados em Portugal com bebés de termo (e.g., Rodrigues, et al., 2018). Eventualmente, a condição de prematuridade afetará os comportamentos das mães.

Especulamos que na necessidade de responder às necessidades do bebé muito ou extramente prematuro, as mães tendem para comportamentos mais controladores e focados no bebé. Noutras pesquisas portuguesas e internacionais (Fuertes, Beeghly, et al., 2009; Almeida et al., 2018), o comportamento das mães dos bebés prematuros já tinha sido descrito como intrusivo ou excessivo.

Com o uso da escala MINDS, podemos compreender os aspetos particulares do comportamento materno. A Expressão Facial foi o aspeto comportamental materno com pontuação média superior, enquanto as Trocas Afetivas obtiveram as menores pontuações médias aos 3 e aos 9 meses. Embora atentas e responsivas, as mães tendem a apresentar dificuldades no estabelecimento de uma interação recíproca e mutuamente prazerosa.

Num contexto diádico, possivelmente, essas dificuldades resultam também do contributo do bebé e correção diádica (Gianino, & Tronick, 1988).

### **5.3. Qualidade Interativa Infantil aos 3 e aos 9 meses**

Paralelamente ao estudo da resposta materna, estudamos o comportamento interativo dos bebés. As classificações dos bebés na Cooperação infantil indicam, igualmente, uma qualidade moderada. Os bebés apresentam dificuldades na interação, particularmente ao nível da sincronia. Tanto aos 3 como aos 9 meses, e tal como aconteceu com o comportamento materno, a Expressão Facial foi o domínio do comportamento interativo infantil com pontuações médias mais altas. As Trocas Afetivas obtiveram a pontuação mais baixa, corroborando, as descrições anteriores do bebé de pré-termo como menos responsivo e afetivo (Fuentes, Beeghly, et al., 2009).

Adicionalmente, no comportamento infantil, o Posicionamento e Manipulação apresentaram um aumento significativo das pontuações médias entre os 3 e os 9 meses. Esta subida poderá ser um indicador de que os bebés, no segundo momento, seriam mais autónomos a deslocarem-se no espaço e a manipularem os brinquedos, o que explicaria a melhoria neste aspeto do comportamento interativo do bebé. Com efeito, entre os 3 e os 9 meses existem diversos marcos no desenvolvimento motor típico (e.g., segurar um objeto com a oposição do polegar ou o gatinhar) que justificam os ganhos em termos de deslocações e manipulação de objetos (Papalia, et al., 2009). Assim, este é um indicador de que o avanço no desenvolvimento infantil vai introduzindo mudanças na interação mãe-bebé, que desafia a relação e o vínculo estabelecido.

### **5.4. Associação entre os dados demográficos e qualidade interativa obtida na escala CARE-Index**

Aos 3 meses, a Idade da Mãe foi um dos fatores com maior associação aos comportamentos interativos maternos e infantis. Com efeito, as mães mais velhas demonstram maior sensibilidade materna, bem como os seus bebés também revelam

valores mais altos de cooperação infantil. No mesmo sentido, mães mais novas tenderam a apresentar mais comportamentos de Controlo Materno.

Contrariamente, num estudo anterior verificou-se que as mães mais novas de bebés de termo tinham apresentado comportamentos de maior Passividade Materna, ou seja, foram menos ativas, propuseram menos atividades e foram pouco exigentes (Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa, et al., 2009). Será que a prematuridade tem um impacto distinto, aliada ao fator idade?

Independentemente do fator idade, em vários estudos (e.g., Fuertes, 2004; Seixas, et al, 2017), verificou-se igualmente uma associação entre o envolvimento materno e os comportamentos infantis enquadrados dentro do Padrão Socialmente Positivo. Com efeito, mães com interações mais positivas e adequadas obtiveram, de igual modo, respostas positivas (e.g., sorrisos, vocalizações) por parte dos seus bebés.

Em investigações anteriores, a Sensibilidade Materna ficou associada a outras características. Por exemplo, no estudo de Fuertes (2004) acerca das rotas de vinculação em bebés nascidos de pré-termo, verificou-se que as mães com mais anos de escolaridade demonstravam tendencialmente valores mais altos de Sensibilidade Materna.

Tal como foi referido, a Sensibilidade Materna surge associada a diferentes fatores demográficos, dependendo do estudo. Importa ainda referir que esta era uma amostra composta por mães pertencentes a um contexto socioeconómico médio, o que também influencia os resultados obtidos.

## **5.5. Corroborando o impacto da prematuridade na qualidade da interação mãe/filho(a)**

Aos 3 meses verificou-se que os bebés com menor peso gestacional apresentavam tendencialmente comportamentos mais difíceis, com períodos de choro e/ou agitação. Inversamente, aos 3 e 9 meses, bebés com maior peso gestacional demonstraram tendência para comportamentos mais passivos, com baixa responsividade e interatividade com a mãe.

Em primeiro lugar, referente aos bebês com menos peso gestacional e comportamentos mais difíceis, na investigação de Almeida e colegas (2018) as representações das mães acerca dos seus bebês de extremo pré-termo eram diversas: “a maioria das mães dos bebês de extremo pré-termo não soube como descrever o seu bebê, ou fez variar a sua resposta entre bebê calmo e agitado/chorão” (Almeida et al., 2018, p. 158).

