

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Psicologia



Autorregulação e vinculação no primeiro ano de vida do bebé nascido de muito e extremo pré-termo

Sandra Celeste Faria Antunes Alves

Orientador(es):

Professora Doutora Marina Gabriela Gonçalves Fuertes Dionisio

Professora Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros

**Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor no ramo de
Psicologia, especialidade em Psicologia Clínica**

2023

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade de Psicologia



Autorregulação e vinculação no primeiro ano de vida do bebé nascido de muito e extremo pré-termo

Sandra Celeste Faria Antunes Alves

Orientador(es):

Professora Doutora Marina Gabriela Gonçalves Fuertes Dionisio

Professora Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor no ramo de Psicologia,
especialidade em Psicologia Clínica

Júri:

Presidente: Doutora Isabel Maria de Santa Bárbara Teixeira Nunes Narciso Davide, Professora Associada com Agregação e Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutora Joana Martins Gonçalves Lopes, Professora Auxiliar do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa

- Doutora Marina Gabriela Gonçalves Fuertes, Professora Coordenadora com Agregação da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Lisboa, orientadora

- Doutora Joana Isabel Soares Batista, Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia Social e das Organizações da Escola de Ciências Sociais e Humanas do ISCTE- IUL

- Doutor Miguel Marques da Gama Barbosa, Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

2023

Agradecimentos

A realização do presente estudo só foi possível graças ao apoio e colaboração direta e indireta de algumas pessoas e instituições. A todos os que contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade, queria deixar aqui expresso o meu maior reconhecimento pela sua preciosa colaboração.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Professora Doutora Marina Fuertes e à Professora Doutora Luísa Barros orientadoras desta tese, pelo seu estímulo, apoio e experiência, bem como o gosto pela investigação e pela intervenção, que vem desde há alguns anos.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de São Francisco Xavier, cujo apoio foi determinante em termos de concretização deste trabalho, pois possibilitou a recolha da amostra. Um agradecimento especial para a Dra. Madalena Tuna e para a Enfermeira Maria Vasconcellos, assim como para toda a equipa de enfermagem, que partilharam comigo novas experiência e perspetivas, para além de todos os ensinamentos de como saber lidar com estas famílias logo nas primeiras horas após o parto, cujo processo foi todo desenvolvido na unidade hospitalar.

À Dra. Maria João Alves, pela colaboração e empenho no acompanhamento às famílias na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de São Francisco Xavier e à sua colaboração no âmbito da investigação.

Às minhas colegas e parceiras de trabalho, pelo apoio, boa disposição e todo o trabalho de equipa na Estimulopraxis.

Aos Pais de todas as crianças do estudo, pela forma positiva como aderiram à nossa proposta e se disponibilizaram para colaborar no estudo, partilhando comigo um percurso de vida com muitas dúvidas, ansiedade e emoções vividas, mas sempre um sorriso.

Às crianças que participaram no estudo pelo carinho e disponibilidade que demonstraram.

A todos aqueles que aqui não referi, mas que colaboraram de várias formas e me apoiaram no decurso deste trabalho, mesmo sendo só uma estrelinha a olhar por mim.

Por último, e o mais importante, o agradecimento à minha família, pelo incentivo e apoio incondicional. Um reconhecimento muito especial para o Paulo, meu esposo, pelo apoio, incentivo, compreensão e ternura com que me apoiou, e para as minhas filhas, pelo amor que me presenteavam de ser mãe, por tudo... sempre.

Resumo

O presente estudo procura contribuir para o corpo de conhecimento sobre a regulação emocional e a organização da vinculação mãe-filho/a no âmbito da extrema prematuridade. Neste sentido, o presente estudo longitudinal teve como objetivos estudar: i) o desenvolvimento dos processos socioemocionais do bebé de muito e extremo pré-termo ao longo do primeiro ano de vida; ii) o contributo de fatores como os demográficos e perinatais, a regulação emocional e a qualidade da interação na organização da vinculação. Para o efeito, selecionamos 50 recém-nascidos com idade gestacional igual ou inferior a 32 semanas, sem sequelas graves ou malformações. Nas primeiras 72 horas após o parto, realizou-se uma entrevista às mães, com o intuito de analisar as suas representações sobre a gravidez, o parto e a maternidade. Posteriormente, aos 3 e aos 9 meses, observou-se a qualidade interativa entre mãe-bebé, em jogo livre, e o padrão de autorregulação emocional do bebé, durante o paradigma experimental Face to Face Still-Face. Aos 12 meses, o comportamento de vinculação de bebé à mãe foi observado na Situação Estranha, e o desenvolvimento foi avaliado com a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil II.

Os resultados indicam que a maioria das mães desejou e planeou a gravidez e as restantes mães aceitaram bem a notícia. No entanto, a gravidez é vivida com grande receio e ansiedade. Após o parto precoce, o contacto com o bebé é vivido com sofrimento, medo e culpa, e a vida futura é antecipada com preocupação. Aos 3 e aos 9 meses, a prevalência do padrão de regulação emocional socialmente negativo é elevada, confirmando-se que estes bebés tendem a apresentar uma regulação negativa. A escolaridade materna é superior em bebés com padrão socialmente positivo. Aos 3 meses, os valores da sensibilidade materna são relativamente baixos, e agravam-se aos 9 meses, verificando-se casos com interações de alto risco. Aos 12 meses, o padrão de vinculação mais prevalente é o padrão inseguro-resistente/ambivalente, seguindo-se a vinculação segura e a insegura-evitante. A vinculação segura está positivamente correlacionada com a escolaridade materna e paterna. O perfil de desenvolvimento dos bebés corresponde, em média, ao expectável para os 12 meses, com melhor desempenho na área da interação social e pior no controlo postural ativo. O único fator preditor da segurança da vinculação foi a sensibilidade materna.

Palavras-chave: extrema prematuridade, representações maternas, regulação emocional do bebé, sensibilidade materna, desenvolvimento infantil, vinculação mãe-filho/a.

Abstract

This study aims to improve knowledge of emotional regulation and organization of mother-infant attachment in extreme prematurity. For this purpose, we longitudinally investigated: i) the development of socio-emotional processes of the very and extreme preterm baby during the first year of life; ii) the contribution of factors such as demographic and perinatal aspects, emotional regulation, and quality of interaction to the organization of attachment. We selected 50 preterm infants born at or before 32 weeks of gestation without severe sequelae or malformations. During the first 72 hours after giving birth, mothers were interviewed to analyze their representations regarding pregnancy, childbirth, and motherhood. Then, at 3 and 9 months, mother-infant quality of interactions was observed in free-play situations; and patterns of regulatory behavior were observed according to the Face-to-Face Still-Face paradigm. Finally, at 12 months, infant-mother attachment behavior was observed in the Strange Situation, and child development was assessed with the Schedule of Growing Skills II.

The results indicate that most mothers wanted and planned the pregnancy, and the remaining reacted positively to the news. However, pregnancy was lived with great fear and anxiety. After the premature birth, contact with the baby is experienced with pain, fear, and guilt, and the future is foreseen with anxiety. At 3 and 9 months, the prevalence of the social-negative oriented pattern is high, confirming that these babies exhibit negative regulation. Mothers' educational level tends to be higher for babies with a social-positive oriented pattern. By the third month, maternal sensitivity values are relatively low. However, these same values worsen by the ninth, leading to high-risk interactions in some situations. At 12 months, the most prevalent attachment pattern is the insecure-ambivalent, followed by the secure attachment and the insecure-avoidant pattern. Secure attachment is positively associated with mothers' and fathers' educational levels. Furthermore, and on average, babies' developmental profiles corresponded to those expected for a 12 months child with better performance for social interaction and worst for active postural control. The only predictor for attachment security was maternal sensitivity.

Keywords: extreme prematurity, maternal representations, baby emotional regulation, maternal sensitivity, child development, mother-infant attachment.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Índice de Tabelas	vi
Introdução	9
1. PREMATURIDADE	11
1.1. A PREMATURIDADE: DEFINIÇÃO, ETIOLOGIA E PREVALÊNCIA	12
1.2. FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ NASCIDO DE PRÉ-TERMO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	14
2. VINCULAÇÃO EM BEBÉS NASCIDOS DE MUITO OU EXTREMO PRÉ-TERMO	22
3. SENSIBILIDADE MATERNA COMO PRECURSOR DA VINCULAÇÃO	26
4. SENSIBILIDADE DIÁDICA EM BEBÉS NASCIDOS DE MUITO OU EXTREMO PRÉ-TERMO	28
5. REGULAÇÃO EMOCIONAL DO BEBÉ	32
6. METODOLOGIA.....	38
6.1. OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	38
6.2. PARTICIPANTES	39
6.3. PROCEDIMENTOS.....	42
6.4. MEDIDAS	43
6.5. ACORDO DE COTADORES	53
6.6. ANÁLISE DE DADOS.....	54
7. RESULTADOS	56
7.1. Entrevista	56
7.2. Padrões de autorregulação do bebé muito e extremamente prematuro....	59
7.3. Qualidade da interação mãe-bebé muito e extremamente prematuro.....	61
7.3.1. Associação entre os comportamentos interativos maternos e infantis ...	64
7.4. Classificação dos padrões de vinculação do bebé muito e extremamente prematuro aos 12 meses com a mãe	66
7.5. Análise dos dados do desenvolvimento Infantil do bebé muito e extremamente prematuro aos 12 meses de idade corrigida	67
7.6. Estudo das diferenças na qualidade interativa mãe-bebé de acordo com o padrão de regulação do bebé.....	68

7.7. Estudo das diferenças na qualidade interativa mãe-bebé de acordo com o padrão de Vinculação do bebé	69
7.8 Estudo das diferenças da avaliação do desenvolvimento de acordo com o padrão de regulação do bebé.....	71
7.9. Estudo das diferenças da avaliação do desenvolvimento DE acordo com o padrão de vinculação do bebé.....	72
7.10. Estudo Do padrão de vinculação do bebé DE ACORDO com OS dados demográficos.....	73
7.11. Estudo do padrão de regulação do bebé DE acordo com os dados demográficos.....	74
7.12. Relação entre os padrões de Autorregulação e os padrões de Vinculação	75
7.13. Preditores da Vinculação	75
8. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	77
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
10. Limitações	95
11. Sugestões para investigação futura.....	95
12. Propostas para a prática.....	96
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS	125
Anexo 1 – declaração de consentimento informado	126
Anexo 2 - Anamnese	128
Anexo 3 – Entrevista à mãe na maternidade	130

Índice de Tabelas

Tabela 1. Frequência das Causas da Prematuridade.....	40
Tabela 2. Características Demográficas da Amostra.....	41
Tabela 3. Síntese das Representações Maternas	58
Tabela 4. Frequência de Padrões e Estilos de Autorregulação Infantil aos 3 e aos 9 Meses	60
Tabela 5. Frequência dos Padrões de Autorregulação Infantil dos 3 para os 9 meses. 60	
Tabela 6. Estatística Descritiva dos Comportamentos Maternos e Infantis Avaliados aos 3 e aos 9 Meses com o Care-Index	61
Tabela 7. Correlações entre os comportamentos infantis, e entre os maternos aos 3 e aos 9 meses	64
Tabela 8. Correlações entre os Comportamentos Maternos e Infantis aos 3 e aos 9 meses	65
Tabela 9. Frequência dos Padrões e Subpadrões da Vinculação	67
Tabela 10. Estatística Descritiva das Competências Desenvolvidas pelo Bebê aos 12 Meses de Idade Corrigida	68
Tabela 11. Médias, Desvios Padrão e Resultados ANOVA para a Qualidade da Interação Mãe-Filho/a de Acordo com o Padrão de Autorregulação aos 3 e 9 Meses..	69
Tabela 12. Médias, Desvios Padrão e Resultados ANOVA para a Qualidade da Interação Mãe-Filho/a de Acordo com o Padrão de Vinculação aos 3 e 9 Meses	71
Tabela 13. Médias, Desvios Padrão e Resultados ANOVA para as Competências Desenvolvidas de Acordo com o Padrão de Autorregulação aos 3 e 9 Meses	71
Tabela 14. Médias, Desvios Padrão e Resultados ANOVA para as Competências Desenvolvidas de acordo com o Padrão e Vinculação	72
Tabela 15. Médias, Desvios Padrão e Resultados ANOVA para os Dados Demográficos de acordo com o Padrão de Vinculação	73
Tabela 16. Frequências e Resultados do Teste Qui-Quadrado para os Padrões de Autorregulação Infantil, aos 3 e aos 9 meses, e o Padrão de Vinculação aos 12 meses.	75
Tabela 17. Regressão Binominal Logística da Segurança da Vinculação.....	76

Índice de Quadros

Quadro 1. Sinopse dos Momentos e dos Procedimentos de Avaliação	42
Quadro 2. Cotação de Análise da Situação de Face to Face Still-Face	45
Quadro 3. Caracterização Sumária das Escalas da Criança e das Escalas da Mãe do CARE-Index	48
Quadro 4. Caracterização Sumária do Procedimento Laboratorial da Situação Estranha.....	50
Quadro 5. Evolução do Tamanho da Amostra Durante as Várias Fases do Estudo...	53

Lista de Abreviaturas

EPT - extremo pré-termo

FFSF - Face-to-Face-Still-Face

ICC - Coeficientes de Intraclass Correlation

IRSS - Infant Regulatory Scoring System

MPT - muito pré-termo

OMS - Organização Mundial de Saúde

SF - Still-Face

SGS II - Schedule of Growing Skills II

UCIN - Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

WHO - World Health Organization

Introdução

Um dos grandes desafios de uma abordagem ao tema da prematuridade é o da caracterização etiológica do nascimento prematuro. Múltiplos fatores podem estar na sua origem, identificando-se fatores de risco epidemiológicos, ambientais e genéticos ou epigenéticos (Frey & Klebanoff, 2016; Mendz et al., 2013; Murphy, 2007).

De acordo com Feldman (2007), existe uma interação biocomportamental entre os processos biológicos (neurológicos e hormonais) e os sociais, contribuindo para a regulação emocional do bebé e para qualidade da interação mãe-filho/a; processos estes que, por seu lado, contribuem para o desenvolvimento da vinculação. Ora, o desenvolvimento do bebé pré-termo depende da interação de fatores biológicos, ambientais e socioeconómicos, que atuam como fatores mediadores e moderadores da maturação neurológica. Estes processos não são ausentes de efeitos para a formação dos vínculos afetivos e do desenvolvimento deste bebé.

Neste âmbito, a presente tese integra-se no projeto de investigação "Prematuríssimos": "Vinculação em bebés prematuríssimos: o impacto dos fatores perinatais, da autorregulação infantil, da sensibilidade materna e do desenvolvimento infantil", financiado pela FCT. Neste projeto, a orientação científica esteve a cargo da Professora Doutora Marina Fuentres, sendo a restante equipa composta pelos elementos: Isabel Paz, João Moreira, Margarida Santos, Miguel Barbosa, Pedro Lopes dos Santos, Sandra Antunes, Maria João Alves.

Esta dissertação procura contribuir para o corpo de conhecimento sobre a regulação emocional, vinculação e prematuridade através do estudo de 50 recém-nascidos com idade gestacional igual ou inferior a 32 semanas de gestação, sem malformações congénitas ou doenças genéticas, e respetivas mães. A recolha de dados foi realizada em diferentes fases. Nas primeiras 72 horas após o parto, procedeu-se à realização de uma entrevista às mães, sendo as restantes recolhas realizadas por observação dos padrões de vinculação e de autorregulação ao longo do primeiro ano de vida do bebé, especificamente aos 3, aos 9 e aos 12 meses. Aos 12 meses de idade corrigida foi também realizada a avaliação do desenvolvimento.

A dissertação foi estruturada em duas grandes partes: a primeira respeitante ao enquadramento teórico do estudo e a segunda centrada na apresentação do estudo empírico.

No corpo teórico é realizado, em primeiro lugar, uma revisão da literatura sobre a temática da prematuridade, em específico a definição, etiologia, prevalência e fatores de risco para o desenvolvimento do bebé nascido de pré-termo, no primeiro ano de vida. Num segundo capítulo são apresentados vários conceitos e pressupostos fundamentais sobre a vinculação, a sensibilidade diádica e a regulação emocional em bebés nascidos de muito ou extremo pré-termo, assim como a sensibilidade materna como determinante da vinculação.

A segunda parte da dissertação descreve o estudo empírico com um capítulo que descreve a metodologia do mesmo (objetivos, participantes, procedimentos e medidas, análises), seguido do capítulo de apresentação dos resultados e respetiva discussão.

A apresentação de resultados inicia-se com os dados da entrevista materna, seguindo-se a apresentação dos resultados acerca dos padrões de regulação emocional do bebé, da qualidade de interação entre mãe e bebé, dos padrões de vinculação do bebé e do seu desenvolvimento. Posteriormente, é estudada a relação destas variáveis e analisado o seu impacto na organização da vinculação. Por fim, apresenta-se o estudo dos preditores da segurança da vinculação entre as variáveis que se associaram significativamente à mesma em análises prévias.

Seguidamente, discutem-se os resultados obtidos, finalizando-se com algumas considerações, entre as quais as limitações do estudo e sugestões para a investigação futura.

1. PREMATURIDADE

O avanço das tecnologias e do conhecimento na área perinatal, aliado à melhoria das condições de vida nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] contribuiu para o aumento da taxa de sobrevivência de recém-nascidos de pré-termo (Méio et al., 2003; Twilhaar et al., 2018). Ainda assim, o parto prematuro representa uma das principais causas da mortalidade e de morbilidade infantil, particularmente entre os bebés nascidos com idades gestacionais mais baixas, ou seja, bebés muito e extremamente prematuros (Blencowe et al., 2013).

Os bebés nascidos muito/extremamente prematuros encontram-se fisiologicamente menos preparados para sustentar a vida extrauterina, o que leva à necessidade de internamento frequente, por vários dias ou meses, em UCIN. Nas UCIN, terão cuidados médicos e terapêuticos especializados e serão mantidos na incubadora, para cuidados especiais de controlo de sinais vitais e nutrição. No entanto, estes bebés são expostos a estímulos, muitas vezes, prejudiciais ao seu desenvolvimento, como procedimentos invasivos, dor, privação de sono, alterações de temperatura, alterações de luminosidade e ruído. O nascimento de um bebé extremamente prematuro pode interromper o contacto físico entre mãe-bebé e os cuidados prestados pela mãe, sendo que esta situação se repercute no vínculo entre estes (Medina et al., 2018).