Estes autores sugeriram que a dificuldade na perceção materna acerca do temperamento dos bebês de extremo pré-termo pode estar relacionada com a baixa competência dos bebês na sua autorregulação e o facto de estarem constantemente sujeitos a procedimentos de saúde mais evasivos, ambos originados pela condição de extrema prematuridade. Estas representações menos positivas têm impacto na perceção do temperamento do bebê e, conseqüentemente, na qualidade futura da vinculação.

Eventualmente, os bebês com menor Peso Gestacional passam mais tempo nos cuidados intensivos, sujeitos a cuidados dolorosos e intrusivos e adquirem mais estratégias de contenção e controlo comportamental. Em consequência dessa situação, as mães apresentam mais ansiedade e preocupações face à saúde e sobrevivência dos seus filhos (Fuertes, et al., 2011; Almeida et al., 2018).

Adicionalmente, aos 3 meses, os bebês com menor Idade Gestacional, menores valores no Índice de Apgar ao 1.º minuto e com maior Número de dias em internamento tinham mães com mais comportamentos passivos. Por outras palavras, os bebês com estes fatores demográficos eram os bebês mais afetados pela extrema prematuridade.

No caso do Índice de Apgar, Peso gestacional e Número de dias de internamento, estes aspetos traduzem problemas clínicos os quais estão fora do controlo ou da atuação das mães. Por outro lado, possivelmente seriam bebês com piores condições de saúde peri e pós-natal o que remete para uma maior atuação dos profissionais de saúde e menor das mães (Fuertes, et al., 2011; Gonçalves et al., 2020), ou seja, os bebês passam mais tempo afastados das suas mães.

Resultados idênticos são obtidos aos 9 meses. As associações entre os valores do Índice de Apgar e o comportamento infantil podem também estar relacionadas com as

percepções maternas no período de pós-parto. No estudo de Almeida et al. (2018), as mães com bebês de pré-termo com valores mais baixos no Índice de Apgar, Peso e Idade Gestacional demonstraram mais sentimentos de receio pela condição de prematuridade do bebê, admitiram terem sentido choque com a notícia do nascimento e previram dificuldades nos cuidados futuros.

Em concordância, no mesmo estudo, as mães que não anteciparam problemas no futuro eram mães com bebês com mais Idade Gestacional, Peso Gestacional e valores mais altos no Índice de Apgar. Por outras palavras, bebês de pré-termo com valores mais baixos no Índice de Apgar tinham tendencialmente mães mais preocupadas com o impacto que a prematuridade pudesse ter na condição presente e futura do seu bebê.

Em suma, os bebês com piores indicadores da sua condição de saúde – menor peso gestacional, menos idade gestacional, menores valores no Índice de Apgar e maior número de dias de internamento – eram os bebês mais afetados pela extrema prematuridade, que precisaram de maior intervenção médica e, conseqüentemente, estiveram em menor contacto com as suas mães. Por outro lado, tendo nascido muito antes do que o esperado, também se encontram menos preparados para interagir e para se autorregular, traduzindo-se em comportamentos difíceis. Estas características do bebê de extremo pré-termo dificultam a percepção da mãe acerca do seu temperamento e resulta em respostas maternas menos adequadas, com tendência para comportamentos maternos passivos. Esta desadequação da resposta materna, repetida ao longo do tempo, diminui a qualidade das interações e inevitavelmente impede o estabelecimento de uma vinculação segura.

Em segundo lugar, a associação entre o maior peso gestacional e os comportamentos infantis passivos está em confirmação do estudo realizado por Rodrigues e colegas (2018), ao verificar que bebês com maior peso gestacional tinham tendencialmente comportamentos mais passivos, na amostra de díades com bebês de termo de nacionalidade portuguesa.

Adicionalmente, nos resultados os bebês com valores inferiores de Índice de Apgar ao 5.º Minuto revelaram comportamentos de compulsão/submissão. No mesmo

estudo de Rodrigues e colegas (2018), os comportamentos de compulsão infantil obtiveram correlações positivas com comportamentos de controlo materno.

Tanto na nossa pesquisa como noutros estudos, verifica-se que as mães mais controladoras, com bebés mais passivos ou compulsivos/submissos, oferecem menos espaço à participação do bebé. No estudo de Fuertes e colegas (2011) é indicado que os bebés de pré-termo nascem com menor nível de alerta e responsividade, sendo o comportamento materno adaptado para compensar esta necessidade, apresentando mais respostas controladoras e/ou intrusivas. Quanto ao peso gestacional, a mãe tem um papel importante na inversão desse quadro clínico e, possivelmente por isso, empenha-se e daí surge o aumento do controlo comportamental.

A nossa pesquisa parece suportar a corrente do modelo Transaccional (Sameroff & Fiese, 2000), as mães dos bebés de muito ou extremo pré-termo tendem a apresentar comportamentos intrusivos e controladores em resposta ao comportamento infantil de passividade, sobretudo quando estes bebés têm baixo Peso Gestacional. O comportamento das mães tende a funcionar como suporte e estímulo para o comportamento do bebé, e a condição de nascimento e saúde a potenciar o comportamento materno, num processo de feedback contínuo, em que as transições de estado têm rotas específicas de relacionamento.