A prematuridade é considerada um fator de risco biológico para o desenvolvimento infantil, aumentando a probabilidade para problemas em diversas áreas e momentos do neurodesenvolvimento (Linhares, 2004). Além da análise dos fatores de risco biológico para o desenvolvimento, é necessário que sejam analisadas as variáveis do ambiente familiar, pois o desenvolvimento da criança é resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Neste capítulo será apresentado uma revisão sobre a definição, prevalência, etiologia, causas e consequências do parto prematuro e as diversas implicações da prematuridade no desenvolvimento da criança. Através desta abordagem pretende-se compreender o impacto desta experiência precoce na vinculação e no desenvolvimento social-emocional infantil.

1.1. A PREMATURIDADE: DEFINIÇÃO, ETIOLOGIA E PREVALÊNCIA

1.1.1. Definição

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (World Health Organization [WHO], 2018), a prematuridade resulta do nascimento antes das 37 semanas de gestação. Nesta circunstância, a criança recém-nascida necessita de utilizar os seus sistemas orgânicos subdesenvolvidos e auxiliados pela intervenção médica assistida, para assegurar a sua sobrevivência, crescimento e desenvolvimento. Desta forma, a prematuridade é um problema de saúde pública que aumenta o risco de mortalidade e morbidade neonatal (Moore et al., 2014). De acordo com a OMS (WHO, 2018), a prematuridade constitui a principal causa de mortalidade infantil em crianças com idade inferior a 5 anos, sendo que as principais causas desta taxa de mortalidade são afetadas por outros fatores, tais como os socioeconómicos, rede de cuidados médicos, clima e temperatura ambiente, falta de apoio à amamentação e cuidados básicos de higiene, bem como infeções e dificuldades respiratórias.

Segundo a OMS (WHO, 2018), o parto prematuro pode classificar-se, tendo em conta a idade gestacional enquanto: *extremamente* prematuro (inferior a 28 semanas), *muito prematuro* (entre 28 e 32 semanas) e *prematuro moderado a tardio* (entre 32 e 37 semanas completas de gestação), sendo considerada como uma criança de risco se nascer entre as 32 e 35 semanas de gestação, e uma criança de alto risco se nascer antes das 32 semanas de gestação.

O número de nascimentos prematuros encontra-se em crescimento, sendo que a sobrevivência de bebés de alto risco também contribui para aumentar o número de crianças gravemente afetadas pela sua condição à nascença, cujas repercussões se refletem na qualidade de vida infantil e familiar, o que implica uma necessidade de melhoria dos serviços de saúde prestados (Quinn et al., 2016).

1.1.2. Etiologia

O nascimento prematuro resulta de múltiplas vias etiológicas, envolvendo mecanismos biológicos e ambientais. Apesar dos esforços significativos na investigação e reconhecimento dos fatores de risco, estas vias etiológicas apresentam alguma complexidade, pelo que a compreensão da etiologia na prematuridade requer maior atenção por parte da comunidade científica (Frey & Klebanoff, 2016).

O parto prematuro é descrito como um síndrome complexo originado por múltiplos fatores de risco, sendo evidentes fatores bioquímicos, imunológicos, histopatológicos e anatómicos. De acordo com o conhecimento atual de estudos clínicos e experimentais, estão descritos quatro mecanismos patogénicos com vias bioquímicas comuns de estímulo à contractilidade uterina e a alterações bioquímicas, que levam à rotura das membranas e à modificação das características do colo do útero. Estes são: a ativação de mecanismos feto-maternos hormonais, de inflamação, hemorragia tecidual e distensão anormal do útero (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

Por outro lado, enquanto fatores ambientais, são apontadas condições sociais adversas, tais como dificuldades económicas, problemas sociais e comportamentais, incluindo o baixo nível educacional e a idade materna (mães adolescentes ou com idade superior a 35 anos) (Purisch & Gyamfi-Bannerman, 2017). Da mesma forma, também a qualidade de saúde da mãe (WHO, 2020) e o *stress* materno crónico (García-Blanco et al., 2017) representam fatores correlacionados com o aumento do risco de parto prematuro. Outros estudos apontam a hipótese de existir uma predisposição genética para a ocorrência de prematuridade, indiciada pela história pessoal, familiar ou étnica, sendo que algumas etnias têm maior probabilidade de ter partos prematuros (WHO, 2020; Sansavini et al., 2014). Neste sentido, a meta-análise de Oliveira et al. (2018) demonstra que mulheres negras têm um risco 1,51 vezes maior de ter um parto prematuro do que as mulheres brancas; no entanto, é necessário ter em consideração os aspetos sociais, comportamentais e biológicos que são complexos e estão associados, principalmente relativamente a mulheres negras, pela sua inserção social e económica desfavorável. Existem, no entanto, nascimentos prematuros sem etiologia conhecida, o que permite levantar a hipótese de que, em algumas situações, fatores psicológicos não identificados e associados possam estar envolvidos (Fuertes et al., 2012).

1.1.3. Prevalência

Estima-se que nasçam aproximadamente 130 milhões de bebés em cada ano em todo o mundo, entre os quais cerca de 15 milhões nascem prematuros (WHO, 2020). A taxa global de parto pré-termo (<37 semanas) é de 11% a nível mundial, variando entre cerca de 5% nos países europeus e 18% em África (WHO, 2020). Verifica-se que o número de nascimentos pré-termo tem vindo a aumentar ao longo dos últimos 20 anos, apesar de, em alguns países, especialmente os de baixo e médio rendimento, os dados serem um pouco inconsistentes, necessitando de uma maior credibilidade (Wagura et al., 2018).

Em Portugal, a prevalência de prematuridade é de cerca de 8% e a prevalência da prematuridade inferior a 32 semanas é de 1,2% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2019).

1.2. FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ NASCIDO DE PRÉ-TERMO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Nas últimas duas décadas, o número de partos de bebés pré-termo tem sofrido um aumento significativo a nível global. Contudo, o reforço da investigação científica, os avanços tecnológicos e o reforço da qualidade nos cuidados perinatais nas unidades de saúde permitem melhorar a taxa de sobrevivência destas crianças, sendo muito importante analisar os impactos das variáveis que afetam os grupos mais vulneráveis, bem como o conjunto de fatores que limitam ou promovem o desenvolvimento destes bebés (Palomo-Osuna et al., 2022).

Tendo em conta o desenvolvimento intrauterino e as características individuais anatomofisiológicas que não estão totalmente desenvolvidas, os bebés com idade gestacional inferior a 32 semanas, após o nascimento, requerem um conjunto de cuidados hospitalares que permitam a sua sobrevivência (Cabral et al., 2015). Pela imaturidade fisiológica, a maioria dos bebés nascidos de muito pré-termo não estão preparados para sustentar a vida extrauterina, sendo necessário apoio respiratório e nutricional, bem como intervenções para manter a estabilidade metabólica após o nascimento (Cameron & Haines, 2000 citado em Watson, 2011). O nascimento do extremo pré-termo ocorre num momento de rápido desenvolvimento e maturação de órgãos fetais (Green et al., 2015), limitando a maturação de órgãos vitais como os pulmões e cérebro, ou as funções gastrointestinais (Beru Brahmana & Inayati, 2022).

A prematuridade pode implicar efeitos prejudiciais na qualidade de vida da criança, podendo resultar em consequências quer para a criança, no seu desenvolvimento físico, psicológico e mental, quer para os pais, ao nível do seu equilíbrio emocional e do exercício da parentalidade (Verhoeven et al., 2015). Desta forma, conhecer e compreender o complexo processo do nascimento e os fatores que nele interferem, é fundamental para a assistência de qualidade efetiva ao binómio mãe-filho, bem como para otimizar e racionalizar o atendimento prestado em todas as etapas do desenvolvimento.

No primeiro ano de vida, o desenvolvimento destas crianças é afetado por fatores biológicos, ambientais e sociais, cujo impacto se reflete no seu desenvolvimento motor e neurocomportamental. O desenvolvimento motor engloba a qualidade do movimento, as capacidades motoras, a integração viso-espacial e viso-motora, o equilíbrio e a coordenação (Adolph & Franchak, 2017). O desenvolvimento neurocomportamental engloba o conjunto de atitudes ou reações relacionadas com o desenvolvimento neuronal e/ou do sistema nervoso, no qual as interações entre os estímulos ambientais e as respostas do organismo determinam as propriedades comportamentais que lhe garantem a adaptação a diferentes situações e a individualidade comportamental (Ferrari et al., 2001).

Se a prematuridade acarreta um risco acrescido no que diz respeito à trajetória de desenvolvimento destes bebés, não podemos, contudo, considerar linearmente o seu efeito no desenvolvimento. Pois, o desenvolvimento do bebé que nasce prematuramente terá uma trajetória diferenciada de acordo com a sua evolução clínica e o seu estado de saúde com base nas características específicas do bebé pré-termo.

O bebé nascido de muito/extremo pré-termo apresenta características muito particulares. Yecco (1993) refere que as crianças com idade gestacional inferior a 32 semanas possuem características específicas que variam de acordo com o tempo de gestação. Neste sentido, os bebés com idade gestacional inferior ou igual a 30 semanas apresentam um tônus muscular flácido, com pouco controlo de cabeça e costas, bem como movimentos descoordenados. A respiração apresenta-se como irregular e principalmente abdominal, os períodos de vigília ocorrem em intervalos de tempo curtos e o estado de alerta ou sonolência é transitório e pouco estável, predominando o estado de descanso indiferenciado. Por outro lado, existem movimentos rápidos dos olhos, assim como o movimento de mastigação, enquanto as pálpebras estremeçam e os membros apresentam tendência a contrair e efetuar movimentos espásticos.

Segundo Yecco, estes bebés são também incapazes de coordenar movimentos de sucção, deglutição e respiração, e demonstram uma acuidade visual fraca, com pequenas acomodações, o bebé consegue fixar e seguir o rosto, embora não seja comum, sendo que no caso de existir um estímulo visual intenso, pode resultar em apneia. A audição encontra-se bem desenvolvida, pelo que o bebé apresenta maior responsividade à voz da mãe, embora isso não seja facilmente demonstrado. No entanto estes bebés apresentam o reflexo de sorriso.

Em comparação aos bebés com idade gestacional inferior a 30 semanas, o autor refere, ainda, que os bebés com idade gestacional entre as 30 e as 32 semanas no geral

apresentam maior tónus muscular, com menos flexão, uma maior suavidade de movimentos e melhor controlo da cabeça. O tempo de alerta aumenta, diminuindo o estado de sonolência, ocorrendo episódios regulares de estado de sono ativo e tranquilo. O sono ativo diminui enquanto o sono tranquilo aumenta. No sono ativo, os movimentos são esporádicos.

Vários são os estudos que descrevem que os bebés nascidos de pré-termo, quando comparado com bebés nascidos de termo, são menos organizados, menos alertas e menos responsivos, (e.g. Fuertes et al., 2009; Seixas et al., 2017), bem como facilmente excitáveis e mais irritáveis (Feldman, 2009; Korja, et al., 2009; Treyvaud et al., 2010; Wolf et al., 2007).

De acordo com as suas características e a necessidade destes bebés permanecerem na incubadora, existe também uma privação da relação e consequentemente, uma limitação das primeiras experiências sensoriais com o meio, contribuindo para dificuldades de autorregulação, muitas vezes associadas com dificuldades no processamento sensorial (Williamson & Anzalone, 2001).

De acordo com Ptak et al. (2022), é através dos sentidos que o sistema nervoso central aprende a responder aos estímulos, processando-os e integrando-os; no entanto, o nível de maturidade do sistema nervoso depende da maturidade do recém-nascido e das ocorrências perinatais. Apesar da excelente assistência neonatal, são observadas alterações a nível sensorial em bebés nascidos pré-termo, sendo que algumas evidências sugerem um maior risco para os bebés nascidos antes de 32 semanas (Rahkonen et al., 2015; Wickremasinghe et al., 2013;). Crozier et al., 2016 referem também que crianças nascidas de muito pré-termo correm maior risco de apresentar diferenças ao nível do processamento sensorial, e que estes estão associados a fatores de risco perinatais e ao tempo de permanência na UCIN.

A interação com o meio requer respostas e interpretações a estímulos sensoriais que envolvem a capacidade de processar estímulos em todos os sistemas (táctil, olfativo, gustativo, visual, auditivo, proprioceptivo e vestibular), e, em seguida, interpretá-los e responder-lhes adaptativamente (Ayres, 1972, citado em Cabral et al., 2015).

Embora os cuidados na neonatologia tenham evoluído muito ao longo dos anos e considerando que o período entre as 20 e as 32 semanas de gestação é caracterizado por um rápido crescimento e desenvolvimento cerebral (Cunha et al., 2010), na realidade, o nascimento do bebé de muito e extremo pré-termo ocorre num momento de grande vulnerabilidade e o período de internamento pode ser muito longo, estando estes

bebés sujeitos a experiências sensoriais que diferem das condições intrauterinas (Carbajal et al., 2008).

As luzes artificiais intensas, os elevados níveis de ruído, os procedimentos dolorosos frequentes, a privação do sono e a separação materna afetam o desenvolvimento global e neuro sensorial do bebé (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018), pelo que, para além dos cuidados médicos e terapêuticos, tem havido cada vez mais cuidado com as condições do ambiente, como a luminosidade e ruído.

Os níveis elevados de som a que estes bebés são expostos têm efeitos potencialmente adversos no seu neurodesenvolvimento e na sua estabilidade fisiológica (Wachman & Lahav, 2011). De acordo com Almadhoob e Ohlsson (2015), as respostas fisiológicas ao *stress* causado pela o excesso de ruído poderão aumentar os riscos de alteração a nível do crescimento, alteração nos padrões anormais de sono, défice auditivo, atraso de desenvolvimento e outras condições médicas. Da mesma forma, o excesso de luminosidade na UCIN tem um impacto negativo ao nível do desenvolvimento visual e dos ritmos circadianos do prematuro (Santos et al., 2015). Após o nascimento é através do tato que são absorvidas as primeiras informações do ambiente extrauterino, sendo recolhidas sensações positivas e negativas, salientando-se que os bebés nascidos de extremo pré-termo registam uma elevada sensibilidade ao toque (Marcus et al., 2012).

De acordo com Morrison et al. (2010), o sentido do tato permite discriminar a localização de um estímulo na pele, para analisar e manipular objetos, mas também experimentar o prazer através de experiências positivas, contribuindo também para um sentido integrado do próprio corpo. Desta forma, é importante salientar a importância do toque positivo e afetivo, pelos benefícios na redução de sinais de stress, promovendo uma melhoria no desenvolvimento saudável quando integrados na rotina do bebé (Duhn, 2010). A contenção e o “método de canguru” são exemplos desta rotina na UCIN. Diversos estudos identificam os benefícios do método de canguru, tais como melhoria da função cardiorrespiratória em prematuros (Mitchell-Box & Braun, 2013), e efeitos positivos a longo prazo com vantagens na organização fisiológica e comportamental das crianças (Feldman et al., 2014). Adicionalmente, observa-se a diminuição dos níveis de cortisol, tanto na mãe como na criança, acelerando a maturação do cérebro no recém-nascido (Scher et al., 2009) e a melhoria do humor, das perceções e do comportamento interativo dos pais (Feldman et al., 2002). Por conseguinte, existe atualmente um enorme investimento no acompanhamento à família, dando-se grande importância ao desenvolvimento sensorial do bebé, principalmente no que diz respeito ao toque como

referido anteriormente e à amamentação, salientando-se que os estímulos relativos ao toque sensorial e à amamentação potenciam a existência de melhores resultados no desenvolvimento neurológico e na relação de parentalidade, perante a vulnerabilidade provocada pelo contexto da prematuridade (Treyvaud et al., 2012). Relativamente à ação de amamentação, esta não é possível no recém-nascido muito e extremo prematuro dado que as competências oro-motoras não se encontram desenvolvidas. Durante o período de internamento, por vezes muito prolongado, a amamentação pode ser difícil devido a vários fatores, tanto pela imaturidade fisiológica e controlo inadequado da sucção, deglutição e respiração, como pela insegurança materna na sua capacidade de alimentar adequadamente o recém-nascido e da manutenção stressante da produção láctea até que o bebé possa mamar no seio materno (Scochi et al., 2010; Uema et al., 2015). Embora a amamentação não seja possível nos primeiros tempos de internamento, este processo é muito incentivado pelos profissionais de saúde, pois para além dos benefícios nutricionais, proporciona a oportunidade de contacto físico e visual, tal como a cooperação mútua entre a mãe e o bebé, imprescindível na vinculação.

Contudo, todo o envolvente inerente ao nascimento e internamento do bebé provoca sentimentos ambivalentes de esperança e receio parental, dado que o contacto com o bebé prematuro é limitado e restringe a experiência parental, podendo afetar negativamente os pais, em virtude da perceção de incapacidade e insegurança, na resposta às necessidades do bebé recém-nascido (Szewczyk et al., 2021). O nascimento de um bebé prematuro afeta o bem-estar mental dos pais, provocando angústia e aflição, tal como altera a experiência de vínculo e o desenvolvimento de competências parentais para a prestação de cuidados de qualidade (Neri et al., 2020).

O facto de o bebé necessitar de permanecer na UCIN revela-se um acontecimento traumático para os pais (Affleck & Tennen, 1991) e um desafio na relação emergente entre pais e filhos (Muller-Nix et al., 2004). Esta experiência é geralmente acompanhada por sentimentos de desamparo e falta de controlo sobre a saúde do bebé e da sua sobrevivência (Olshtain-Mann & Auslander, 2008), sendo demonstrado pelas mães destes bebés que o confronto inicial entre o bebé imaginado e o bebé real prematuro é um momento muito doloroso (eg., Fleck & Piccinini, 2013).

De acordo com Brazelton (1992), o nascimento de um bebé nascido de pré-termo é uma experiência vivida pelos pais como uma perturbação, provocando sentimentos de culpa, perda e ansiedade, especialmente no caso das mães. Almeida et al. (2018) referem também que as condições de saúde associadas à prematuridade fazem com que os pais expressem com frequência o sentimento de que os/as filhos/as pertencem à equipa médica, evidenciando sintomas de trauma, que justificam em parte a maior

incidência de relações de vinculação do tipo insegura em amostras de bebês de pré-termo e extremo pré-termo. De acordo com Lopes dos Santos e Fuertes (2005), a condição de prematuridade do bebê, durante o primeiro ano de vida, tem também um impacto significativo na resposta emocional e na relação de vinculação materna, atendendo a que as experiências de vinculação iniciadas desde os primeiros meses de vida parecem exercer um papel crítico na constituição dos esquemas que regulam o funcionamento interpessoal dos indivíduos, contribuindo assim para determinar os processos de construção da personalidade.

De acordo com o descrito anteriormente, é de salientar que o risco de alterações do neurodesenvolvimento destes bebês se refletem a curto, a médio e a longo prazo, e que estas aumentam à medida que diminui a idade gestacional e o peso à nascença, bem como a gravidade e a comorbidade dos fatores de risco (Formiga & Linhares, 2009). Twilhaar et al. (2018) referem também que para além da idade, também o baixo peso gestacional permite o agravamento da condição de saúde do recém-nascido prematuro.

Segundo Szpecht et al. (2016), as crianças de muito pré-termo e com baixo peso ao nascer têm maior risco de desenvolver hemorragias intraventriculares e hipotensão, podendo resultar na dependência vital da presença de um ventilador que destabiliza a circulação sanguínea (El-Khuffash et al., 2012). A falta de maturidade no desenvolvimento do organismo aumenta a probabilidade de se verificarem riscos associados a problemas respiratórios pela vulnerabilidade pulmonar, hemorragia intraventricular devido à fragilidade dos capilares cerebrais e uma maior suscetibilidade a contrair infeções e problemas neurológicos (Kenner, 2001). Pelo que, nos países com maiores índices de sobrevivência de bebês pré-termo existe uma maior tendência para o aumento da taxa de complicações médicas e neurológicas, resultantes da prematuridade (Rogers & Hintz, 2016).

Segundo a literatura, no caso dos bebês muito e extremamente prematuros, verifica-se um aumento da probabilidade das consequências se revelarem fatais (Gurung et al., 2020), podendo também provocar défices cardiovasculares, renais e neurológicos (Chehade et al., 2018; Goss et al., 2020; Ream & Lehwald, 2018), tal como comprometer o sistema imunológico devido à sua fragilidade.

As alterações do neurodesenvolvimento podem ter maior incidência no bebê de extremo pré-termo. Embora o desenvolvimento cognitivo, motor e da linguagem esteja dentro dos níveis médios, piores resultados são evidenciados no grupo de bebês

nascidos de extremo pré-termo, em relação ao grupo de bebês nascidos de muito pré-termo (e.g. Palomo-Osuna et al., 2022).

Em termos clínicos a neuroimagem permite observar que nos bebês extremamente prematuros existem alterações cerebrais estruturais, como a diminuição do volume cerebral global do córtex, do cerebelo, e ainda alterações da mielinização (Allin et al., 2004; Rathbone, et. al., 2011). Da mesma forma, alguns estudos mostram que se verificam alterações na espessura cortical dos bebês pré-termo com idade gestacional inferior a 32 semanas, potenciando um atraso no desenvolvimento a nível do córtex parietal, temporal e frontal (Mürner-Lavanchy et al., 2014). Este défice de espessura cortical é utilizado como um indicador de neurodesenvolvimento, associado a várias funções e ao processamento cognitivo (Nam et al., 2015). Assim, os bebês pré-termo podem apresentar alterações a nível da matéria cinzenta cortical, nos gânglios basais e tálamo, cerebelo, substância branca e corpo caloso (Keunen et al., 2015). Como tal, estes bebês apresentam um crescimento cerebral prejudicado e imaturo quando são comparados com as crianças com idade gestacional completa (Volpe, 2009), tendo sido estabelecida uma relação entre volumes cerebrais menores e défices cognitivos, tais como os níveis de inteligência inferiores, os défices de memória e o comprometimento de algumas funções executivas (de Kieviet et al., 2012).

No caso dos bebês pré-termo com idade gestacional inferior a 28 semanas, verificou-se a presença de lesões hemorrágicas (Hinojosa-Roddríguez et al., 2017; Raybaud et al., 2013; Zomignani et al., 2009), sendo que o rompimento dos vasos sanguíneos no tecido do cérebro compromete o desenvolvimento do sistema ventricular cerebral (Allen, 2013). De acordo com o mesmo autor, estas hemorragias ocorrem durante os primeiros três dias de vida, sendo que o aumento da gravidade do grau da hemorragia pode provocar o desenvolvimento de défices cognitivos a longo prazo (Payne et al., 2013).

No decorrer do desenvolvimento do bebé prematuro, o primeiro ano de vida é considerado um período crítico, dado que se podem verificar algumas ocorrências pós-natais, tais como hemorragias, anóxia grave e anomalias neurológicas (Gorga et al., 1998). Segundo o autor, pela comparação com os bebês de termo, cujo desenvolvimento se verifica dentro dos padrões normais relativamente a aspetos motores, atenção sensorial e reação à estimulação, os bebês pré-termo saudáveis apresentaram padrões instáveis nos primeiros seis meses, progredindo posteriormente para situações de estabilidade após o primeiro ano; enquanto no caso dos bebês pré-termo com perturbações pós-natais, estes apresentaram estados de elevada vulnerabilidade cognitiva, neurológica e motora, durante o primeiro ano de vida.

Durante o primeiro ano de vida, é dada uma atenção especial à evolução motora destes bebés, relativamente ao tónus passivo, postura, mobilidade ativa e força muscular, devido a alterações neurológicas transitórias que envolvem a postura, as habilidades motoras finas e grosseiras, coordenação e equilíbrio, reflexos e principalmente distonias (hiper ou hipotonia). Neste período são detetadas em 40-80% dos casos estas alterações, no entanto desaparecem no segundo ano de vida, sendo que o exame neuromotor normal no segundo semestre de vida prediz o desenvolvimento motor normal, enquanto a persistência de padrões primitivos de tónus, reflexos e postura pode ser uma alteração transitória ou manifestação de paralisia cerebral (Rugolo, 2005).

Em termos gerais, as sequelas mais frequentes da prematuridade são a paralisia cerebral, o défice cognitivo e alterações neuro sensoriais moderadas a graves (Saigal & Doyle, 2008). Na idade escolar, são detetáveis dificuldades de aprendizagem, défice de atenção e hiperatividade, perturbações da linguagem, e outras alterações do comportamento (Barre et al., 2011; Lindström et al., 2011; Saigal & Doyle, 2008). As problemáticas comportamentais estão, na maioria dos casos, associadas à hiperatividade, défice de atenção (Spittle et al., 2015), problemas sociais, depressão, ansiedade, transtorno de oposição e impulsividade (Loe et al., 2011). O diagnóstico precoce de problemas de neurodesenvolvimento é essencial no futuro (Reymund et al., 2019). Assim sendo, e uma vez que a deteção precoce das intercorrências, assim como o adequado atendimento das necessidades das crianças nos primeiros meses de vida, irão refletir-se no seu desenvolvimento (Moreira & Grave, 2014), a avaliação precoce é fundamental para realizar uma análise criteriosa das fragilidades e potencialidades no desenvolvimento da criança, sendo que em estudos realizados com os bebés nascidos de pré-termo ou de pré-termo extremo seja recomendada a vigilância do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, mesmo quando não existem sinais precoce de alterações do neurodesenvolvimento ou outros fatores de risco significativos (Toome et al., 2013). Deste modo, torna-se importante realizar avaliações periódicas, de forma a auxiliar a identificação de desvios e a facilitar o encaminhamento para programas de intervenção (Fuentefria et al., 2017).

No entanto, para que se efetue uma análise rigorosa do bebé pré-termo, é necessário considerar, durante os dois primeiros anos de idade da criança, a correção da idade gestacional, que corresponde ao ajuste da idade cronológica quando a criança nasce prematuramente. Isto acontece porque, durante a avaliação, a utilização única da idade cronológica com referência ao nascimento, sem correção, coloca lactentes a termo e pré-termo dentro de um mesmo patamar de desenvolvimento quando, de facto,

se a idade for contada a partir do momento da concepção esta será diferente (Formiga et al., 2015).

2. VINCULAÇÃO EM BEBÉS NASCIDOS DE MUITO OU EXTREMO PRÉ-TERMO

A Teoria da Vinculação de John Bowlby (1969/1982) baseia-se num modelo de desenvolvimento emocional, que envolve a necessidade instintiva do bebé em estabelecer uma relação significativa como uma figura de vinculação que fornecerá cuidados, proteção e afeto. Bowlby (1969) define a vinculação como o sistema comportamental que permite à criança obter proximidade com a figura de vinculação quando ameaçado, que funciona a par com o sistema de exploração, que é ativado quando o sistema de vinculação não está ativado. Ora, na base do funcionamento destes dois sistemas está a noção de base segura que permite ao bebé explorar e descobrir o mundo, enquanto regressa em busca de conforto e segurança quando se sente ameaçado ou percebe perigo. Na verdade, as interações com a figura de vinculação permitem à criança acumular conhecimento e desenvolver expectativas sobre a disponibilidade e modo de responder dos seus cuidadores face aos seus pedidos de proximidade e proteção. Estas expectativas vão ser armazenadas em *scripts* que permitem à criança desenvolver modelos internos dinâmicos da vinculação, representativos da forma como o bebé prevê e concebe o funcionamento do mundo, dos outros e de si própria. No terceiro volume, Bowlby (2004) postulou que estes modelos de representação interna estão associados às noções internas de que “tenho valor, sou amado e posso confiar”. Estas noções estão na base da autoestima, autoconceito e segurança afetiva com contributos de desenvolvimento emocional. Por esta razão, a vinculação é um processo socioemocional que acompanha os seres humanos da nascença até à morte.

Ainsworth et al. (1978), através das suas observações no Uganda, descreveu três padrões de vinculação: o A (inseguro-evitante), o B (seguro) e o C (inseguro resistente/ambivalente). Dentro de cada um destes tipos são descritas várias subcategorias (A1, A2, B1, B2, B3, B4, C1e C2).

Cerca de 15% das crianças dos estudos de Ainsworth apresentavam uma vinculação do tipo A (insegura-evitante), isto é, as crianças pareciam indiferentes à mãe e apenas reagem quando esta deixava a sala, consolando-se tanto com o desconhecido como com a mãe. Este grupo reparte-se em duas modalidades de comportamento: as crianças do subgrupo A2 apresentam um registo contraditório, procurando a

proximidade com comportamentos de evitamento, enquanto as do subgrupo A1 são marcadamente evitantes.

O grupo de vinculação tipo B (segura) representava cerca de 70% das crianças, sendo que estas utilizavam a mãe como base segura a partir da qual faziam explorações. Mostravam mal-estar se a mãe saía da sala, mas brincavam tranquilamente, inclusive na presença de um desconhecido, sempre que a mãe não estivesse acessível. Aqui, a cuidadora serve como base segura para a exploração e o seu regresso suscita satisfação. A criança saúda-a ou sorri à sua chegada (B 1 e B2) e pode procurar ativamente a proximidade ou o contacto (B3 ou B4).

O grupo das crianças de vinculação tipo C (inseguras-resistentes/ambivalentes), que representava cerca de 15%, mostrava receio perante o desconhecido, inclusive na presença da mãe. Quando a mãe saía da sala, as crianças davam provas de intenso mal-estar, mas continuavam aborrecidas e resistiam ao contacto com ela quando regressava. Estas crianças são incapazes de utilizar a figura de vinculação como base segura de exploração. As do subgrupo C1 variam entre a procura e a manutenção de proximidade enquanto apresentam comportamentos de resistência. As do subgrupo C2 conciliam a resistência com a passividade. Em ambos os subgrupos, a relação com a pessoa estranha é difícil, particularmente, na ausência da figura materna. O processo de vinculação tem início no ambiente uterino e continuidade no ambiente extrauterino, no qual a criança e a mãe têm processos de adaptação diferenciados.

No contexto do estudo da prematuridade, a vinculação constitui um fator crítico na análise do desenvolvimento dos bebés, sendo possível através da literatura encontrar vários estudos que procuram compreender a vinculação em bebés nascidos de pré-termo, muitas vezes comparando-os a bebés nascidos de termo. Em conjunto com os avanços neonatais e médicos a investigação no estudo da vinculação na prematuridade torna-se relevante o estudo da vinculação nos bebés prematuríssimos, será que os prematuríssimos apresentam mais vinculação insegura...e porquê?

A generalidade da investigação internacional com bebés nascidos de termo tem indicado que a maioria das crianças apresenta uma vinculação segura de aproximadamente 66% (Keller, 2018; van IJzendoorn & Sagi, 1999). No entanto, a percentagem de vinculação segura varia particularmente nos países ocidentais entre 57% e 75% (van IJzendoorn & Sagi, 1999). Em Portugal, na maioria das amostras, os bebés nascidos de termo tendem a apresentar uma vinculação segura (Barbosa et al., 2019; Fuertes et al., 2009).

Importa, assim, conhecer a qualidade da vinculação em bebês com uma experiência diferenciada, como por exemplo os bebês nascidos de pré-termo.

No âmbito do desenvolvimento infantil sabemos que com os avanços nos cuidados neonatais e na medicina existe um número crescente de bebês nascidos muito (MPT) ou extremamente prematuros (EPT), sendo que o parto prematuro continua a ser uma das principais causas de morbidade infantil e mortalidade a nível global, particularmente entre os bebês nascidos em idades gestacionais anteriores. Mais especificamente, a taxa de mortalidade em bebês MPT é de 10% e EPT é de 30% (Blencowe et al., 2013). Além disso, a maioria dos bebês EPT nascem com maiores imaturidades fisiológicas quando comparados com os bebês nascidos de termo (Madenn, 2000; McCormick et al., 2011). Na verdade, o bebê de EPT não está fisiologicamente preparado para sustentar a vida extrauterina, requerendo apoio respiratório e nutricional, bem como intervenções para manter a estabilidade metabólica após o nascimento (Watson, 2011). Estas primeiras experiências afetam a forma como os bebês de EPT regulam as suas emoções e comportamentos e como se ligam às suas figuras de vinculação e ajustam o seu comportamento social (Brisch et al., 2005). Estas dificuldades podem ter efeitos duradouros e os riscos de incapacidades médicas, psicológicas e sociais na idade adulta aumentam com a diminuição da idade gestacional à nascença (Moster et al., 2008).

Os bebês nascidos de pré-termo podem estar na UCIN durante algumas semanas, sendo que os bebês de extremo pré-termo, ficam em média 52 dias na incubadora (Saldanha et al., 2019). Este afastamento físico, acompanhado de cuidados intrusivos e dolorosos, pode afetar a construção de uma relação de vinculação que requer proximidade, contacto físico, cuidados e trocas afetivas. Por isso, importa compreender se estes bebês tendem apresentar piores indicadores de segurança de vinculação.

Ora, a investigação apresenta resultados contraditórios, alguns estudos demonstram existir diferença entre a qualidade da vinculação dos bebês de termo e os bebês nascidos de pré-termo, indicando que os bebês nascidos de pré-termo apresentam índices superiores de vinculação insegura quando comparados com bebês de termo (Fuertes et al., 2011; Ruiz et al., 2018).

Não obstante, outros trabalhos não encontram diferenças significativas (Almeida et al., 2018; Gomes et al., 2021). Observando as características das amostras que apresentam mais vinculação insegura, verificamos que os resultados variam de acordo com a acumulação de fatores de risco de saúde, sociais e familiares. No entanto, menos

estudos investigam os determinantes de vinculação materno-infantil em bebês nascidos de muito/extremo pré-termo (IG < 32 semanas de gestação).

Nos estudos de bebês nascidos de muito/extremo pré-termo para além da idade gestacional, o peso e o tempo de hospitalização são os critérios mais utilizados. Os riscos biológicos afetam a existência de uma vinculação segura, reforçando a importância dos fatores de saúde infantil, problemas de regulação infantil, apoios sociais e instabilidade parental para a convergência na expressão emocional dos bebês e na relação recíproca com os pais, cujo impacto resulta na falta de recursos familiares para solidificar um padrão de vinculação segura.

A incidência do padrão de vinculação segura nos bebês nascidos de muito/extremo pré-termo varia entre 47% e 75% (Golberg et al., 1986; Mangelsdorf et al., 1996), apresentando valores diferenciados ao longo do desenvolvimento do bebê, já que diminui com a idade cronológica do bebê, passando de 55% aos 14 meses para 47% aos 19 meses (Mangelsdorf et al., 1996).

Na incidência de vinculação segura existem diferenças a considerar relativamente à idade gestacional. Com efeito, a incidência de vinculação segura em IG ≤ 26 semanas é inferior à observada em crianças com IG > 26 semanas (López- Maestro et al., 2017). Os bebês nascidos de muito/extremo pré-termo de elevado risco biológico apresentam elevado risco de desenvolver uma vinculação insegura – ambivalente (37%) em comparação com os de baixo risco biológico (5%) (Plunket et al., 1988). Estes resultados parecem ser agravados pelas condições de saúde dos bebês, como se verifica num estudo que compara bebês de pré-termo saudáveis e doentes (Wille, 1991).

Para além da vinculação insegura, também a vinculação desorganizada é afetada pelo estatuto da prematuridade. A vinculação desorganizada apresenta valores superiores a 30% em bebês MPT (Wolke et al., 2014). Outros autores encontram uma relação entre a idade e peso gestacional e a vinculação desorganizada (Brisch et al., 2005).

Existem estudos em que a incidência de vinculação insegura em bebês nascidos de muito/extremo pré-termo de baixo risco social aumenta de acordo com o tempo de hospitalização (Golberg et al., 1986; Mangelsdorf et al., 1986; Wolke et al., 2014), mas estes resultados não são consensuais (Brish et al., 2006).

No contexto social, o grupo de bebês nascidos de muito/extremo pré-termo em baixo risco social e com peso médio inferior a 1000g, apresentam também uma menor incidência de vinculação segura, quando comparados com aqueles sem risco social (Brisch et al., 2005; Mangelsdorf et al., 1996).

Em Portugal, em amostras com fatores de risco social e biológico, a prevalência de vinculação insegura é de 70% (Fuertes, Antunes et al., 2022; Fuertes et al., 2009), valores muito elevados em comparação a estudos de outros países (Brish et al., 2006; Mangelsdorf et al., 1986).

Em suma, os bebés de pré-termo sem fatores de risco não se encontram em risco de maior incidência de vinculação insegura. Contudo, quando associados a outros fatores de risco, particularmente na grande prematuridade, podem apresentar uma probabilidade elevada de desenvolvimento da vinculação insegura. Não obstante, fatores parentais e de autorregulação do bebé podem contribuir para o estabelecimento de uma relação segura.

3. SENSIBILIDADE MATERNA COMO PRECURSOR DA VINCULAÇÃO

Entre os fatores explicativos da organização da vinculação, a sensibilidade materna é indicada, em estudos meta-analíticos, como o fator com maior poder explicativo entre as variáveis estudadas (e.g., De Wolff & van Ijzendoorn, 1997; Goldsmith & Alansky, 1987).

De acordo com a revisão meta-analítica de De Wolff e van Ijzendoorn (1997), a sensibilidade materna no primeiro ano de vida do bebé continua a ser considerado o melhor preditor de vinculação, embora a magnitude desta associação seja moderada ($r=.24$). No que respeita à sensibilidade paterna, existem menos estudos, sendo que a meta-análise de Lucassen et al. (2011) indica que maior sensibilidade paterna está associada à vinculação segura, mas neste caso a magnitude de associação é baixa ($r=.13$). Assim, estes estudos indicam que a sensibilidade é um preditor importante, mas diversos fatores afetarão a qualidade da vinculação diretamente ou através de processos mediadores ou moderadores.