Contudo, em bebés que nasceram com piores indicadores de saúde e passaram mais tempo internados, as rotas de relacionamento passam pela mãe ter um papel mais passivo (eventualmente para dar espaço aos profissionais de saúde) e o bebé acaba por apresentar um comportamento mais difícil. Assim, a prematuridade não pode ser encarada como um estado único, mas como uma situação sistémica de riscos e fatores pessoais de compensação ao risco que afetam as rotas da vinculação.

Em suma, o conjunto da investigação desenvolvimento no campo da interação mãe-filho/a, indica que quanto mais sensível for a mãe é às necessidades do seu bebé, maior será a cooperação do bebé e, por conseguinte, a qualidade das interações será melhor (Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa, et al., 2009; Rodrigues, et al., 2018;

Fuertes, Beeghly, et al., 2011). Por outras palavras, as respostas da mãe e do bebé tenderão a ser mais adequadas e recíprocas, mantendo uma atividade adequada ao nível de desenvolvimento (proximal) da criança, com trocas afetivas apropriadas e frequentes. Este aspeto é, particularmente, importante para o bebé nascido antes das 32 semanas porque, com a extrema prematuridade, o bebé encontra-se menos preparado para as interações e responder adequadamente. Assim, é fundamental que o comportamento materno conforte e proteja, permitindo o estabelecimento de uma relação segura.

Pensamos que a sensibilidade materna e/ou ausência se possa associar às características da criança (e.g., peso gestacional, Apgar) e sua respetiva família (e.g., idade da mãe, condição económica da família). De um modo geral, a literatura científica indica que mães sem condições de risco assinaláveis demonstram maior sensibilidade às necessidades do bebé, sendo este facto mais visível em termos de expressão facial, afetiva e posicionamento e manipulação das crianças (Serradas, et al., 2016; Rodrigues, et al., 2019; Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa, et al., 2009; Fuertes, Faria, Soares & Crittenden, 2009). Assim, mães e crianças que se encontrem vulneráveis a fatores de risco (stress, falta de apoio social, desemprego, depressão, entre outros) podem apresentar problemas na forma de expressar facialmente e comportamentalmente as suas emoções,

Deste modo, faz sentido que os fatores demográficos afetem o comportamento do bebé, da mãe e da díade neste grupo de estudo. Numa abordagem transacional (Sameroff & Fiese, 2000), a perspetiva é de que a qualidade da relação diádica é resultado da combinação das características individuais, das relações com os outros e das interações que daí advêm, sendo igualmente influenciada pelos contextos físicos e cronológicos. Assim, idealmente, as díades devem ser acompanhadas, de modo a que a mãe possa melhorar as suas interações com o bebé, adotando comportamentos mais sensíveis. Por conseguinte, as trocas entre a díade servirão para apoiar o desenvolvimento do bebé e ajudá-lo a ganhar controlo sobre as suas ações e sobre o seu mundo.

Na nossa pesquisa, fatores como o peso gestacional e Índice de Apgar afetaram o comportamento do bebé e as mães mais velhas, que, porventura, teriam melhor situação profissional e estabilidade económica, e conseguiram responder às necessidades do bebé

com sensibilidade. Assim, torna-se evidente de que a sensibilidade materna é fundamental para o estabelecimento de interações positivas e de uma relação prazerosa.

Consequentemente, e de acordo com o modelo de correção diádica (Beeghly, et al., 2011), a mãe e o bebê formam um sistema diádico, no qual ambos regulam as suas interações, afetos e comportamentos, pelo que é fundamental que cada um seja capaz de identificar o significado e intenção e si mesmo e do outro. O papel da mãe é fundamental para interpretar e responder às mudanças de estado do bebê e na reparação dos desencontros afetivos e comunicativos (Beeghly, et al., 2011). As mães com sensibilidade têm de ser capazes de se autorregular, para que estejam disponíveis para interpretar e responder adequadamente aos pedidos do bebê. Assim, a autorregulação materna é fulcral para apoiar a autorregulação e desenvolvimento do bebê (Beeghly, et al., 2011). Serradas e colegas (2016) defendem que

O sucesso ou o fracasso da sua regulação mútua durante as interações sociais depende de quão clara e eficazmente cada parceiro é capaz de identificar o seu próprio significado e intenção, bem como de apreender e compreender o significado e intenção do outro. (Serradas et al., 2016, p. 21)

Assim, o comportamento sensível da mãe irá ter impacto no comportamento infantil, mais cooperante, que também irá influenciar o comportamento materno. Esta relação, construída na base da reciprocidade, sensibilidade e cooperação, servirá como fator de resiliência e como estímulo ao desenvolvimento da criança, uma vez que a dinâmica da relação diádica e a regulação mútua da comunicação entre a mãe e o bebê apoiam o envolvimento do bebê com o mundo ao seu redor, bem como na compreensão de novos significados (Beeghly et al., 2011).

6. CONTRIBUTOS PARA A  
PRÁTICA

| | " | | " |

O presente estudo contribuiu para a expansão do corpo de conhecimento acerca da qualidade da vinculação nas díades com bebês de pré-termo e extremo pré-termo. Apesar de realizado com uma amostra de participantes reduzida, este é um estudo que apresenta alguns indicadores que devem ser considerados nas práticas da Intervenção Precoce e das equipas de saúde que acompanham o nascimento e desenvolvimento dos bebês de pré-termo e extremo pré-termo.