Aliás, a relevância desta variável parece inconsistente, existindo estudos que reportam não existir nenhuma associação significativa com a qualidade da vinculação (e.g., Braungart-Rieker et al., 2001; Volling et al., 2002), e outros trabalhos que apresentam resultados menos expressivos (e.g., Cox et al., 1992; Eiden et al., 2002; Hall et al., 2015). Uma das explicações apontadas é a diversidade de medidas e definições da sensibilidade materna usadas nos estudos da vinculação (Serradas, 2015).

A primeira definição de sensibilidade materna é proposta por Mary Ainsworth et al. (1971). Nas palavras de Fuertes (2005),

Mary Ainsworth (1978) definiu a sensibilidade materna como a capacidade da mãe para perceber os sinais comportamentais da criança, interpretando-os corretamente de forma a dar uma resposta adequada às suas necessidades. Mais concretamente, Ainsworth e colaboradores descrevem quatro componentes da sensibilidade materna: 1) a tomada de consciência da mãe dos sinais enviados pela criança; 2) a capacidade para os interpretar corretamente; 3) a adequação das respostas dadas (tendo em conta os estados emocionais do bebé e o seu nível de desenvolvimento); e 4) a prontidão das respostas, de modo a que a reação da mãe seja percebida como contingente aos sinais comportamentais do bebé (p. 99).

Ainsworth et al. (1974) inicialmente conceberam a sensibilidade materna como decorrente dos cuidados maternos do bebé. A conjugação dos quatro componentes do comportamento materno indicaria ao bebé a disponibilidade, a capacidade de atuar respondendo às suas necessidades e a qualidade afetiva do comportamento materno, que pesariam na expectativa que formaria acerca do comportamento materno.

Com efeito, o conceito de sensibilidade materna está associado ao conceito de Base Segura. Na teoria da vinculação o conceito de base segura desenvolvido por Ainsworth (1973), coloca em evidência a relação existente entre o sistema de vinculação e o sistema de exploração propostos por John Bowlby (1958). A partir do equilíbrio destes sistemas, a criança organiza o seu comportamento em torno da figura de vinculação, usando-a como base segura para explorar o meio (revisão em Silva et al., 2008).

Segundo Ainsworth (1973), a sensibilidade materna é desafiada quando o bebé está aflito, com dor ou apela aos cuidados e atenção dos cuidadores. Quando os cuidadores, nesses períodos de crise reagem com disponibilidade, respondendo às necessidades do bebé, ajudando-o a regular emoções, este aprende que pode solicitar esta ajuda, pode confiar e tem valor para aquele cuidador (Bowlby, 1969).

Ao longo dos anos, vários foram os estudos realizados sobre o constructo da sensibilidade materna com base no trabalho de Ainsworth. A investigação debruçou-se sobre os elementos do comportamento materno que mais influenciam o comportamento infantil. Por exemplo, Lohaus et al. (2004) sugerem uma estrutura unidimensional da sensibilidade materna que diz respeito à qualidade efetiva positiva do comportamento parental materno durante as interações com a criança.

Muito embora a definição original de Ainsworth tenha estado na base de uma vasta produção científica, alguns autores conceberam a sensibilidade materna não apenas como um atributo materno, mas como um resultado de uma influência contínua e mútua entre o bebê e o seu cuidador/a. Crittenden (2003b), por exemplo, define que a sensibilidade materna traduz fundamentalmente a sincronia da atividade do adulto relativamente às respostas da criança, tratando-se de uma qualidade ligada, no essencial, à manifestação de comportamentos que tendem a facilitar a participação do bebê na interação ao mesmo tempo que lhe proporcionam um clima de satisfação, aumentando o seu conforto e reduzindo, potencialmente, a sua ansiedade (Crittenden, 2003b, citado em Fuertes, 2005. p. 169)

De acordo com Crittenden (2003), para compreender a sensibilidade materna é importante compreender a função dos comportamentos maternos (e.g., satisfazer a criança, punir, confortar), mais do que os comportamentos específicos. A autora apresenta uma abordagem diádica do conceito de sensibilidade em que cada comportamento materno (ou infantil) deve ser interpretado à luz da sua função e no contexto interativo (Martelo & Fuertes, 2021).

De acordo com Van den Boom (1997), a sensibilidade materna deve ser entendida como uma construção diádica. A corroboração destas propostas encontra-se nos estudos que verificam uma elevada correlação positiva entre a sensibilidade materna e a cooperação infantil, e entre estes fatores e a vinculação segura (e.g., Forcada-Guex et al., 2011; Fuertes et al., 2006, 2009).

4. SENSIBILIDADE DIÁDICA EM BEBÉS NASCIDOS DE MUITO OU EXTREMO PRÉ-TERMO

Considerando que a sensibilidade não é característica somente de um/a cuidador/a, mas sim, uma construção nos relacionamentos e, portanto, depende da capacidade do bebê para sinalizar estados de comportamento de forma consistente e clara, e da capacidade do adulto responder a estes apelos. Esta capacidade é, por vezes, menos desenvolvida em bebês vulneráveis, como os nascidos com um peso muito baixo, ou com alterações neurológicas (Als & Duffy, 1983; Crnic & Greenberg, 1987). Bebês com sistemas neurofisiológicos imaturos podem ter estados motivacionais instáveis e sistemas sensoriais e motores menos sincronizados, sendo que esta alteração de comportamento dificulta aos cuidadores "a leitura" das necessidades do bebê (WHO, 2004). O risco diádico em díades com bebês nascidos de pré-termo

agrava-se na presença de outros fatores de risco, nomeadamente pessoais, económicos, sociais e/ou culturais (ver revisão em Martelo & Fuertes, 2021).

Assim, considerando que a sensibilidade materna afeta a qualidade da vinculação e, conseqüentemente, o desenvolvimento infantil, no bebé nascido de muito pré-termo, este aspeto reveste-se de grande importância porque a relação pais-filho/a é diferenciada desde o nascimento (Antunes et al., 2020). O nascimento de muito pré-termo é descrito como um momento traumático e imprevisto que pode colocar em causa a sobrevivência do bebé (Almeida et al., 2018; Gonçalves et al., 2020), gerando muitas incertezas, o que pode alterar os padrões de parentalidade e a qualidade da sensibilidade materna.

Após o nascimento, o bebé nascido de pré-termo viverá semanas de internamento, privado de alguns cuidados maternos e acompanhamento familiar, pelo que são expressos sentimentos de culpa, ansiedade e stress, principalmente pela mãe, mesmo que durante a gravidez já fosse previsto o parto prematuro (Gonçalves et al., 2020). Estes sentimentos intensificam-se quando é inesperado, sendo mais intenso o desespero, o medo de separação, a frustração, a preocupação, a infelicidade, a culpa, a solidão, a impotência e o desamparo vivenciados pelos pais (Ramos et al., 2016). Como tal, esta condição pode modificar a capacidade de leitura dos sinais infantis e adequar as respostas maternas às suas necessidades (Almeida et al., 2018; Fuertes, et al., 2011; Ionio et al., 2016; Li et al., 2019; López-Maestro et al., 2017; Turpin et al., 2019).

Os dados da investigação apresentam diferenças no comportamento materno e na qualidade de interação mãe-bebé quando se comparam crianças nascidas de termo e nascidas de pré-termo (Benassi et al., 2016; Loi et al., 2017; López-Maestro et al., 2017; Seixas et al., 2017). Os bebés nascidos de pré-termo são descritos como menos organizados, menos alerta e menos responsivos, quando comparados com bebés nascidos de termo (e.g., Fuertes et al., 2009; Seixas et al., 2017), apresentando mais dificuldade na participação durante a interação com a mãe (revisão em Fuertes et al., 2009), dado que demonstram menos afeto positivo e mais comportamentos orientados para o autoconforto (Seixas et al., 2017).

Por outro lado, as mães de bebés nascidos de pré-termo, quando comparadas com as mães de bebés nascidos de termo, tendem a apresentar mais comportamentos intrusivos ou passivos para com os seus filhos (Fuertes et al., 2011). No grupo das mães com comportamentos mais passivos, verifica-se que sorriem menos e tocam menos no seu bebé (Wille, 1991).

De acordo com Korja et al. (2012), na análise da interação mãe-bebé nascido de pré-termo, verifica-se que as diferenças no comportamento de interação materna entre mães de bebés nascidos de pré-termo e bebés nascidos de termo, parecem ser mais evidentes durante os primeiros seis meses de vida, sendo a interação em díades mãe-bebé nascido de pré-termo tendencialmente menos positiva, recíproca e sintonizada quando comparada com as do bebé nascido de termo (Holditch-Davis et al., 2007; Korja et al., 2010).

Para uma melhor compreensão dos fatores inerentes à vinculação é necessário estudar os comportamentos interativos parentais. No entanto, a investigação relativa à sensibilidade materna em díades mãe-bebé nascido de muito e extremo pré-termo rareia.

Alguma investigação indica que bebés nascidos de muito ou extremo pré-termo são mais propensos a desenvolver uma vinculação desorganizada comparativamente a bebés de termo (Wolke et al., 2019). Uma explicação pode ser encontrada na investigação de Fowler et al. (2019) que verifica que as mães dos bebés nascidos de muito ou extremo pré-termo podem desenvolver sintomas de stress pós-traumático. Em análise qualitativa, os sentimentos dolorosos provocados ao ver o bebé pela primeira vez e os sentimentos negativos ou ambivalentes nas primeiras semanas em casa com o bebé estão também relacionadas com a vinculação insegura (Meijssen et al., 2011).

Na qualidade de relação mãe-bebé, os efeitos da extrema prematuridade indicam que, mesmo após a estabilidade emocional materna, é verificado quer um efeito negativo particularmente na vinculação e responsividade do bebé, quer uma diminuição na sensibilidade materna (Stack et al., 2019). Podemos então identificar a prematuridade como um dos fatores de risco do comportamento materno, levando a uma menor sensibilidade materna (Martelo & Fuertes, 2021) e a um menor número de bebés com uma vinculação segura, visto que a sensibilidade materna é preditiva do tipo de vinculação estabelecida (Wolke & Gutbrod, 2014). No entanto, é necessário referir que os problemas de vinculação e o comportamento desorganizado do bebé nascido de pré-termo são frequentes, apesar dos pais serem sensíveis (Wolke et al., 2014).

Segundo a investigação de Martelo e Fuertes (2021) realizada em Portugal com bebés nascidos de muito/extremo pré-termo, o comportamento materno é afetado, como referido, por fatores de risco como a prematuridade, mas agravados pela escolaridade dos pais e a condição económica. Nestes casos de acumulação de risco, a sensibilidade materna é menor e a cooperação infantil é inferior (e.g., Rodrigues et al., 2018).

No entanto, no estudo internacional de Bilgin e Wolke (2015), não foram encontradas discrepâncias entre o comportamento observado nas mães de bebês nascidos de muito pré-termo versus bebês nascidos de pré-termo moderado ou tardio, não existindo, portanto, evidência de que a sensibilidade materna fica comprometida devido ao impacto da gravidade da doença neonatal ou peso ao nascimento da criança. A associação entre os comportamentos maternos passivos, de interação negativa e intrusivos realçam a importância de se oferecerem intervenções para promover a sensibilidade materna (Chiodelli et al., 2020).

Os programas de intervenção na UCIN em bebês nascidos de muito e extremo pré-termo, focados principalmente na vinculação, sensibilidade materna e desenvolvimento socioemocional da criança têm sido muito importantes ao demonstrarem efeitos positivos na promoção destes aspetos (Twohig et al., 2019). Contudo, uma pequena parcela de estudos não demonstra diferenças significativas na promoção da sensibilidade materna (Evans et al., 2017). Estes resultados podem não decorrer da eficácia dos programas, mas da implementação dos mesmos, ou do risco de distorção dos estudos incluídos nas revisões sistemáticas e meta-análises (Lavallée et al., 2021).

Em suma, a relação mãe-filho, enquanto dança diádica (Beeghly et al., 2011) com contributos mútuos e mutuamente afetados, parecer ser um importante determinante da vinculação. Em condições típicas, os bebês vivem em múltiplos contextos com múltiplos cuidadores que lhe permitem encontrar respostas positivas, recíprocas e calorosas por partes de um ou vários destes interlocutores, não dependendo apenas da mãe ou do pai biológicos. Contudo, em bebês nascidos de muito/extremo pré-termo, frequentemente internados mais de 100 dias, o tempo passado na unidade neonatal de cuidados intensivos e a diversidade de oportunidades é substancialmente reduzida, estando mais dependentes de um número restrito de cuidadores e contextos. Este pode ser o centro do risco para as relações deste bebê, tornando-se assim, fundamental a continuidade de investigação dos contributos da sensibilidade materna no bebê muito e extremo prematuro, de forma a compreender a multiplicidade de fatores que lhe estão associados.

5. REGULAÇÃO EMOCIONAL DO BEBÉ

Como podemos ler nos capítulos anteriores, o bebê pré-termo apresenta índices superiores de vinculação insegura que podem ser parcialmente explicados pela resposta materna. Contudo, a revisão de literatura também indica que a resposta materna decorre do comportamento infantil num processo biunívoco de influências. Assim, neste capítulo analisamos uma das várias dimensões do comportamento infantil: a regulação emocional do bebê.

O recém-nascido apresenta diversos comportamentos instintivos que lhe permitem demonstrar um controlo sobre as suas funções motoras, isolando-se de estímulos perturbadores mediante o stress envolvente, através da interação com os pais (Seixas et al., 2017). Esta situação é, particularmente, evidente no bebê de pré-termo sujeito a cuidados dolorosos e invasivos durante o internamento na UCIN.

Neste contexto, o desenvolvimento da regulação emocional no bebê manifesta-se em momentos em que o seu equilíbrio comportamental é desafiado por stressores internos ou externos. Kopp (1989) definiu a autorregulação infantil enquanto a capacidade que os bebês possuem de manter estados positivos através da ativação de recursos internos que os ajudam a ultrapassar situações perturbadoras e contextos de stress, durante a sua interação com o meio. O desencadeamento de mecanismos de reação e autorregulação constituem uma competência do indivíduo que, perante stressores, desenvolve respostas comportamentais para regular as suas emoções por forma a alcançar o bem-estar físico e psicológico.

A proposta de Kopp era centrada na criança e na sua capacidade de regulação baseada nos seus recursos internos. Contudo, Giannino e Tronick (1988) para explicar a capacidade de regulação do bebê, apresentam um modelo diferente, o Mutual Regulation Model (MRM ou Modelo de Regulação Mútua), no qual a regulação das emoções da criança está de acordo com as respostas externas que lhe permitem manifestar comportamentos de contentamento, descontentamento ou autoconforto, sendo a regulação entendida como mútua e diádica. Por conseguinte, através deste modelo, o objetivo dos pares interativos é obter um estado de reciprocidade, caracterizado por momentos de sintonia, sincronia, regulação mútua e prazer mútuo (Tronick, 2007). Segundo o autor, na comunicação mãe-bebê, existe sincronia diádica (matches) e violação da sincronia (mismatches), sendo que em situações em que existe violação da sincronia estas são rapidamente compensadas. No MRM, entende-se que a criança possui aptidões de organização neurocomportamental, permitindo a regulação de estados pela perceção do bebê relativamente ao seu comportamento. Contudo,

existem algumas limitações à capacidade do bebê em regular as suas emoções, sendo fundamental assegurar um sistema regulatório diádico com a participação ativa da progenitora de forma a desenvolver noções de sensibilidade e a construção de significado (Tronick, 2008). De acordo com o autor, a regulação acontece através da comunicação do estado regulatório com o/a cuidador/a por processos biopsicológicos como sons, mudanças na expressão facial, na qualidade do toque e no odor corporal, resultando num estado de organização da relação diádica (Fonagy, 2015).

Uma parte substancial da investigação sobre a regulação emocional do bebê foi desenvolvida no âmbito do paradigma experimental designado por Face-to-Face-Still-Face (FFSF) proposto por Tronick et al. (1978).

Este paradigma experimental é composto por 3 episódios, até 3 minutos cada. No primeiro episódio, denominado episódio de interação normal, é solicitado à mãe que interaja normalmente com o bebê sem recurso a brinquedos. No segundo episódio, denominado episódio do Still-Face (SF), é explicado à mãe que esta tem de ficar inexpressiva e imóvel, e sem responder às solicitações do bebê. No terceiro episódio, denominado episódio de reunião, a mãe retoma a interação com o/a filho/a tal como fez no primeiro episódio. Este método permite efetuar uma observação da interação entre mães e bebês, antes, durante e após uma perturbação interativa (Weinberg et al., 2008).

Nesta experiência, diversos estudos demonstram que a generalidade dos bebês tende a ficar perturbada perante a inexpressividade materna (ex. maior agitação, sinais de frustração), sendo que existe uma variação individual dos efeitos na expressão de emoções em condições de stress (conforme se pode ler em Fuertes, 2004).

Nesta linha de investigação, Tronick e Weinberg (1990) criaram um sistema micro-analítico denominado Infant Regulatory Scoring System (IRSS) para descrever e cotar o comportamento infantil no paradigma FFSF, segundo a segundo. Neste sistema, são analisados comportamentos como o olhar, gestos, autoconforto e comportamentos de distanciamento. Fuertes et al. (2006) agruparam esses comportamentos em três grandes categorias: (i) orientação socialmente positiva; (ii) orientação socialmente negativa; (iii) orientação para o autoconforto. Esta classificação foi obtida por análise de cluster dos comportamentos aferidos pelo IRSS e possibilitou a identificação de três padrões de autorregulação infantil no FFSF em bebês pré-termo saudáveis (Fuertes et al., 2006, 2009): padrão socialmente positivo (positive to others direct coping), padrão socialmente negativo (negative to others direct coping) e padrão orientado para o autoconforto (self-direct coping). Os bebês que manifestam o padrão socialmente positivo apresentam tendencialmente comportamentos socialmente positivos ao longo dos episódios da experiência FFSF, isto é, os bebês olham para o rosto da mãe,

alcançam ou tocam no adulto, fazem vocalizações positivas ou sorrisos. Contudo, estes comportamentos positivos diminuem acentuadamente no episódio em que a mãe apresenta uma cara séria ou alguma falta de expressão. No caso dos bebês que manifestam um padrão socialmente negativo, estes aparentam desconforto no episódio de interação normal no procedimento FFSF. Já no episódio do SF, a expressão negativa é muito elevada, apresentando vocalizações de protesto, gritos ou tentando escapar da mãe. Assim, a maioria destes bebês chora e o episódio de dois minutos tem de ser mais curto, impossibilitando a recuperação no episódio de reunião. No caso dos bebês com padrão orientado para o autoconforto, estes são caracterizados pelos seus comportamentos de autoapaziguamento e regulação de estado, fechando os olhos, olhando para longe da mãe, e apertando uma mão contra a outra. No entanto, estes comportamentos diminuem essencialmente no episódio do SF materno, sendo muito elevados nos outros dois episódios. Portanto, estes bebês têm uma expressão negativa em todos os episódios.