A sensibilidade materna e a qualidade das interações são aspetos importantes para contribuir para uma regulação mútua e, naturalmente, a autorregulação do bebé. Tal como referem Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa e colegas (2009), a propósito do estudo sobre os resultados satisfatórios obtidos durante a interação entre a mãe e o bebé:

A capacidade de regulação do próprio comportamento e a capacidade de contribuir para a regulação do funcionamento diádico parece ter permitido aos dois parceiros manter a interação num molde suficientemente satisfatório para ambos e, fundamentalmente, recuperar dos momentos de desacerto. (Fuertes, Faria, Soares, Oliveira Costa et al., 2009, p. 135)

No caso dos bebês de pré-termo e extremo pré-termo, que, pela sua condição, podem apresentar algumas características que dificultem a interação diádica, torna-se essencial que se recorra a estratégias promotoras de um bom nível de relação entre a mãe e o bebé. O toque no bebé pode ser fundamental para apoiar o desenvolvimento do mesmo, sobretudo para o estabelecimento de um vínculo.

Uma das estratégias poderá ser a implementação do método canguru, especialmente indicado para bebês nascidos prematuramente e com baixo peso gestacional. Esta técnica consiste em ter o recém-nascido com pouco vestuário, na posição vertical, com o apoio de um lenço/pano, para possibilitar o maior contacto possível com o peito da mãe/pai (na pele) (Ordem dos Enfermeiros, s.d.). O método tem como principais vantagens o aumento do vínculo entre a mãe e o bebé, reforça a sensação de confiança dos pais nos cuidados a terem com os bebês, diminui a frequência hospitalar e proporciona um melhor relacionamento da família com os técnicos que acompanham o bebé.

Esta prática é sobretudo utilizada no contexto das unidades de cuidados intensivos neonatais. Porém, propomos estimular as famílias a desenvolver esta prática após a alta. Em primeiro lugar, porque contribui para uma transição mais adequada (com momentos comuns antes e depois da alta). Depois, permite estimular comportamentos sensíveis em contexto familiar. Saliente-se que este método deve ser implementado o mais precocemente possível, com a família, por sua escolha, por uma equipa devidamente treinada. Contudo, quando as famílias estão familiarizadas e experientes no método, são autónomas para iniciar a sua realização sem a vigilância do profissional de saúde.

Outra estratégia frequentemente implementada com os bebés nascidos antes das 37 semanas, é a massagem. Aprendendo os pais com a equipa de neonatologia ou fisioterapeuta, esta é uma técnica de relaxamento e promoção de bem-estar. A massagem deve ser feita em contacto direto com a pele do bebé, com toque firme e abrangendo todo o corpo. A massagem é recomendada a bebés de pré-termo, uma vez que contribui para o aumento de peso, estimula o desenvolvimento neuronal, apoia o sono, melhora o sistema imunitário e circulatório, além de satisfazer o bebé na sua necessidade de conforto e toque (Rasing Children, s.d.).

Uma vez que a sensibilidade materna é um fator que influencia bastante a relação diádica e, por consequência, o desenvolvimento infantil, apoiar a forma como as mães interagem com os seus bebés, de maneira a também promover o desenvolvimento saudável do bebé, é fundamental. Desta forma, uma outra estratégia poderá ser o acompanhamento aos pais, no seu percurso da parentalidade, não só de equipas médicas, mas também de Equipas Locais de Intervenção (ELIs), de associações ou outras entidades.

Alguns exemplos disso são a Associação “Os Francisquinhos” – Associação de Pais e Amigos das crianças do Hospital São Francisco Xavier, a Associação XXS e a Associação A PAR. A primeira, a Associação “Os Francisquinhos” tem como objetivo principal apoiar os bebés nascidos, no Hospital S. Francisco Xavier, com alto risco perinatal, tais como bebés de extremo pré-termo ou com peso gestacional abaixo das 1500g. Esta associação proporciona sessões gratuitas de reabilitação e/ou Intervenção Precoce domiciliar, prevenindo futuras incapacidades e apoiando as famílias mais

carenciadas, que frequentemente não têm disponibilidade financeira para sustentar este tipo de apoios.

A segunda, a Associação XXS, dedica-se especificamente ao apoio à prematuridade e às várias consequências que esta condição pode trazer para o bebé, preparando a família para lidar com esta nova realidade. Por último, a Associação A PAR, tem como principal objetivo potenciar o desenvolvimento infantil, especificamente na faixa etária dos 0 aos 6 anos, em parceria com os pais. Esta associação dinamiza várias atividades familiares, promovendo o contacto entre pais e filhos.

Para terminar, o acompanhamento e preparação para a parentalidade podem ser feitos através da abordagem TouchPoints, que se rege pelos seguintes princípios:

os pais são os peritos nos seus filhos; todos os pais têm forças; todos os pais querem fazer o melhor com os seus filhos; todos os pais têm algo de fundamental a partilhar em cada etapa do desenvolvimento; todos os pais têm sentimentos ambivalentes; e a parentalidade é um processo de tentativa/erro (Almeida et al., 2018 p. 162)

Através desta abordagem, os profissionais proporcionam a oportunidade de serem os próprios pais a identificar as capacidades do bebé (Almeida et al., 2018). Esta estratégia não só ajuda no desenvolvimento de um vínculo e interação saudável entre os pais e o bebé, como também deixa um sentimento de competência aos progenitores, enquanto capazes de cuidarem do seu bebé.