A proposta de Fuertes e Lopes dos Santos (2009), prevê a criação de um sistema de cotação para análise comportamental organizado em sete sub-padrões de comportamento, sendo o mesmo classificado com base num conjunto de critérios, especificamente definidos, para melhor precisar os critérios de pontuação.

De acordo com Seixas (2015), as descrições apresentadas correspondem a sete estilos de comportamento independentes, mutuamente exclusivos e em categorias discretas. Estes estilos de comportamento correspondem aos três padrões de comportamento autorregulatório descritos anteriormente.

Segundo, a descrição apresentadas por Seixas et al. (2017), para o padrão socialmente positivo são descritos o Estilo VII (participação interativa prolongada e intensa em clima emocionalmente positivo com alteração marcada durante o episódio do SF e recuperação subsequente), o Estilo VI (bom nível de participação interativa no primeiro episódio com perturbação marcada durante o episódio do SF sem grandes dificuldades em recuperar subsequente), e o Estilo V (bom a moderado nível de participação interativa no primeiro episódio com perturbação durante o episódio do SF e com recuperação no terceiro episódio); para o padrão socialmente negativo são descritos o Estilo IV (nível moderado de participação interativa no primeiro episódio com perturbação durante o episódio do SF e ausência de recuperação subsequente) e o Estilo III (qualidade de participação interativa baixa e progressivo aumento do desconforto, ou das manifestações negativas, ao longo dos três episódios); e para o padrão orientado para o autoconforto são descritos o Estilo II (qualidade de participação interativa baixa ou sinais evidentes de elevada perturbação no primeiro e no último

episódio com manifesta diminuição do nível de tensão durante o episódio do SF) e Estilo I (baixa participação interativa).

A regulação emocional nos bebês resulta do desenvolvimento de diversas estratégias durante os primeiros anos de vida das crianças, na sua interação com o ambiente, e, em particular com os pais e/ou figuras maternas (Miller et al., 2002; Stams et al., 2022). Neste processo, o desenvolvimento da relação entre a vinculação e a capacidade de regulação emocional da criança reside na capacidade de desenvolver mecanismos de ativação emocional, que permitam à figura parental responder às necessidades da criança na regulação dos seus comportamentos, conduzindo a uma organização dos comportamentos de vinculação (Silva, 2018).

No processo regulação emocional do bebê, Barbosa et al. (2019) observaram 121 díades de bebês nascidos de termo com idade gestacional entre as 37 e 42 semanas, sendo que o padrão de comportamento regulatório infantil mais comum foi um padrão socialmente positivo, seguido por um padrão socialmente negativo e um padrão orientado para o autoconforto. Nos estudos com bebês nascidos de termo, verifica-se uma associação entre o padrão socialmente positivo e a vinculação segura, entre o padrão socialmente negativo e a vinculação insegura resistente/ambivalente, e o padrão orientado para autoconforto com o padrão de vinculação inseguro-evitante (Barbosa et al., 2020).

No estudo realizado por Seixas et al. (2017) em Portugal com bebês de termo, a avaliação dos padrões de regulação emocional em 98 bebês, aos 3 e 9 meses de idade, permitiu verificar a existência de um padrão mais prevalente durante os episódios do paradigma experimental FFSF, que foi o padrão socialmente positivo. Neste estudo observou-se que, aos 3 meses, 56,1% dos bebês apresentavam o padrão socialmente positivo, 29,6% o padrão socialmente negativo e 14,3% o padrão orientado para o autoconforto; enquanto aos 9 meses, se verificou que 48% dos bebês apresentavam o padrão socialmente positivo, 40,8% o padrão socialmente negativo e 11,2% o padrão orientado para o autoconforto. Portanto, 78,6% dos bebês manteve o seu padrão de regulação emocional da primeira para a segunda observação (dos 3 para os 9 meses). Assim, verifica-se que a estabilidade dos padrões de regulação comportamental observáveis na experiência FFSF é moderada (Fuertes et al., 2009).

Noutras culturas, estes padrões também foram estudados. Costa Ribeiro et al. (2020) verificaram os mesmos padrões de regulação emocional em 40 bebês brasileiros observados no paradigma FFSF. Nesta investigação, em díades brasileiras, destacou-se a prevalência do padrão socialmente negativo com 37,5% seguido do padrão

socialmente positivo com 32,5% e do padrão orientado para o autoconforto com 30%. A explicar a menor incidência do padrão socialmente positivo, os autores verificam que a sensibilidade materna e a condição económica dos pais afetaram os resultados. No estudo de Montirosso et al. (2010) participaram 50 díades (mãe-bebé), 25 bebés prematuros saudáveis (26-36 semanas de gestação; 845g – 2.450g) e 25 bebés de termo (> 37 semanas de gestação; 2.540g – 3.840g), com idades entre os 6,8 meses e os 9,9 meses de idade corrigida. Na observação, também se verificou que os bebés prematuros têm maior número de comportamentos de distanciamento e fuga. No entanto, observaram que a interação das díades mãe-bebé prematuro são semelhantes às díades mãe-bebé de termo. O bebé pré-termo mostrou ter as mesmas capacidades para recuperar na interação com a mãe e as mesmas competências sociais sofisticadas que o bebé de termo.

O comportamento de regulação emocional e os padrões identificados parecem ser a par com a sensibilidade materna, um importante preditor da vinculação. No estudo de Barbosa et al. (2020), verifica-se uma associação entre os padrões de regulação emocional e os padrões de vinculação. Nos bebés de termo e pré-termo, existe uma associação entre o padrão de orientação socialmente positivo e a vinculação segura, entre o padrão de autorregulação socialmente negativo e a vinculação insegura ambivalente, e o padrão de autorregulação orientado para autoconforto com o padrão de vinculação inseguro-evitante (Barbosa et al., 2020; Fuertes, Gonçalves et al., 2022; Fuertes et al., 2021). Em suma, os padrões regulatórios dos bebés avaliados no FFSF durante o primeiro ano de vida, surgem associados à qualidade da vinculação.

E o caso do bebé pré-termo? No caso dos bebés pré-termo, numa investigação realizada em Portugal com crianças nascidas entre as 32 e 36 semanas, Fuertes et al. observaram, em 2006 e 2009, que o padrão socialmente positivo era o mais prevalente da amostra (35,4%), sendo que o segundo padrão mais prevalente foi o padrão orientado para o autoconforto (31,3%). Neste sentido, os autores explicam a elevada prevalência do comportamento de autorregulação pela necessidade de adaptação do bebé a cuidados intrusivos e dolorosos no período pós-natal durante o internamento na UCIN. Contudo, muito mudou nas UCIN.

Em Portugal, o estudo de Fuertes, Antunes et al. (2022), permitiu verificar em bebés com 23 a 34 semanas de idade gestacional (peso inferior a 1599g) que o padrão de regulação emocional mais frequente foi o padrão angustiado-inconsolável (ie., padrão socialmente negativo) (39,4%) seguido do padrão socialmente positivo (35,2%) e o menos frequente o padrão orientado para o autoconforto (25,4%). Nesta amostra os autores verificaram que os fatores biológicos e sociais afetavam a qualidade da

vinculação, a capacidade de regulação da criança e a sensibilidade materna. Estes resultados favorecem uma perspectiva internacional do desenvolvimento dos processos socio-emocionais da criança, tal como a proposta no modelo regulação mútua.

Na observação de 202 díades mãe-bebé, realizada por Fuertes, Gonçalves et al. (2022) compararam-se os padrões de comportamento regulatório e a qualidade da vinculação de 71 bebês de moderado pré-termo e 128 bebês de termo. Os padrões de comportamento regulatório dos bebês foram avaliados no paradigma FFSF aos 3 meses de idade corrigida e a qualidade da vinculação foi observada na Situação Estranha aos 12 meses de idade corrigida. Nas duas amostras, o padrão socialmente positivo foi associado à vinculação segura; o padrão socialmente negativo com vinculação insegura ambivalente; e o padrão orientado para o autoconforto com vinculação insegura evitante. No entanto, os bebês nascidos de termo apresentaram maior incidência na associação do padrão regulatório de orientação social-positiva e com a vinculação segura com o valor de 88,4%, em comparação aos bebês nascidos de pré-termo, em que a associação do padrão regulatório de orientação social-positiva e da vinculação segura apresenta o valor de 65%.

Yaari et al. (2018) estudaram três grupos de bebês, de extremo pré-termo, muito pré-termo e de termo, no paradigma experimental FFSF, observando que os bebês nascidos de pré-termo apresentavam comportamentos socialmente menos positivos do que os bebês nascidos de termo, e que os bebês nascidos de extremo pré-termo menos do que os restantes grupos. Por outro lado, no estudo realizado por Chiodelli et al. (2020) com 15 bebês nascidos de muito pré-termo (28-32 semanas idade gestacional), no paradigma FFSF, verificou-se que estes bebês apresentavam uma grande prevalência de comportamentos ambivalentes, por exemplo com combinações de comportamento interativos positivos e de autoconforto.

Estes resultados contribuem para um conhecimento crescente sugerindo que os padrões de regulação dos bebês avaliados durante o FFSF no primeiro ano, podem ser precursores iniciais do desenvolvimento de padrões de vinculação aos 12 meses. No entanto, a investigação em bebês de muito/extremo pré-termo escasseia e não sabemos o suficiente sobre a organização dos processos de regulação emocional nestes bebês.

6. METODOLOGIA

6.1. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Considerando a revisão da literatura realizada, é clara a pertinência em aprofundar o conhecimento sobre a organização da vinculação do bebé nascido de muito e extremo pré-termo em Portugal, ao longo do primeiro ano de vida, de forma a compreender o impacto de fatores de diferentes ordens, em particular dos fatores perinatais, da autorregulação emocional e desenvolvimento infantil, e da qualidade da interação mãe-bebé.

6.1.1. OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo geral estudar o contributo de fatores comportamentais, interativos, peri e neonatais, desenvolvimentais, e sociodemográficos na organização da vinculação do bebé nascido de muito e extremo pré-termo, em Portugal, ao longo do seu primeiro ano de vida.

6.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar, nas primeiras 72 horas após o parto, as representações das mães de bebés de muito e extremo pré-termo, relativamente ao desenrolar da gravidez, às expectativas e emoções afetivas na gravidez, à reação ao nascimento antecipado/ prematuridade, à relação com o recém-nascido, ao conhecimento das capacidades sensório perceptivas do bebé e à maternidade.
- Avaliar os padrões de autorregulação de bebés nascidos de muito e extremo pré-termo, ao longo dos episódios do paradigma experimental FFSF, e analisar a sua continuidade dos 3 para os 9 meses.
- Estudar a qualidade da interação, em jogo livre, entre mães e bebés nascidos de muito e extremo pré-termo, conforme avaliada pelo CARE-Index, e analisar a sua continuidade dos 3 para os 9 meses.
- Estudar a qualidade da vinculação em bebés nascidos de muito e extremo pré-termo aos 12 meses, na situação experimental Situação Estranha.
- Avaliar o perfil de desenvolvimento de bebés nascidos de muito e extremo pré-termo aos 12 meses de idade corrigida, conforme a Escala de avaliação Schedule of Growing Skills II (SGS II).

- Analisar a relação entre a autorregulação de bebés nascidos de muito e extremo pré-termo e a qualidade da interação mãe-bebé.
- Analisar a relação entre a qualidade da vinculação de bebés nascidos de muito e extremo pré-termo e a qualidade da interação mãe-bebé.
- Analisar a influência da autorregulação e a qualidade da vinculação no desenvolvimento infantil de bebés nascidos de muito e extremo pré-termo.
- Estudar a influência dos dados sociodemográficos na autorregulação e na vinculação de bebés nascidos de muito e extremo pré-termo.
- Analisar a associação entre a autorregulação e a vinculação em bebés nascidos de muito e extremo pré-termo.
- Investigar em que medida a autorregulação do bebé, os comportamentos interativos (maternos e infantis), os fatores peri e neonatais e os sociodemográficos contribuem para determinar a qualidade da vinculação em bebés nascidos de muito e extremo pré-termo aos 12 meses.

6.2. PARTICIPANTES

Neste estudo participaram 50 bebés e respetivas mães, que se encontravam internados na UCIN do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), em Lisboa, com exceção de um bebé, em que a família solicitou entrar no estudo por ser familiar de um dos bebés já selecionados para o estudo.

Os 50 bebés fazem parte de uma amostra de 100 bebés, dos quais nove faleceram, dois foram excluídos do estudo por sequelas graves, e um por falecimento da mãe. Dos 88 bebés, apenas 50 participaram durante o primeiro ano de vida nos três momentos de avaliação do estudo: aos 3 meses, 9 meses e 12 meses de idade corrigida.

O recrutamento dos recém-nascidos obedeceu aos seguintes critérios:

- a) idade gestacional menor ou igual a 32 semanas de gestação;
- b) não apresentarem malformações congénitas ou doenças genéticas.

O recrutamento das mães exigiu que:

- a) não houvesse referência a psicopatologia materna ou paterna;
- b) não houvesse suspeita de abuso de álcool ou drogas por parte dos pais.

Dos 50 bebés que participaram no estudo, 19 (38%) eram do sexo masculino e 31 (62%) do sexo feminino.

Das mães que participaram no estudo, 42 (84%) eram de nacionalidade portuguesa enquanto oito (16%) eram de outras nacionalidades, especificamente cabo-verdiana, brasileira, búlgara e guineana. A idade materna situou-se num intervalo entre os 21 e

os 46 anos de idade, com uma média de 34,22 ($DP= 5,269$), verificando-se uma maior incidência entre os 36 e os 39 anos. Relativamente à gravidez, 20 (40%) eram primíparas, enquanto as restantes 30 mães (60%) já tinham entre um e quatro filhos antes da gravidez do bebé em estudo. Uma das mães (0,4%) recorreu à fertilização medicamente assistida.

Na altura do parto, 46 mães (92%) viviam maritalmente e quatro (8%) viviam com outros membros da sua família.

No que diz respeito à escolaridade da mãe, verifica-se uma percentagem significativa de mães com escolaridade superior ao 12º ano, sendo que apenas 12 das mães (24%) terminaram a sua escolaridade antes do fim do ensino secundário. Em termos profissionais, 33 (66%) destas mães estavam empregadas a tempo inteiro, sete (14%) em emprego parcial e 10 (20%) em situação de desemprego.

Relativamente ao pai, verifica-se que a idade se situava num intervalo entre os 27 e os 56 anos, com uma média de 36,28 ($DP= 5,391$), e, como sucede com a mãe, verifica-se também uma percentagem significativa de pais com escolaridade superior ao 12º ano, tendo apenas 10 pais (20,4%) terminado os estudos antes do final do ensino secundário.

Como causas da prematuridade, assumem maior frequência neste grupo: a rutura de membranas com 10 casos (20%), o atraso de crescimento intrauterino e o deslocamento de placenta, ambos em 9 casos (18%) (ver Tabela 1).

Tabela 1

Frequência das Causas da Prematuridade

	<i>N</i>	%
Contratibilidade	4	8
Dilatação	2	4
Alteração de fluxos	5	10
Atraso de crescimento intrauterino	9	18
Rutura da membrana	10	20
Descolamento da placenta	9	18
Pré-eclâmpsia	4	8
Outros	7	14
Total	50	100

Considerando os dados dos bebés em estudo, registou-se um maior número de partos distócitos ($n=37$, 74%), nascendo apenas 13 (26%) bebés de parto eutócito. Dos 50 bebés que constituíam a amostra, 44 (88%) careceram de ventilação após o nascimento e 6 (12%) tiveram respiração espontânea. Destes 50 bebés, 33 (66%)

tiveram infeção aguda com necessidade de toma de antibiótico e 17 (34%) não necessitaram da administração de antibiótico.

Conforme apresentado na Tabela 2, é possível verificar que o índice de Apgar, que representa a vitalidade do bebé ao primeiro e ao quinto minuto após o nascimento, apresentou, ao primeiro minuto, uma variação de 1 a 9, com uma média de 7 ($DP=2,070$), e ao quinto minuto, uma variação de 7 a 10, com uma média de 8,74 ($DP=0,664$). Quanto à idade gestacional, os dados recolhidos demonstram que as crianças do estudo nasceram entre as 23,5 e as 32,5 semanas, verificando-se uma média de nascimentos às 29,828 semanas ($DP=2,10$). Aquando do nascimento, verifica-se que as crianças tinham um peso mínimo de 500 gramas e máximo de 1930 gramas, sendo que, em média, o peso à nascença correspondeu a 1270,70 gramas ($DP=373,601$). Verifica-se, ainda, relativamente ao perímetro cefálico ao nascer, uma variação entre 21 e os 30 cm, com uma média de 26,55 cm ($DP=2,322$). O percentil de desenvolvimento dos bebés da amostra foi em média 37,88 ($DP=3,944$), variando entre um extremo mínimo de 28 e máximo de 45.

Tabela 2

Caraterísticas Demográficas da Amostra

Variável	<i>N</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade da mãe	50	21	46	34,22	5,269
Anos de escolaridade da mãe	50	3	19	13,42	3,659
Apgar ao 1º minuto	50	1	9	7,00	2,070
Apgar ao 5º minuto	50	7	10	8,74	,664
Idade gestacional bebé	50	23,5	32,5	29,828	2,1029
Peso do bebé à nascença em gramas	50	500	1930	1270,70	373,601
Percentil	50	28	45	37,88	3,944
Perímetro cefálico do bebé ao nascer	50	21	30	26,55	2,322
Nº dias internamento	50	9	205	50,66	35,287
Nº dias nutrição parentérica	50	2	48	16,26	8,256
Nº filhos da mãe anteriores	50	0	4	0,88	0,982
Número de irmãos maternos prematuros	50	0	2	0,14	0,405
Número de irmãos do bebé	50	0	5	1,50	1,403
Idade do pai	50	27	56	36,28	5,391
Anos de escolaridade do pai	50	4	22	12,62	3,642
Total	50				

No que concerne aos dados recolhidos sobre o período pós-natal, verifica-se que os bebés permaneceram em internamento em média 50,66 dias ($DP=35,287$), tendo, no mínimo, permanecido 9 dias e, no máximo, 205 dias. Em média, 16 destes bebés foram

alimentados parentericamente 26 dias ($DP= 8,256$), variando a alimentação parentérica entre dois e 48 dias.