Qualquer uma das estratégias mencionadas – método canguru, massagem ou acompanhamento das práticas parentais – deve ser iniciada o mais cedo possível, durante o internamento do bebé, e incentivar a que sejam igualmente mantidas em casa. O acompanhamento das famílias e do bebé deve ser considerado fundamental, de maneira a apoiar não só o desenvolvimento do bebé, como o bom equilíbrio da díade e das interações entre o bebé e os pais.

Para o referido equilíbrio, a sintonia entre os dois intervenientes é essencial e deverá ser um dos focos dos profissionais que apoiam a interação entre a mãe e o bebé. Tal como defendem Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa e colegas (2009),

A reciprocidade pode ser outro elemento chave na intervenção em díades de risco: como em qualquer dança, são necessários dois parceiros, guiados pela mesma música, com movimentos sincronizados, à mesma velocidade e dando a cada um a sua vez. Aos profissionais cabe potenciar a reciprocidade através de actividades que impliquem a coordenação e esforços entre pais e filhos e mútua participação. (Fuertes, Faria, Soares, Oliveira-Costa, et. al, 2009, p. 137)

O presente estudo vem confirmar a possibilidade de continuidade nos padrões de interação entre a mãe e o bebé, tanto nos casos em que a qualidade é elevada, como naqueles em que a interação é desadequada. Tendo em consideração que o modo de interação da mãe influencia o modo de interação do bebé e vice-versa, pode inclusivamente deixar o bebé desregulado e menos disponível para interagir com o mundo que o rodeia.

A prematuridade e a extrema prematuridade são condições que podem afetar a vida de um bebé e o seu futuro desenvolvimento. Porém, existem várias evidências de que esta não é uma condição determinante por si só, existindo outros componentes que podem contrariar os seus efeitos. Sendo um deles a qualidade da vinculação, importa reforçar a necessidade de apoiar as famílias para que sejam capazes de interagir adequadamente com o bebé, especialmente no caso de ser de pré-termo. Será, assim, a família, as relações estabelecidas e o amor existente que constituirá a força e fonte de resiliência destes bebés, que os preparará para o mundo e os apoiará e ajudará a ultrapassar os obstáculos e dificuldades.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

| | " | | | " |

Em primeiro lugar, verificamos que a sensibilidade materna é afetada pela condição de prematuridade. Numa amostra de baixo risco económico e social, os valores de sensibilidade materna e de cooperação infantil, tanto aos 3 como aos 9 meses, são inferiores quando comparados com alguns estudos com bebés de termo. Ainda que numa pequena amostra, os nossos dados indicam-nos que a extrema prematuridade (bebés nascidos com menos 32 semanas) pode afetar a forma da mãe atuar com o bebé (quer afetivamente, quer em termos de regras quer em termos de jogo proposto).

Adicionalmente, verifica-se uma relativa continuidade dos 3 para os 9 meses, tanto no comportamento materno, como infantil, o que é um aspeto positivo quando as díades apresentam elevada qualidade. Porém, nas díades de risco ou com problemas interativos, se não existir acompanhamento, as problemáticas irão persistir ao longo do tempo, podendo inclusivamente agravar-se. Estes problemas na díade podem ter consequências no desenvolvimento do bebé.

As práticas de Intervenção Precoce devem considerar a vinculação enquanto uma área essencial de atuação, focada em promover a sensibilidade materna e cooperação infantil. A relação entre a mãe e o bebé poderá ser fundamental para potenciar o desenvolvimento infantil, nomeadamente ao nível socioemocional – domínio este que é fundamental no estabelecimento da relação com os pares, na socialização e estão na origem dos processos morais.

Nas interações, em termos do aspeto mais sensível do comportamento materno e dos bebés extremamente prematuros estudados, verificamos que é a Resposta Facial, enquanto o comportamento menos sensível é as Trocas Afetivas. Estas serão certamente as áreas que devem estar no centro da atuação dos profissionais de intervenção precoce: a expressão facial enquanto uma força para a interação e as trocas afetivas como uma necessidade a ser promovida nas díades.

Relativamente à prematuridade, tanto fatores maternos (e.g., idade da mãe), como a própria condição de prematuridade e saúde neonatal do bebé (e.g., Peso Gestacional, Idade Gestacional e Índice de Apgar) afetam os comportamentos infantis e maternos. Assim, importa intervir junto da díade, tendo em consideração estes dados, já reportados

em estudos anteriores, preparando os pais para interagir adequadamente com os bebês de pré-termo e extremo pré-termo.

Este estudo corrobora como as características do bebê de pré-termo e extremo pré-termo podem afetar as interações e a qualidade da relação com a mãe, uma vez que bebês nascidos prematuramente tendem a ser descritos como menos alertas e menos responsivos. Quando a mãe não tem comportamentos sensíveis para com o seu bebê e consequentemente prejudica a sua relação com o bebê, afeta negativamente a sua capacidade de autorregulação.

Os bebês com frequentes episódios de desregulação emocional dedicam a sua energia essencialmente para esse processo de regulação e manutenção do equilíbrio, dedicando menos tempo na interação com o mundo à sua volta (Tronick, & Beeghly, 1999). Consequentemente, os problemas na regulação mútua podem comprometer o desenvolvimento infantil e os comportamentos do bebê.

Por outro lado, a dificuldade do bebê na sua autorregulação pode também dificultar a interpretação dos pais e resultar numa resposta parental desadequada. Neste sentido, a intervenção por parte dos profissionais de Intervenção Precoce e de outras áreas diretamente relacionadas com o bebê e a parentalidade torna-se fundamental:

a incapacidade de autorregulação poderá traduzir-se em respostas emocionais não compreendidas. O apoio à interpretação dos sinais dos filhos e o ensino dos pais sobre como ajudar os seus filhos a organizar a actividade regulatória é outro dos papéis do profissional de intervenção precoce. (Fuentes, Faria, Soares, Oliveira-Costa, et al., 2009, p. 136)

Em suma, a qualidade das interações é uma área central da intervenção precoce na infância na medida em que diversos aspetos das trocas diádicas (e.g., troca de olhares, respostas afetivas) são essenciais para apoiar o sistema de regulação do bebê e o próprio estabelecimento da vinculação (Beeghly, et al., 2011). Tendo em conta o modelo de correção diádica (Beeghly et al., 2001), e uma vez que os bebês de pré-termo e extremo pré-termo nascem menos preparados para a relação, os profissionais da Intervenção Precoce devem priorizar o apoio à mãe, de maneira a promover interações

sensíveis, uma vez que as suas respostas irão ajudar a própria regulação do bebé, numa regulação recíproca e diádica.

## 8. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS

| | " | | " |

A presente dissertação traz alguns contributos e algumas ideias-chave sobre a relação diádica, entre a mãe e o bebé, nascido antes das 32 semanas. Contudo, apresenta algumas limitações.

Em primeiro lugar, o reduzido número de participantes não permite a generalização. Esta generalização poderia ser útil de forma a compreender-se melhor as interações e relações entre a mãe e o bebé, no 1.º ano de vida, sobretudo no caso de bebés nascidos em extremo pré-termo, que diferem em vários aspetos dos bebés nascidos a termo.

O alargamento da amostra estudada seria fundamental para apoiar a construção de um corpo de conhecimento acerca da relação da mãe com o bebé extremo prematuro. Com efeito, este seria um contributo com vista a aumentar a eficácia das práticas de intervenção precoce, uma vez que a relação mãe-filho/a pode contribuir para ajudar a atenuar problemas no desenvolvimento da criança.

Em segundo lugar, a análise de resultados baseia-se em parte na estatística descrita e correlacional, que evidentemente cumpre os objetivos de estudo, mas não descreve o tipo e sentido da causalidade entre as variáveis dependentes e independentes. Adicionalmente, a observação das díades foi realizada fora do seu contexto familiar podendo condicionar alguns dos seus comportamentos, ainda que a escala e a metodologia usada avaliem aspetos transversais aos vários contextos.

Face aos resultados, seria importante estudar o impacto do comportamento materno e infantil no desenvolvimento subsequente da criança e na qualidade da vinculação a partir dos 12 meses. Incluindo nesta sugestão, poderia ser feita a investigação com dois grupos com díades com bebés de extremo pré-termo, um deles com intervenção ao nível da relação mãe-bebé e outro sem qualquer intervenção, comparando não só a qualidade das interações, mas também o desenvolvimento global das crianças. Ainda outro estudo pertinente seria a recolha de dados efetuados com bebés de termo, de forma a possibilitar a comparação de resultados entre bebés de termo e pré-termo.

Por fim, seria igualmente interessante aplicar estudos com os mesmos objetivos noutros países e/ou meios culturais, percebendo de que forma é que a prematuridade tem impacto na qualidade da relação mãe-bebé entre as diferentes culturas.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

| | " | | " |

- A PAR Aprender em Parceria (s.d.). *Quem somos*. A PAR Aprender em Parceria. Consultado a 09 de janeiro de 2021 em <https://a-par.org/quem-somos/>
- Aguiar, C. (2006). *Comportamentos Interactivos Maternos e Envolvimento da Criança*. [Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Científico da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19565/2/29506.pdf>
- Ainsworth, M. D. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychology*, 34, 932-937.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. W., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment - A psychological study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Almeida, A. R., Antunes, S., Silva, R., Casimiro, R., Alves, M. & Fuertes, M. (2018). Representações maternas em díades com bebés de termo, pré-termo e extremo pré-termo. In Fuertes, M., Nunes, C., Lino, D. & Almeida, T. (2018, org.). *Teoria, Praticas e Investigação*, 132-180. CIED: Escola Superior de Educação de Lisboa. ISBN 978-989-8912-02-2
- Almeida et al. (2020). Representações maternas acerca da gravidez, da vivência perinatal e temperamento do bebé em díades portuguesas com bebés de termos, prematuros e prematuríssimos In Fuertes, M., et al. (2020, org.). *Teoria, Praticas e Investigação II*, 49-76. CIED: Escola Superior de Educação de Lisboa. ISBN 978-989-8912-02-2
- Antunes, S., Fuertes, M., & Moreira, J. (2020). Um olhar sobre a Grande Prematuridade: A investigação com bebés nascidos com menos de 32 semanas de gestação. In Fuertes, M., et al. (2020, org.). *Teoria, Praticas e Investigação II*, 132-180. CIED: Escola Superior de Educação de Lisboa. ISBN 978-989-8912-02-2
- Arnaud, C., Larroque, B., Ancel, P. Y., Marret, S., Marchand, L., André, M., & Kaminski, M. (2008). Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old-children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): A longitudinal cohort study. *Lancet*, 371(9615), 813-820. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60380-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60380-3)