Por fim, refira-se que os bebés em estudo são do distrito de Lisboa, Leiria, Santarém, Portalegre e Setúbal, em Portugal Continental, e ainda de Angra do Heroísmo, no Arquipélago dos Açores.

6.3. PROCEDIMENTOS

A amostra foi recrutada na UCIN, do Centro Hospital de Lisboa Ocidental - Hospital de São Francisco Xavier, após o estudo ter sido aprovado pela comissão de ética.

O presente estudo insere-se numa linha de investigação longitudinal com recolha de dados em vários momentos (3 meses, 9 meses e 12 meses de idade) ao longo do primeiro ano de vida do bebé (ver Quadro 1). Considerando a amostra de bebés nascidos prematuramente a recolha de dados tomou como referência a idade corrigida, que corresponde à idade do recém-nascido deduzida do número de semanas que decorreu entre o nascimento prematuro e o referencial de 40 semanas de gestação.

Quadro 1

Sinopse dos Momentos e dos Procedimentos de Avaliação

Participantes	Momento	Atividades
Mãe	Primeiras 72 horas pós-parto	Entrevista (Fuentes, 2005)
Bebé	Nascimento e alta da UCIN	Anamnese (Fuentes, 2005)
Bebé e Mãe	3 e 9 meses de idade corrigida	Interação de mãe-bebé de acordo com os procedimentos da Situação laboratorial conhecida sob a designação de Face-to-Face-Still-Face (Fuentes et al., 2006, 2009). Interação mãe-bebé em situação de jogo livre (Escala do Care Index, Crittenden, 1988.)
Bebé e Mãe	12 meses de idade corrigida	Interação mãe-bebé seguindo os procedimentos do paradigma laboratorial da Situação Estranha. (Ainsworth & Witting, 1969) Avaliação de Desenvolvimento de acordo com a SGS II (Bellman et al., 1996)

A recolha de dados foi feita em estreita colaboração com a equipa médica e de enfermagem da UCIN.

Após o nascimento de um bebé com critérios para o estudo, a investigadora era informada pela chefe de equipa de enfermagem. A informação sobre o nascimento de um bebé, o seu estado clínico e o da sua mãe era discutido presencialmente quando a

investigadora se encontrava na UCIN. Quando havia um nascimento e a investigadora não estava presente, a chefe de enfermagem enviava essa informação por e-mail, de forma a ser possível convidar, recolhendo o consentimento informado, e realizar a entrevista nas primeiras 72 horas após o nascimento. Posteriormente, em reunião com a chefe de enfermagem, era facultado o processo clínico, de forma a determinar se o bebé era ou não elegível para o estudo.

A ficha de registo de cada bebé para recolha dos dados demográficos (dados pessoais da mãe e do pai; agregado familiar; condições da habitação), informação pré-natal, perinatal e pós-natal (nº de gestações anteriores; nº de partos; acompanhamento médico; tipo de parto; intercorrências no parto; situação clínica do bebé no momento do parto; duração do internamento; cuidados especiais; alimentação do bebé) foi preenchida com o acesso ao registo médico hospitalar da situação clínica a respeito das condições pré-natal e perinatal relevante para o estudo e complementada com a informação da mãe na data da entrevista.

Após a recolha destes dados, confirmando o cumprimento dos critérios de seleção da amostra, a investigadora conversava com as potenciais mães participantes e explicava o propósito, os objetivos e procedimentos do estudo. Os pais, que concordaram com a participação do bebé, assinaram o consentimento informado e, adicionalmente, autorizaram o acesso aos dados do processo clínico do bebé. Neste documento garantiu-se a confidencialidade e a possibilidade de desistência do estudo, sem qualquer prejuízo para as famílias, em qualquer momento. Durante este primeiro contacto foi marcada ainda a entrevista. Os dados relativos à família, que não constavam no processo clínico, foram recolhidos com as mães durante o internamento.

6.4. MEDIDAS

Entrevista materna recolhida nas primeiras 72 horas

Os dados de opinião foram obtidos através de uma Entrevista Materna, previamente desenvolvida e testada numa amostra de bebés pré-termo (Fuertes, 2005), que foi realizada até às 72h após o parto, na UCIN ou no quarto da Obstetrícia, onde os recém-nascidos se encontravam com as suas mães ainda em regime de internamento.

Segundo Fuertes (2005), a entrevista materna, seguindo os procedimentos de um protocolo previamente estabelecido, tinha como propósito central explorar as representações maternas relativamente ao: I) desenrolar da gravidez (planeada/não planeada; reação materna e paterna à notícia da gravidez; reação de outros membros

da família; suporte familiar, social, serviços médicos de acompanhamento); II) às expectativas e emoções afetivas na gravidez (sentimentos e sensações, bebê imaginado, preocupações/medos relacionados com o bebê); III) à reação ao nascimento antecipado/prematuridade; IV) à relação com o seu filho recém-nascido (quando sentiu amor pela primeira vez; sentimentos/sensações ao tocar/ver o bebê pela primeira vez; sentimentos ao afastamento; classificação do temperamento do bebê); V) ao conhecimento das capacidades sensório perceptivas do bebê (já ouve; já vê) e VI) à maternidade (cuidar do bebê; possíveis dificuldades; apoio/rede de suporte).

Paradigma experimental FFSF aos 3 e 9 meses

Aos 3 e 9 meses de idade corrigida, os dados foram recolhidos no Centro de Desenvolvimento Infantil – Estimulopraxis e em domicílio, à exceção de um caso que, devido ao facto de ser da ilha Terceira, foi recolhido no Hospital de Santo Espírito com a colaboração de uma investigadora com experiência na aplicação destes procedimentos.

Conforme explanado anteriormente, o paradigma FFSF foi criado pela equipa de Tronick et al. (1978), com o objetivo de estudar o padrão de autorregulação dos bebês entre os 3 e os 9 meses de idade em díades mãe-bebê, no qual as mães ficavam subitamente inexpressivas durante dois minutos. Segundo alguns estudos, embora a maioria dos bebês fique perturbada com a inexpressividade materna (e.g., sinais de frustração, maior agitação), existe uma alteração individual na expressão de emoções em situações de stress tal como é observável no FFSF.

Tronick & Weinberg (1990) criaram um sistema microanalítico designado IRSS para realizar a cotação do comportamento infantil na situação FFSF, através da monitorização segundo a segundo. Em 2006, Fuertes et al. agrupam esses comportamentos em 3 categorias de comportamento: orientação socialmente positiva, orientação socialmente negativa, e autoconforto. Foi possível posteriormente identificar três padrões de autorregulação emocional na situação FFSF, através de análise de clusters, em bebês pré-termo saudáveis (Fuertes et al., 2006; 2009): padrão socialmente positivo, padrão socialmente negativo e padrão orientado para o autoconforto.

No caso dos bebês com padrão socialmente positivo, estes tendem a apresentar comportamentos socialmente positivos ao longo dos episódios da experiência FFSF (ex., dar as mãos ao adulto, vocalizações dirigidas para o adulto, sorriso), sendo que estes comportamentos positivos diminuem de forma significativa no episódio em que a

mãe apresenta cara séria. São os bebês que apresentam menos comportamentos negativos e de autoconforto em todos os episódios.

No caso dos bebês com padrão socialmente negativo, também denominado inconsolável, estes parecem apresentar algum desconforto logo no episódio de interação normal do procedimento FFSF, sendo que no episódio do SF a expressão negativa é muito evidente (o episódio de dois minutos tem muitas vezes de ser encurtado pois a maioria dos bebês chora), não recuperando no episódio de reunião. Desta forma, o fenómeno de autoconforto quase não é notado neste grupo, bem como o comportamento positivo que apenas é expressivo no primeiro episódio.

No caso dos bebês com padrão orientado para o autoconforto, estes caracterizam-se pelos seus comportamentos de autoapaziguamento e regulação de estado, em comparação aos outros dois grupos. Contudo, este comportamento diminui substancialmente no episódio do SF materno sendo muito elevado nos outros dois episódios. Nestes bebês, a expressão negativa é residual em todos os episódios. Deste modo, foi possível criar um sistema de cotação que se encontra categorizado em sete sub-padrões de comportamento. O comportamento dos bebês foi classificado baseado num conjunto de descritores, especificamente definidos, para melhor precisar os critérios de pontuação. A escala de pontuação varia de um a sete pontos e está descrita no Quadro 2.

Quadro 2

Cotação de Análise da Situação de Face to Face Still-Face

Pontuação	Estilos de Comportamento	Padrões de autorregulação
7	Estilo VII Participação interativa prolongada e intensa em clima emocionalmente positivo com alteração marcada durante o episódio do Still-Face e recuperação subsequente.	
6	Estilo VI Bom nível de participação interativa no primeiro episódio com perturbação marcada durante o episódio do Still-Face sem grandes dificuldades em recuperar subsequente.	Socialmente positivo
5	Estilo V Bom a moderado nível de participação interativa no primeiro episódio com perturbação durante o episódio do Still-Face e com recuperação no terceiro episódio	

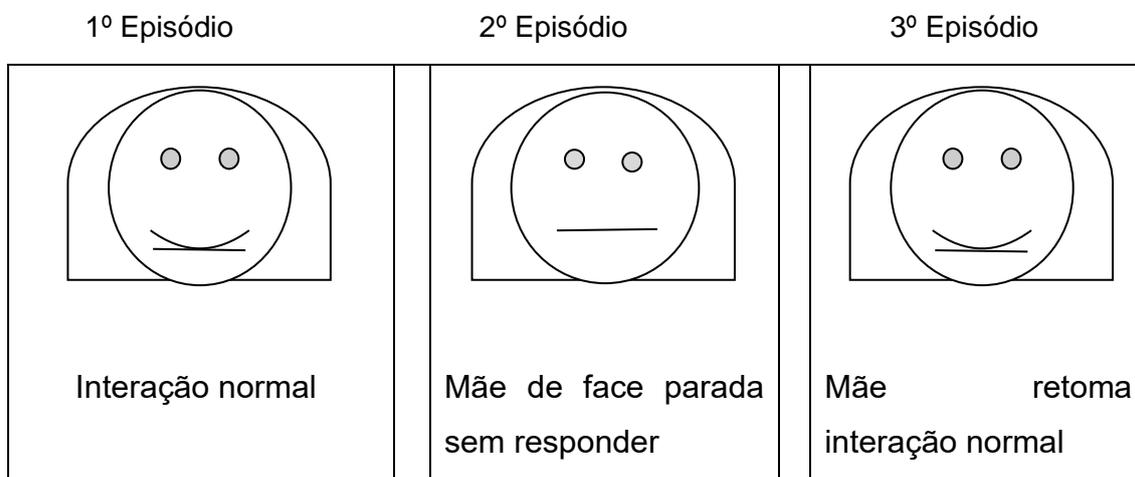
4	Estilo IV Nível moderado de participação interativa no primeiro episódio com perturbação durante o episódio do Still-Face e ausência de recuperação subsequente.	Socialmente negativo
3	Estilo III Qualidade de participação interativa baixa e progressivo aumento do desconforto (ou das manifestações negativas) ao longo dos três episódios.	
2	Estilo II Qualidade de participação interativa baixa ou sinais evidentes de elevada perturbação no primeiro e no último episódio com manifesta diminuição do nível de tensão durante o episódio do Still-Face.	Orientado para o Autoconforto
1	Estilo I Baixa participação interativa ou Ausência de reação diferenciada ao longo dos episódios do Still-Face.	

Nota. Adaptado de Seixas et al. (2017, p.474)

Esta situação experimental tem a duração de 9 minutos, que estão divididos em intervalos de três episódios. No primeiro episódio é dada a instrução à mãe para brincar com a criança, de forma natural e habitual, sem recorrer à chupeta ou a outros brinquedos, durante três minutos. No segundo episódio é pedido à mãe que altere a sua expressão facial, para uma expressão fixa e neutra, não podendo responder às solicitações do bebé durante três minutos. No terceiro e último episódio, a mãe volta a interagir com o bebé, de forma normal, tal como aconteceu no primeiro momento, durante mais três minutos (ver Figura 1).

Figura 1

Esquema do Procedimento do Paradigma Face to Face Still-Face



Nota: Retirado de Fuertes (2005, pp.163)

O equipamento utilizado nas filmagens, aos 3 meses, foi constituído por uma espreguiçadeira, a mesma para todos os bebés participantes, exceto em situação de necessidade de adaptação de acordo com as necessidades específicas no domicílio, colocada em cima de uma mesa de forma a obter uma altura que facilitasse a interação com a mãe; e aos 9 meses foi uma cadeira, semelhante às cadeiras da papa. Para a mãe se sentar foi utilizada uma cadeira em frente ao local da espreguiçadeira/cadeira da papa. Para o registo videográfico de todo o procedimento foram utilizadas duas câmaras com auxílio de microfone: uma a filmar a mãe e a outra a filmar a criança, de forma a poder observar ao segundo os comportamentos de autorregulação do bebé, bem como os seus perfis de comportamento e de interação com a mãe. Desta forma, a informação gravada, relativa à mãe e ao bebé, foi trabalhada de modo a ser reproduzida simultaneamente no écran. Antes de dar início às filmagens, era tido em atenção se todos os bebés se encontravam sem sono, calmos e devidamente alimentados.

Antes do início da sessão era explicado detalhadamente à mãe como deveria agir, utilizando-se sempre que necessário o apoio visual, já que havia mães que demonstravam dificuldade na compreensão da informação.

A marcação dos tempos era feita pela investigadora com um toque audível.

Escala de Care Index aos 3 e 9 meses

Aos 3 e 9 meses de idade corrigida os dados foram recolhidos no Centro de Desenvolvimento Infantil – Estimulopraxis e em domicílio, à exceção do caso, previamente referido, cuja recolha decorreu no Hospital de Santo Espírito, com a colaboração de uma investigadora com experiência na aplicação destes procedimentos.

Para avaliar a qualidade de interação mãe-bebé aos 3 e aos 9 meses do bebé foi utilizado o *Care Index* (Crittenden, 2003).

O *Care Index* é uma escala criada por Crittenden, com instruções protocolares da avaliação em jogo livre, para avaliar a qualidade de interação mãe-bebé. A sua aplicação consiste na filmagem da díade mãe-bebé durante três a cinco minutos, estando a mãe a interagir com o bebé espontaneamente e de forma natural, com o recurso a brinquedos que estavam distribuídos no chão em cima do tapete.

Tendo em conta a idade cronológica dos bebés e as suas capacidades, estavam presentes brinquedos, acima e abaixo do nível etário deles e cabia a ambos decidirem que brinquedos utilizar no jogo livre do modo mais próximo do que faziam em casa.

Este instrumento é constituído por 59 itens, com sete características do comportamento interativo diádico: expressão facial; expressão verbal; posicionamento e manipulação; expressão afetiva; reciprocidade; diretividade e jogo.

Conforme apresentado no Quadro 3, este é também composto por escalas da criança e escalas da mãe. Após a interação em jogo livre, um total de 14 pontos é distribuído entre as três escalas maternas e outros 14 pontos entre as quatro escalas da criança.

Quadro 3

Caracterização Sumária das Escalas da Criança e das Escalas da Mãe do CARE-Index

Escala	Caraterização	
Cooperação	Identifica padrões de comportamento associados à expressão de prazer ou satisfação bem como à facilitação dos turnos comunicacionais. Manifesta-se através de expressões faciais riosas e atentas, iniciativas de contacto e aceitação participante face às aberturas sociais do adulto. Os resultados nesta escala mantêm usualmente correlações positivas elevadas com a escala da sensibilidade.	
Criança	Compulsividade-complacência	Diz respeito a padrões de comportamento que indicam submissão face às iniciativas do adulto. Postura dominada por nível baixo de espontaneidade, participação pouco entusiasmada nos jogos propostos pelo parceiro de interação sem, contudo, manifestar sinais de resistência. Notória preocupação em agradar (ou pelo menos não desagradar) ao adulto que pode manifestar-se mediante ofertas de prestação de cuidados ou de uma atenção fixa, sem grande envolvimento ativo, às iniciativas daquele.
	Dificuldade	Descreve padrões de comportamentos marcados pelo selo da oposição e resistência aberta às respostas do adulto. Revela-se por comportamentos como o choro, esgares de irritação, empurrar objetos oferecidos.
	Passividade	Indica padrões de comportamento com baixo nível de envolvimento e iniciativa com respostas cujo resultado previsível é o de reduzir o contacto com o adulto, expressões faciais vazias, ausência de resposta às aberturas sociais, participação errática no jogo interativo.
Mãe	Sensibilidade	Traduz fundamentalmente a sincronia da atividade do adulto relativamente às respostas da criança. Trata-se de uma qualidade ligada, no essencial, à manifestação de comportamentos que tendem a facilitar a participação do bebé na interação, ao mesmo tempo em que lhe proporcionam um clima de satisfação, aumentando o seu conforto e reduzindo, potencialmente, a sua ansiedade.

Controlo	Está basicamente relacionada com padrões de resposta ditos intrusivos. Podem-se manifestar sob a forma de reações que indiciam hostilidade aberta ou encoberta. Surgem, muitas vezes, como comportamentos pseudo-sensíveis nos quais se observa a aparente intenção de aumentar o envolvimento da criança, mas que só conseguem irritá-la ou levar à diminuição do seu nível de participação ativa.
Não-responsividade	Reflete a ausência da implicação ativa do adulto na interação que se manifesta através de um retraimento e passividade face às aberturas ou sinais da criança

Nota: Adaptado de Fuertes (2005, pp.169-171)

Paradigma laboratorial da Situação Estranha aos 12 meses

Aos 12 meses de idade corrigida procedeu-se à avaliação da interação mãe-bebé, seguindo os procedimentos do paradigma laboratorial da Situação Estranha, e de parâmetros de Desenvolvimento, de acordo com a *SGS II*, no Centro de Desenvolvimento Infantil – Estimulopraxis, exceto um caso que decorreu Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira e dois em domicílio.

A Situação Estranha, criada pela psicóloga americana Mary Ainsworth (1969), consiste numa situação experimental, para investigar a forma como os bebés equilibram a sua necessidade de apego e autonomia em diferentes níveis de stress, ou seja, promove a ativação do sistema de vinculação infantil através de uma sucessão de eventos potencialmente stressantes. Esta situação é composta por 8 episódios, previamente combinados entre a investigadora e a mãe da criança (ver Quadro 4).