- Associação “Os Francisquinhos” – Associação de Pais e Amigos das Crianças do Hospital São Francisco Xavier. Os Francisquinhos. *Os Francisquinhos*. Consultado a 16 de janeiro de 2021 em [https://www.facebook.com/Os-Francisquinhos-196840037015513/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/Os-Francisquinhos-196840037015513/?ref=page_internal)
- Barbosa, M., Beeghly, M., Gonçalves, J., Moreira, J., Tronick, E., & Fuertes, M. (2019). Predicting Patterns of regulatory Behavior in the Still-Face Paradigm at e Months. *Infancy*, 24(4), 501-525. <https://doi.org/10.1111/infa.12293>
- Beeghly, M., Fuertes, M., Liu, C., Delonis, M. S. (2010). Maternal sensitivity in dyadic context: Mutual regulation, meaning-making, and reparation. In D.W. Davis & M.C. Logsdon (Eds). *Maternal sensitivity: A scientific foundation for practice*. Hauppauge, 59-83. Nova Science Publishers, Inc. ISBN: 978-1-61122-728-4
- Chiodelli, T., Rodrigues, O., Pereira, V., Lopes dos Santos, P., & Fuertes, M. (2020). Interactive behaviors between mothers and theirs prematurely born infants in the face-to-face Still-Face Paradigm. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 37, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e180164>
- Crittenden, P. M. (2003b). *CARE-Index Manual* (não publicado).
- Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro. *Diário da República*, 1ª série – N.º 193.
- Direção-Geral da Saúde (s.d.). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. SNS Serviço Nacional de Saúde. Consultado em a 16 de janeiro de 2021 em <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1988). Determinants of parent and child interactive behavior. In K. Marfo (Ed.). *Parent-child interaction and developmental disabilities: Theory, research, and intervention*, 3-31. Praeger Publishers.
- Faria, A., Lopes dos Santos, P., & Fuertes, M. (2014). Pais e mães protegem, acarinhos e brincam de formas diferentes. *Análise Psicológica*, 32(4), 419-437. <https://doi.org/10.14417/ap.698>

- Fuertes, M. (2004). *Rotas da vinculação: O desenvolvimento do comportamento interactivo e a organização da vinculação no primeiro ano de vida do bebé prematuro*. [Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Repositório Científico da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/53629>
- Fuertes, M. (2011). Histórias de vida: da investigação à intervenção precoce. *Educação: Da Investigação às práticas*, 1(1), 89-109. 10.25757/invep.v1i1.56
- Fuertes, M., & Luís, H. (2014). Vinculação, Práticas Educativas na Primeira Infância e Intervenção Precoce. *Interações*, 10(30), 1-7. <https://doi.org/10.25755/int.4023>
- Fuertes, M. & Santos, M. (2015). Parenting and Attachment in Portuguese Families. In G. Nicolas, A. Bejarano, & D. L. Lee. *Contemporary Parenting: A Global Perspective* (pp. 156-171). Routledge Press. ISBN: 9781848725744
- Fuertes, M., Beeghly, M., Lopes dos Santos, P., & Tronick, E. (2009). Predictor of infant positive, negative and self-direct coping during face to face still-face in a Portuguese preterm sample. *Análise Psicológica*, XXIX(4), 553-565. <https://doi.org/10.14417/ap.103>
- Fuertes, M., Canelha, Oliveira-Costa, A., Faria, A., Ribeiro, Sorares, H., Sousa & Lopes dos Santos, P. (2014). *Mother-infant descriptive dyadic system – MINDS*.
- Fuertes, M., Lopes-dos-Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2009). Infant Coping and Maternal Interactive Behavior Predict Attachment in a Portuguese Sample of Healthy Preterm Infants. *European Psychologist*, 4, 320-331. doi: 10.1027/1016-9040.14.4.320
- Fuertes, M., Lopes-dos-Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2006). More than Maternal Sensitivity Shapes Attachment: Infant Coping and Temperament. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1094, 292-296. doi: 10.1196/annals.1376.037