As salas onde decorreram tinham pouco mobiliário e apenas alguma decoração infantil. A sala, onde decorreu a maioria das recolhas, era bem iluminada e tinha um espelho grande numa das paredes. No centro da sala encontravam-se duas cadeiras, uma em frente da outra, e entre elas havia brinquedos espalhados, que estavam acessíveis à mãe e à criança.

Os participantes eram filmados, simultaneamente, por duas câmaras de vídeo, com microfone incluído: uma das câmaras, fixa, direcionada para a porta de entrada dos participantes, e a outra estava escondida atrás de um biombo. Esta última câmara era dirigida por um operador que acompanhava as movimentações da criança. Antes de se iniciar o procedimento, era pormenorizadamente explicado à mãe o que iria suceder-se e como era suposto ela agir. Tais explicações encontravam-se, igualmente, escritas num papel que podia consultar em qualquer momento.

Quadro 4

Caracterização Sumária do Procedimento Laboratorial de Situação Estranha

Episódio	Participantes	Duração	Descrição
1	Mãe; Bebê	30 segundos	A mãe entra na sala com o bebê ao colo.
2	Mãe; Bebê	3 minutos	A mãe coloca o bebê no chão junto aos brinquedos, senta-se numa das cadeiras e deixa a criança explorar.
3	Mãe; Bebê; Estranha	3 minutos	A pessoa estranha entra na sala. 1º minuto: pessoa estranha senta-se na cadeira e não interage; 2º minuto: pessoa estranha começa a interagir com a mãe; 3º minuto: a pessoa estranha começa a interagir com o bebê e a mãe sai da sala.
4	Estranha; Bebê	3 minutos	A pessoa estranha interage com o bebê.
5	Mãe; Bebê	3 minutos	A pessoa estranha sai da sala, entra a mãe e interage com o bebê.
6	Bebê	3 minutos	A mãe diz adeus ao bebê e sai da sala, ficando o bebê sozinho.
7	Estranha; Bebê	3 minutos	A pessoa estranha entra na sala e interage com o bebê.
8	Mãe; Bebê	3 minutos	A pessoa estranha sai da sala e entra a mãe.

Nota: Adaptado de Fuertes (2005, pp. 173-174)

A partir das filmagens realizadas foram avaliados os comportamentos das crianças nas escalas interativas de procura de proximidade e de contacto, manutenção do contacto, resistência ao contacto e evitamento da proximidade e da interação, segundo os critérios de cotação propostos por Ainsworth et al. (op.cit.). A procura de proximidade, manutenção de contacto e a resistência são quantificadas em relação à mãe nos episódios 2, 3, 5 e 8 e em relação à pessoa estranha nos episódios 3, 4 e 7. A escala de evitamento é cotada no momento em que o adulto entra na sala, nos episódios 3 e 7 para a pessoa estranha e nos episódios 5 e 8 para mãe.

Após análise dos vídeos, a classificação dos padrões de vinculação é realizada, e a vinculação pode ser classificada como segura, evitante e resistente/ambivalente.

As classificações baseiam-se principalmente em quatro comportamentos de interação dirigidos à mãe nos dois episódios de reencontro:

1. Proximidade e procura de contacto visual;
2. Manutenção do contacto;
3. Evitamento de proximidade e contacto;
4. Resistência ao contacto reconfortante.

Schedule of Growing Skills II aos 12 meses

Após a avaliação da interação mãe-bebê seguindo os procedimentos do paradigma laboratorial da Situação Estranha foi realizada a avaliação de parâmetros de Desenvolvimento de acordo com a SGS II.

A SGS II é um instrumento de avaliação, construído por Martín Bellman e John Cash, em 1987, tendo por base o trabalho realizado entre 1911 e 1941 por Arnold Gesell e o teste *STYCAR Sequences* de Mary Sheridan. Em 1996, a escala foi revista por Martin Bellman, Sundara Lingam e Anne Aukett, sendo traduzida e adaptada posteriormente para português, enquanto *Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil*. Caracteriza-se como uma escala de referência à norma que permite avaliar o desenvolvimento infantil, sendo aplicável a crianças entre os 0 e os 5 anos de idade (0 e os 60 meses).

As propriedades psicométricas da versão portuguesa da SGS II, foram estudadas em 2017, tendo revelado resultados adequados e bons indicadores de confiabilidade (Virajidás et al., 2017).

A SGS II é uma escala que permite realizar um rastreio do desenvolvimento, possibilitando a recolha de informação relativamente ao desenvolvimento da criança e posterior comparação dos valores obtidos na avaliação com os valores normativos, i.e., com os valores que seriam esperáveis para a idade cronológica da criança, segundo um padrão normal de desenvolvimento.

Este instrumento é composto por 179 itens, distribuídos por nove áreas do desenvolvimento e cotados através de uma chave dicotómica faz/não faz, pelo que a pontuação em cada área varia consoante o número de itens realizados com sucesso. No caso de existirem itens que se encontrem em fase emergente, mas que ainda não se encontram totalmente consolidados, estes podem ser cotados positivamente assinalando, no entanto, os mesmos com a letra Q. Este instrumento dispõe de um conjunto de materiais como blocos de construção, pinos, formas, entre outros, que possibilitam a avaliação dos itens que compõem a escala (Bellman, et al., 1996).

As nove áreas do desenvolvimento avaliadas através deste instrumento são as competências posturais passivas (9 itens), as competências posturais ativas (12 itens), as competências locomotoras (20 itens), as competências manipulativas (28 itens), as competências visuais (20 itens), as competências na audição e linguagem (21 itens), as competências na fala e linguagem (22 itens), as competências na interação social (24 itens) e as competências na autonomia pessoal (23 itens). Além disso, esta escala fornece ainda informação relativamente às competências cognitivas, através do

somatório de 34 itens contemplados noutras áreas e assinalados com um círculo, sobretudo a nível das competências manipulativas, visuais e de interação social.

Através da cotação obtida em cada uma das áreas do desenvolvimento avaliadas nesta escala, é possível traçar um perfil do desenvolvimento da criança, o qual permite, posteriormente, enquadrar o desenvolvimento tendo em conta a idade cronológica da criança, ao confrontar o que seria expectável para a sua idade com os valores obtidos. O perfil de desenvolvimento possibilita a identificação das áreas em que a criança apresenta mais e menos dificuldades, i.e., as áreas fortes, intermédias e fracas da criança, para posteriormente definir objetivos de intervenção.

Este instrumento de avaliação é considerado de fácil e rápida utilização, variando o tempo de aplicação, na íntegra, entre 20 e 30 minutos por criança. Deve ser aplicado de forma individual a cada criança. A SGS II apresenta como vantagens o facto de não necessitar de uma grande experiência ou treino por parte do avaliador, de não envolver quaisquer riscos para a saúde dos avaliados, bem como permitir o conhecimento do perfil do desenvolvimento psicomotor da criança avaliada, e conseqüentemente uma intervenção com objetivos mais específicos (William et al., 2013).

Para análise do grupo avaliado consideramos a cotação máxima em cada área do desenvolvimento para posteriormente realizar a análise de dados comparando com a média do grupo aos 12 meses de idade corrigida.

Atendendo à idade gestacional definida para o estudo, a recolha de dados foi prolongada, a primeira avaliação de desenvolvimento aos 12 meses de idade corrigida foi realizada em setembro de 2017 e a última em outubro de 2019. Efetivamente, a exigência de recolhas de medidas em prazos bem definidos confrontou-se, por vezes, com a indisponibilidade das famílias. É importante mencionar que, atendendo à especificidade destes bebés, existem muitas limitações em termos de saúde, proteção parental e fragilidade para a colaboração em filmagem, sendo necessário filmagens em domicílio aos 3 e 9 meses.

Quadro 5

Evolução do Tamanho da Amostra Durante as Várias Fases do Estudo.

Dados de Análise	N	N. Atual
N Total		100
Entrevistas	99	99
Falecimento do Bebê	9	91
Falecimento da Mãe	1	90
Sequelas	2	88
Abandonos	12	75
Abandono por mudança de residência	1	74
Abandonos por doença	9	65
Avaliação aos 3 Meses	65	65
Ausência por doença	2	63
Ausência por mudança de residência	1	62
Abandono por mudança de residência	2	60
Abandonos	4	56
Avaliação aos 9 Meses	56	56
Regressa por saúde estável	2	58
Ausência por doença	2	56
Avaliação aos 12 Meses	56	56
Eliminados por problemas de recolha de dados	6	50

6.5. ACORDO DE COTADORES

Padrões de autorregulação infantil: As cotações dos vídeos FFSF foram realizadas por três cotadores treinados. O acordo entre os cotadores foi calculado com recurso ao coeficiente kappa de Cohen. Os resultados indicaram um bom acordo para todos os padrões de autorregulação ($M\kappa = 0,78$). Na sequência da avaliação da fiabilidade intercotador, as classificações discrepantes foram discutidas e resolvidas em conferência.

Qualidade de interação mãe-bebê: As interações de jogo livre gravadas foram pontuadas por dois cotadores treinados e cegos (relativamente ao objetivo do estudo) seguindo as instruções do manual do CARE-Index. O acordo intercotador foi avaliada comparando as classificações dos dois cotadores utilizando coeficientes de intraclass correlation (ICC) (Cicchetti, 1994). O ICC médio obtido foi de 0,81. De acordo com as instruções do manual, cada interação durou cinco minutos (Crittenden, 2003).

Padrões de Vinculação: Os vídeos relativos ao padrão de vinculação dos bebês durante a Situação Estranha foram pontuados por dois cotadores treinados e fiáveis

seguinte os procedimentos desenvolvidos por Ainsworth et al. (1978). Os cotadores desconheciam o comportamento das crianças, congruência e incongruência. Os bebês foram classificados como apresentando uma vinculação segura (B), insegura- evitante (A), insegura-ambivalente (C) ou insegura-desorganizada. O coeficiente kappa de Cohen (.86) indicou uma boa fiabilidade intercotador. Como apenas quatro casos foram cotados como D, não há casos suficientes para apresentar resultados confiáveis com vinculação desorganizada.

6.6. ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva e inferencial usando a versão 24 do programa SPSS.

A presente investigação apresenta dois tipos de análise: i) uma análise de dados qualitativa das entrevistas (acerca das representações das mães relativamente ao desenrolar da gravidez; às expectativas e emoções afetivas na gravidez, à reação ao nascimento antecipado, à relação com o seu filho recém-nascido, ao conhecimento das capacidades sensoriais e perceptivas do bebé e à maternidade), tratada posteriormente quantitativamente, e ii) uma análise quantitativa dos dados observacionais.

As entrevistas foram transcritas e os indicadores foram selecionados partindo de um guião de análise definido à priori (consultar em Gonçalves et al., 2020). Posteriormente, a análise dos dados da entrevista foi realizada por frequência e respetiva percentagem. À análise quantitativa foram adicionadas unidades de registo no intuito de exemplificar as categorias enunciadas/indicadores.

A estatística univariada (médias, desvios padrões, mínimos e máximos) foi usada para calcular as prevalências das variáveis contínuas, e as variáveis dicotómicas ou discretas foram analisadas por frequência e percentagem. Para comparar a prevalência de padrões de autorregulação do bebé com os padrões de vinculação foi realizada o teste de proporções Qui quadrado. Para comparar a média dos dados demográficos, dos dados das escalas do Care Index e das sub-escalas da SGS II com os padrões de autorregulação e com os padrões de vinculação foi realizado o teste Anova e o teste pós-hoc de Tukey.

O teste de médias emparelhadas foi usado para avaliar a significância das diferenças entre os comportamentos maternos aos 3 e aos 9 meses e os comportamentos infantis também aos 3 e aos 9 meses. Para analisar a correlação entre os comportamentos maternos e infantis foi usado Coeficiente de Correlação de Pearson.

Por fim, na análise dos preditores da segurança vinculação aos 12 meses recorreu-se a uma análise de regressão binominal logística, para testar o peso das variáveis, que nas análises prévias estavam significativamente associadas à vinculação, e à qualidade da vinculação.

Para as análises realizadas foi definido um nível de significância com valor de .05

A normalidade da distribuição das variáveis foi testada para efeitos de decisão entre estatística paramétrica e não paramétrica.

7. RESULTADOS

7.1. ENTREVISTA

A entrevista analisa as representações maternas nas primeiras 72 horas após o nascimento de bebês de muito e extremo pré-termo (ver Tabela 3).

No que respeita ao **desejo da gravidez**, a frequência das mães que desejaram a gravidez é de 76%. De 24% das mães que não desejaram a gravidez, a maioria (98%) aceitou-a bem, sendo que apenas 2% apresentaram sentimentos de ambivalência. A maioria das mães referiu que ficou contente e feliz expressando que se “*Sentiram muito felizes*” (E3, E6, E8, E9, E12, E13, E19, E23, E27, E28, E31, E34, E35, E38, E39, E40, E51, E57, E65, E66, E76, E82, E83, E84, E88), com várias expressões como “*Foi uma concretização*” (E4, E63). Quanto aos sentimentos de ambivalência, estes prenderam-se com falta de apoio que as mães sentiram por parte da família e por não ter sido uma gravidez planeada. A maioria das mães participantes (89,8%) sentiu-se **apoiada durante a gravidez** pelos profissionais de saúde e pela família/amigos. Todavia, 10,2% referiu que sentiu carência de apoio, em alguns casos, por ausência do pai do bebê: “*...Para mim era muito importante o pai estar presente*” (E5, E36).

Durante a gravidez, 41,7% das mães expressaram que, por vezes, **sentiram receio pela saúde e vida do seu bebê** enquanto 35,4% destas referiram ter muito medo. As mães expressaram que sentiam que “*...algo não estava bem*” (E66), que “*pressentiram que não ia até ao fim*” (E33, E51), que “*tinham sempre esse receio*” (E61, E73, E74, E77), que “*pensavam que ia correr tudo bem, mas tinham sempre aquele, e se não correr?*” (E41). Da totalidade das mães, 22,9% referiu não ter sentido qualquer receio. Para estas mães, a gravidez foi um processo tranquilo sem alterações clínicas. Quanto à **reação à notícia da prematuridade**, os dados indicam que apenas 12,5% das mães demonstraram não recear pela vida do seu bebê, referindo que se sentiam confiantes, particularmente porque os bebês não apresentavam problemas clínicos e elas não antecipavam um parto prematuro. Contudo, 33,3% das mães temeram pela vida do seu bebê e 52,1% referiu um sentimento de choque/pânico ao ter a notícia de parto pré-termo, expressando que foi um conflito de emoções e temor, expressando frases como: “*Senti muito medo*” (E6, E12, E30, E31, E63, E67, E83, E84), “*Foi um susto/Assustador*” (E7, E9, E10, E21, E22, E71) “*Já sabemos o que significa a prematuridade!!!*” (E6, E8), “*Os prematuros correm mais riscos*” (E69, E70).

Relativamente à **primeira sensação de amor pelo seu bebê**, cerca de metade das mães (52.1%) afirmou que sentiu esse amor no momento em que lhe foi dada a

notícia da gravidez, expressando que sentiu “*Amor desde logo*” (E3, E6, E8, E11, E14, E58, E59, E77), “*Amor desde logo...queríamos muito este bebé*” (E2). As restantes respostas repartem-se por vários momentos, com expressões diferenciadas como “*O Amor... não foi logo estava em stress. Tinha medo*” (E15), “*Amor...tinha dias que sentia amor outros não*” (E21, E22). Em concreto, algumas mães referiram que sentiram esse amor: ao ver e ouvir o seu bebé no nascimento (18,8%), mencionando: “*Quando a vi, senti logo amor*” (E24); ao vê-lo na incubadora (10,4%); com o crescimento da barriga e a perceção dos movimentos do bebé na barriga (6,3%), expressando, “*Já sentia na barriga, mas agora é mais claro*” (E19); no momento da ecografia (4,2%); e uma minoria das mães não sentiu nada (2,1%).

Após o nascimento, as respostas à **reação ao primeiro afastamento** dividem-se equitativamente entre o sentimento de pena, mas aceitação (50%) e o sentimento de sofrimento/medo/culpa (41,7%), existindo mães que não sabem identificar o que sentiram. Especificamente apresentaram expressões como: “*Sinto um vazio!!*” (E21, E22, E31), “*É difícil*” (E15, E53, E54, E55) “*É muito difícil*”, “*O que é expectável é ficar com ela.... é uma sensação de abandono..., mas depois tudo faz sentido*” (E68), “*É triste*” (E6, E8, E12, E13, E17, E 27, E28, E30, E47, E82, E86).

Na caracterização do **temperamento do/a filho/a**, as mães apresentaram respostas diferenciadas, caracterizando-o como agitado/chorão (37,5%, através de expressões como “*É mexidinho*” (E8, E11, E27, E30, E32, E41, E49, E50, E52, E55, E54, E61, E64, E61, E64, E71, E73, E84, E84, E85)); como calmo (33,3%, com expressões como “*É mais calmo agora*” (E62)); e com um comportamento misto (2,1%). Mais de um quarto das mães (27,1%) não soube como descrevê-lo, referindo que é difícil interpretar (ex., “*Acho-a tranquila*” (E24, E29, E37), “*Dizem que é refilona*” (E42, E45, E67, E82)).

Na avaliação dos **sentidos ver, ouvir e toque**, na perceção das mães, os seus bebés não viam (78,7%), mas reagiam ao som e à sua voz (84,8%), referindo estas que “*...já ouvia dentro da barriga*” (E6, E8, E11, E15), “*Conhece a sua voz*” (E2, E4, E62, E73, E74) e “*Sorria com a minha voz*” (E58, E59). No entanto, a maioria referia que, naquele momento, o seu bebé sentia dor e reagia ao toque (97,7%), expressando “*Se falar e tocar eles sentem*” (E12, E13, E66, E73) e “*Sabem que sou eu*” (E58, E59).

Em relação às competências necessárias para **cuidar do seu bebé**, metade destas mães reconheceu estar otimista quanto ao futuro, referindo que este vai ser bom e vai correr bem (54,2%) e expressando sentimentos como “*Acho que vou ser mais protetora por ele ser tão frágil*” (E64). Um quarto das mães (25%) mencionou que será

difícil e manifestou-se disposta a aprender, expressando *“Vai ser um desafio”* (E38, E39), embora compreendesse que o bebê iria necessitar de muitos cuidados, mas *“...as mães pensam sempre que são capazes de tudo!!!”* (E19).

No entanto, 10,4% das mães disseram não saber como será cuidar do seu bebê e 4,2% expressaram o sentimento de medo e de não saber, através de verbalizações como *“tenho um pouco de medo”* (E43, E44), enquanto 6,3% não queria pensar sobre esse assunto naquele momento, dizendo *“Tenho algum receio... já comecei a pensar, mas não quero pensar muito”* (E31) e *“Não pensei nisso ainda”* (E9, E18, E26, E36, E46, E62, E66).