- Fuertes, M., Faria, A., Soares, H., & Crittenden, P. (2008). Mother-child patterns of interaction: the impact of premature birth and social economical background. *Acta Ethologica*, 12, 1 1-11. doi:1007/s10211-008-0051-4
- Fuertes, A. Faria, A, Soares, H., & Oliveira-Costa, A. (2010). Momentos de interação em que as emoções apre(e)ndem: estudo exploratório sobre a prestação materna e infantil em jogo livre. *Psicologia USP*, 21, 4, 833-857. ISSN 0103-6564
- Furtes, M., Faria, A., Fink, N., & Barbosa, M. (2011). Associations among maternal representations at birth and attachment in portuguese dyads with preterm and full term infants. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 79-86. ISSN 0214-9877
- Gianino, A., & Tronick, E. Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In T. M. Field, P. Mccabe, N. & Schneiderman (Eds.), *Stress and coping across development*, 47-68. Psychology Press.
- Goldenberg, R. L., Cullane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371, 75-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)
- Gonçalves, J., Fuertes, M., Alves, M. J., Antunes, S., Almeida, R., Casimiro, R., & Santos, M. (2020) Maternal representations in Portuguese dyads with full-term, pre-term and extremely pre-term. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 1-16 <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02934-8>
- Green, J., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2015). The myth of the miracle baby: how neonatal nurses interpret media accounts of babies of extreme prematurity. *Nursing Inquiry*, 22(3), 273-281. <https://doi.org/10.1111/nin.12095>
- Greenough, A. (2013). Long-term respiratory consequences of premature birth at less than 32 weeks of gestation. *Early Human Development*, 89(2), 525-527. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.07.004>

- Greenough, A., Alexander, J., Burgess, S., Bytham, J., Chetcuti, P. A., Hagan, J., Lenney, W., Melville, S., Shaw, N. J., Boorman, J., Coles, S., Pang, F., & Turner, J. (2006). Preschool healthcare utilization related to home oxygen status. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 91(5), 337-341. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2005.088823>
- Grossman, K., Spangler, G., Suess, G., & Unzer, L. (1985). Maternal Sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1/2), 233-256. <https://doi.org/10.2307/3333836>
- Lamônica, D. A., & Ferraz, P. M. (2007). Leucomalácia periventricular e diplegia espástica: implicações nas habilidades psicolingüísticas. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19(4), 357-362. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872007000400006>
- Ordem dos enfermeiros. *Dia Internacional de Sensibilização para o Método Canguru*. Obtido de Ordem dos enfermeiros ninguém está sozinho. Consultado a 15 de 05 de 2019 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/conteudos/dia-internacional-de-sensibiliza%C3%A7%C3%A3o-para-o-m%C3%A9todo-canguru/>
- World Health Organization (2018). *Preterm birth*. Obtido de World Health Organization. Consultado a 03 de 01 de 2021 em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *O Mundo da Criança*. McGraw-Hill. ISBN 978-85-7726-041-6
- Pedromônico, M. R. (2006). A relevância da avaliação psicológica na clínica pediátrica. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Eds.) *Temas em Psicologia Pediátrica*, 81-107. Casa do Psicólogo.
- Pereira, M. R., & R., F. C. (2004). Avaliação de alguns aspectos da aquisição e desenvolvimento da linguagem de crianças nascidas pré-termo. *Arquivos de*

*Neuro-Psiquiatria*, 62(3), 641-648. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000400014>

Raising Children the Australian parenting website. Consultado a 28 de 12 de 2020 em: <https://raisingchildren.net.au/>

Riechi, T. I., Moura-Ribeiro, M. V., & Ciasca, S. M. (2011). Impacto do nascimento pré-termo e com baixo peso na cognição, comportamento e aprendizagem de escolares. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(4), 495-501. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000400005>

Rodrigues, C., Ribeiro, C., Lamônica, D., Lopes dos Santos, P., & Fuertes, M. (2018). Estudo da intercultural da interação mãe-filho(a) em situação de jogo livre aos 9 meses de vida com mães brasileiras e mães portuguesas. In Fuertes, M., Nunes, C., Lino, D. & Almeida, T. (2018, org.). *Teoria, Praticas e Investigação*, pp.74-107. CIED: Escola Superior de Educação de Lisboa. ISBN 978-989-8912-02-2

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds). *Handbook of Early Childhood Intervention*, 135-159. Cambridge University Press.

Sansavini, A., J., P., Justice, L., Guarini, A., Savini, S., Alessandroni, R., & Faldella, G. (2014). Language, motor and cognitive development of extremely preterm children: Modeling individual growth trajectories over the first three years of lifover the first three years of life. *Journal of Communication Disorders*, 49, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2014.02.005>

Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Dia Mundial da Prematuridade. Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Consultado a 6 do 11 de 2020 em <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>

Seixas, Í., Barbosa, M., & Fuertes, M. (2017). Contributos para a auto-regulação do bebé no Paradigma Face-to-Face Still-Face. *Análise Psicológica*, XXXV(4), 469-485. <https://doi.org/10.14417/ap.1280>

- Serradas, A., Tadeu, B., Soares, H. & Fuertes, M. (2016). Estudo da Sensibilidade Materna em Díades de Risco Biológico, Ambiental e Acumulado. In M. Fuertes, C. Nunes, & J. Rosa (coord). *Evidências em Intervenção Precoce*, 17-36. CIED: Escola Superior de Educação de Lisboa. ISBN: 978-989-95733-8-3.<http://www.worldcat.org/isbn/9789899573383>.
- Tronick, E., & Beeghly, M. (1999). Prenatal cocaine exposure, child development, and the compromising effects of cumulative risk. *Clinics in Perinatology*, 26(1), 151-171. [https://doi.org/10.1016/S0095-5108\(18\)30076-9](https://doi.org/10.1016/S0095-5108(18)30076-9)
- XXS Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro (s.d.). *O que é um bebê prematuro?* Associação Portuguesa de Apoio ao bebê Prematuro. Consultado a 02 de 09 de 2020 em <http://www.xxs-prematuros.com/>