Sobre as possíveis **dificuldades no futuro**, as respostas repartem-se entre esperar dificuldades, mas pedir ajuda (39,6%), não esperar dificuldades (22,9%), não saber (14,6%) e esperar muitas dificuldades (8,3%). Um pequeno grupo de mães (14,6%) preferiu não pensar nas primeiras 72h nesse assunto, expressando *“Não penso nisso”* (E9, E12, E13, E19, E34, E36, E51, E63, E79) e *“Não sei”* (E9, E11, E21, E23, E26, E27, E29, E41, E42, E43, E48, E66, E86, E90), *“Não podemos pensar nas dificuldades”* (E21, E22) e *“A vida é aos poucos, aos passos: cada passo é um passo...só é preciso é que ele saia com saúde”* (E81).

Tabela 3

Síntese das Representações Maternas

Variável	n	%
Aceitação da gravidez (n=49)		
Aceitei a gravidez	48	98,0
Ambivalente	1	2,0
Percepção de apoio na gravidez (n=49)		
Senti-me apoiada	44	89,8
Recebi algum apoio	5	10,2
Medo pelo bebê (n=48)		
Por vezes	20	41,7
Muito medo	17	35,4
Não senti medo	11	22,9
Reação ao nascimento prematuro (n=48)		
Choque/Pânico	25	52,1
Medo pela vida do bebê	16	33,3
Sem medo pela vida do bebê	6	12,5
Não sabe	3	1
Primeiro sentimento de amor (n=48)		
Notícia da gravidez	25	52,1

Ver/ouvir o bebê logo ao nascimento	9	18,8
Ao vê-lo na incubadora	5	10,4
Crescimento da barriga	3	6,3
Sentir o bebê mexer pela primeira vez dentro da barriga	3	6,3
Na ecografia	2	4,2
Não sentiu ainda	1	2,1
Percepção de competência no cuidar do bebê (n=48)		
Bom e vai correr bem	26	54,2
Difícil e vou aprender	12	25,0
Não sei	5	10,4
Não quero pensar nisso agora	3	6,3
Sinto medo de não saber	2	4,2

7.2. PADRÕES DE AUTORREGULAÇÃO DO BEBÉ MUITO E EXTREMAMENTE PREMATURO

Aos três e aos nove meses de idade corrigida, os bebês foram observados com as suas mães no Paradigma Experimental FFSF com o objetivo de identificar o seu padrão de regulação emocional.

Conforme apresentado na Tabela 4, aos 3 meses, os dados indicam que o padrão socialmente positivo (40%) apresenta a mesma frequência que o padrão socialmente negativo, sendo os padrões mais frequentes. Já o padrão orientado para o autoconforto verificou-se numa minoria dos casos. Aos 9 meses, a distribuição de casos é sensivelmente igual ao verificado aos 3 meses. O padrão socialmente positivo mantém-se nos 40%, sensivelmente igual ao padrão socialmente negativo - inconsolável (38%), e o padrão orientado para o autoconforto apresentou uma percentagem de 22%.

Muito embora a análise de qui-quadrado indique diferenças entre os grupos relativamente ao padrão de autorregulação, indica estabilidade na distribuição dos mesmos dos 3 para os 9 meses ($\chi^2(4)=61.392$, $p < .001$). Quando analisamos os subgrupos dos padrões de regulação, de acordo com o apresentado na Tabela 4, verificamos que o subpadrão mais frequente é o V, que corresponde ao padrão positivo identificado com um bom a moderado nível de participação interativa no primeiro episódio com registo de perturbação durante o episódio de SF e com recuperação no terceiro episódio. Seguindo-se os subpadrões negativos IV e o III. Na verdade, as crianças desta amostra tendem a apresentar uma regulação negativa e mesmo o

subpadrão positivo mais frequente é aquele que apresenta uma perturbação durante o episódio do SF e com recuperação no terceiro episódio.

É importante referir que o padrão mais positivo, apresentado com o estilo de comportamento VII, apenas é representado com um caso aos 3 meses. Deste modo, o estilo de regulação francamente positivo num contexto de relações positivas e recíprocas é quase inexistente nesta amostra.

Tabela 4

Frequência de Padrões e Estilos de Autorregulação Infantil aos 3 e aos 9 Meses

Padrão e estilo de autorregulação	3 Meses		9 Meses	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Socialmente positivo	20	40	20	40
Socialmente negativo	20	40	19	38
Autoconforto	10	20	11	22
Total	50	100	50	100
Estilo VII	1	2	0	0
Estilo VI	7	14	8	16
Estilo V	12	24	11	22
Estilo IV	10	20	9	18
Estilo III	10	20	11	22
Estilo II	10	20	11	22
Estilo I	0	0	0	0
Total	50	100	50	100

Quando analisamos a continuidade e a mudança nos padrões de regulação emocional dos bebés dos 3 para os 9 meses, os dados indicam uma elevada estabilidade nos comportamentos maternos. Com efeito, mantiveram-se dos 3 meses para os 9 meses 80% das classificações no padrão socialmente positivo, 75% dos casos no padrão socialmente negativo e a totalidade dos bebés (100%) no padrão orientado para o autoconforto (ver Tabela 5).

Tabela 5

Frequência dos Padrões de Autorregulação Infantil dos 3 para os 9 meses

3 meses	9 meses			Total
	Socialmente Positivo	Socialmente Negativo	Autoconforto	
Socialmente Positivo	16 _a	4 _b	0 _b	20
Socialmente Negativo	4 _a	15 _b	1 _a	20
Autoconforto	0 _a	0 _a	10 _b	10
Total	20	19	11	50

Nota. Cada letra de subscrito indica um subconjunto de padrões observados no Still-Face aos 9 meses.

7.3 QUALIDADE DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÉ MUITO E EXTREMAMENTE PREMATURO

Como apresentado na Tabela 6, na interação em jogo livre, as mães apresentaram em média 8,04 comportamentos sensíveis (numa escala de Sensibilidade Materna de 1 – alto risco – a 14 elevada qualidade). Os valores médios da sensibilidade variaram entre os 13 (resposta materna muito sensível) e os 5 pontos (interações de risco). Deste modo, em média as mães apresentaram-se atentas e responsivas, mas com dificuldades em manter uma interação recíproca e contínua de qualidade. Adicionalmente, observamos que o Controlo Materno aos 3 meses se situou nos 3,26 (entre 0 e 9). Esta forma de interação materna baseia-se em respostas intrusivas, insistentes ou exageradas. Em alguns casos, a hostilidade pode mesmo tratar-se de hostilidade aberta ou encoberta. Por fim, a Passividade Materna aos 3 meses apresentou um valor médio baixo de 2,70 (entre 0 e 9). O comportamento passivo das mães caracteriza-se pela ausência da implicação ativa do adulto na interação que se manifesta através de distração e/ou passividade face às aberturas ou sinais da criança.

Tabela 6

Estatística Descritiva dos Comportamentos Maternos e Infantis Avaliados aos 3 e aos 9 Meses com o Care-Index

Escala	3 meses				9 meses			
	Mín	Máx	M	DP	Mín	Máx	M	DP
Sensibilidade materna	5	13	8,04	2,499	2	12	7,60	2,55
Controlo materno	0	9	3,26	3,433	0	10	3,16	3,61
Passividade materna	0	9	2,70	3,138	0	10	3,30	3,36
Cooperação infantil	4	13	7,54	2,435	3	12	7,54	2,51
Compulsão infantil	0	9	1,94	3,395	0	9	1,86	3,18
Dificuldade infantil	0	10	4,04	3,597	0	11	4,32	3,38
Passividade infantil	0	6	0,50	1,389	0	12	0,66	2,03

Quanto à criança, aos 3 meses, apresentou, conforme evidenciado na Tabela 6, um valor médio de 7,54 de cooperação, variando entre 4 e 14. Esta escala identifica padrões de comportamento associados à expressão de prazer ou satisfação bem como à facilitação dos turnos comunicacionais. No caso da nossa amostra, o valor médio situou-se praticamente a meio da escala que varia entre 1 e 14 pontos, sendo que até 6 pontos (inclusive) estamos perante interação de risco. Assim, na nossa amostra a

média da cooperação infantil surgiu um pouco acima de interações de risco, traduzindo interações com dificuldade de a criança manter-se atenta e participativa.

A Compulsão Infantil aos 3 meses apresentou um valor médio de 1,94, variando entre 0 e 9 entre os casos da amostra. Esta escala diz respeito a comportamentos que indicam submissão face às iniciativas do adulto, bem como a uma participação pouco entusiasmada nos jogos propostos de interação, sem, contudo, manifestar sinais de resistência, pelo que é favorável que o valor médio seja reduzido.

A Dificuldade Infantil aos 3 meses apresentou um valor moderado de 4,04 em média, variando entre 0 e 10. Esta escala descreve comportamentos marcados pelo selo da oposição e resistência aberta às respostas do adulto e revela-se por comportamentos como o choro, pelo que é favorável que o valor médio seja reduzido, embora tal facto não se tenha verificado aos três meses, já que se situou num ponto intermédio. Importa sublinhar que a seguir à cooperação infantil este foi o comportamento infantil mais frequente.

A Passividade Infantil aos 3 meses foi rara, apresentando um valor médio de 0,5, de 0 a 6. Esta escala indica padrões de comportamento com baixo nível de envolvimento e iniciativa com respostas cujo resultado previsível é o de reduzir o contacto com o adulto, expressões faciais vazias, ausência de resposta às aberturas sociais, e participação errática no jogo interativo.

Aos 3 meses de idade, os valores de sensibilidade materna eram relativamente baixos, indicando que, em média, as díades em estudo apresentavam interações com dificuldades e pouco prazerosas e recíprocas. Contudo, aos 9 meses, estes valores agravaram-se e a média da sensibilidade materna foi ainda mais baixa, situando-se nos 7,60. A sensibilidade variou entre 2 e 12, em que o valor 4 representa quadros de alto risco. Assim, aos 9 meses, 12% ($n=6$) das mães obtiveram a classificação de interação de alto risco.

O controlo materno aos 9 meses apresentou um valor médio intermédio de 3,16 (entre 0 e 10). Podemos observar respostas maternas intrusivas, exageradas e hostis. Outras mães apresentaram respostas passivas, distraídas ou monótonas numa média de 3,30, com valores entre 0 e 10.

Aos 9 meses, a criança apresentou uma cooperação com um valor médio de 7,54, variando entre 3 e 12, reproduzindo os baixos valores da sensibilidade materna.

A Compulsividade aos 9 meses apresenta um valor médio de 1,86, variando entre 0 e 9 entre os casos da amostra. A pontuação nesta escala, que diz respeito a

padrões de comportamento que indicam submissão face às iniciativas do adulto, reduziu-se ligeiramente entre os 3 e 9 meses.

A Dificuldade Infantil aos 9 meses apresentou um valor médio de 4,32, variando entre 0 e 11. Esta escala descreve padrões de comportamentos marcados pelo selo da oposição e resistência aberta às respostas do adulto. Os valores já elevados observados aos 3 meses aumentaram aos 9 meses.

A Passividade Infantil aos 9 meses apresentou um valor médio de 0,66, variando entre 0 e 12. A média desta escala, que indica padrões de comportamento com baixo nível de envolvimento com o adulto, aumentou embora de forma pouco significativa.

Para avaliar se as diferenças da qualidade da interação mãe-bebé avaliada conforme o Care-index dos 3 para os 9 meses eram significativas, aplicámos um teste de médias emparelhadas e verificamos que apenas a sensibilidade materna é significativamente diferente entre estes dois momentos de observação [$\chi^2(49) = 2,317$, $p = 0,025$]. Por outras palavras, a sensibilidade materna aos 9 meses é significativamente mais baixa do que aos 3 meses.

Não obstante, conforme apresentado na Tabela 7, a sensibilidade materna aos 3 meses está altamente associada à sensibilidade materna aos 9 meses. Deste modo, as mães mais sensíveis aos 3 meses são as mães mais sensíveis aos 9 meses e vice-versa (as menos sensíveis aos 3 meses são menos sensíveis aos 9 meses). O mesmo se sucede para o controlo materno e para a passividade materna.

Tal como sucede para as variáveis maternas, podemos verificar, na Tabela 7, que a cooperação infantil aos 3 e aos 9 meses está altamente associada, assim como os restantes tipos de comportamento interativo infantil. Assim, o comportamento das mães e dos bebés respetivamente parece ter uma certa continuidade e associação entre estes dois momentos no tempo. As mães e os bebés com melhores ou piores indicadores interativos tendem a manter esses valores dos 3 para os 9 meses.

Tabela 7

Correlações entre os Comportamentos Infantis e entre os Maternos aos 3 e aos 9 Meses.

		3 meses						
		1	2	3	4	5	6	7
9 meses	1. Sensibilidade materna	0,859**						
	2. Controlo materno		0,842**					
	3. Passividade materna			0,757**				
	4. Cooperação infantil				0,743**			
	5. Compulsividade infantil					0,885**		
	6. Dificuldade infantil						0,685**	
	7. Passividade Infantil							0,468**

** . $p < 0,001$

7.3.1. Associação entre os comportamentos interativos maternos e infantis

Quando estudamos a associação entre os vários tipos de comportamentos maternos aos 3 meses, encontramos, conforme exposto na Tabela 8, correlações significativas entre a sensibilidade materna e o controlo materno. Adicionalmente, verifica-se que o controlo materno se correlacionou de forma significativa com a passividade materna.

Ao realizarmos o mesmo estudo correlacional para as variáveis do comportamento interativo infantil, verificamos que a cooperação infantil avaliada aos 3 meses se correlaciona negativamente com a compulsividade infantil e com dificuldade infantil. A avaliação da compulsividade infantil demonstra que existe uma correlação significativa com a dificuldade infantil. Por seu lado, a dificuldade infantil correlaciona-se negativamente com a passividade infantil, sendo que os valores estão apresentados na Tabela 8.

Quando analisámos a relação entre as variáveis maternas e infantis aos 3 meses, verificamos que existe uma correlação significativa entre a sensibilidade materna e a cooperação infantil e a compulsividade infantil.

Por outro lado, o controlo materno avaliado aos 3 meses correlaciona-se positivamente com a compulsividade infantil, e negativamente com a cooperação infantil e com a dificuldade infantil.

Conforme podemos observar na Tabela 8, a passividade materna avaliada aos 3 meses correlaciona-se negativamente com a cooperação infantil e positivamente dificuldade infantil.

Repetimos o estudo de associações para os tipos de comportamento infantil aos 9 meses. Os resultados revelados também na Tabela 8 indicam que a sensibilidade materna se correlacionou negativamente com o controlo materno e com a passividade materna. Adicionalmente, o controlo materno correlacionou-se negativamente com a passividade materna.

Quando correlacionamos os vários tipos de comportamento interativo infantil aos 9 meses, verificamos que a cooperação infantil está negativamente correlacionada com a compulsividade infantil, com a dificuldade infantil e positivamente com a passividade infantil

Quando analisámos a associação entre as variáveis maternas e infantis aos 9 meses, verificamos que a sensibilidade materna se correlaciona de forma positiva com a cooperação infantil e passividade infantil e negativamente com a compulsividade infantil. Já o controlo materno correlaciona-se positivamente com a compulsividade infantil e negativamente com a dificuldade infantil enquanto a passividade materna correlaciona-se de forma positiva com a dificuldade infantil.

Tabela 8

Correlações entre os Comportamentos Maternos e Infantis aos 3 e aos 9 meses

	1	2	3	4	5	6	7
1. Sensibilidade materna	-	-0,477**	-0,274	0,902**	-0,512**	-0,161	0,100
2. Controlo materno	-0,433**	-	-0,714**	-0,327*	0,520**	-0,318*	0,113
3. Passividade materna	-0,319*	-0,709**	-	-0,360*	-0,161	0,477**	-0,204
4. Cooperação infantil	0,893**	-0,319*	-0,346*	-	-0,374**	-0,413**	0,251
5. Compulsividade infantil	-0,476**	0,603**	-0,250	-0,308*	-	-0,621**	-0,188
6. Dificuldade infantil	-0,262	-0,347*	0,547**	-0,468**	-0,661**	-	-0,364**
7. Passividade infantil	0,349*	-0,065	-0,200	0,286*	-0,195	-0,127	-

Nota. Os resultados para os 3 meses são apresentados acima da diagonal. Os resultados para os 9 meses são apresentados abaixo da diagonal.

** $p < 0,001$; * $p < 0,01$

7.4. CLASSIFICAÇÃO DOS PADRÕES DE VINCULAÇÃO DO BEBÉ MUITO E EXTREMAMENTE PREMATURO AOS 12 MESES COM A MÃE

Nesta amostra composta por bebês nascidos com menos de 32 semanas de gestação, 30% dos bebês apresentou uma vinculação segura (B), 30% insegura-evitante (A) e 40% apresentou uma vinculação insegura-resistente/ambivalente (C) (confirmar na Tabela 9).

As crianças do tipo A evitam a proximidade e o contacto. Como apresentado na Tabela 9, este grupo reparte-se em dois subgrupos: A1 - marcadamente evitantes - corresponde a 20% da amostra e A2 - apresentam um registo contraditório, procurando a proximidade com comportamentos de evitamento - correspondem a 10%.

O grupo de crianças do tipo B apresentam uma vinculação segura, pelo que o cuidador serve como base segura para a exploração e o seu regresso suscita satisfação. Nos subgrupos B1 e B2, a criança saúda-a ou sorri à chegada do cuidador. Cada um destes dois subgrupos apresenta uma percentagem de 12% da nossa amostra. Em B3 e B4, a criança procura ativamente a proximidade ou o contacto. Estes dois subgrupos correspondem respetivamente 2% e 4% da amostra.

As crianças do tipo C apresentam uma vinculação insegura resistente/ambivalente, nas quais existe sempre preocupação em manter a proximidade com a mãe. Porém, no seu regresso, reagem com grande resistência ou com demonstrações de irritação. Estas crianças são incapazes de utilizar a figura de vinculação como base segura de exploração. As crianças do subgrupo C1 representaram 36% e oscilaram entre a procura/manutenção de proximidade e comportamentos de resistência. As do subgrupo C2 representam 4% dos casos da nossa amostra e conciliam a resistência com a passividade (ver Tabela 9).

Na amostra em estudo, 20% ($n=10$) dos casos apresentam sinais de desorganização e desorientação, dos quais 8% ($n=4$) tem classificação D.

Tabela 9*Frequência dos Padrões e Subpadrões da Vinculação (N=50)*

Padrão de Vinculação	<i>n</i>	%
A – Inseguro-Evitante	15	30
A1	10	20
A2	5	10
B – Seguro	15	30
B1	6	12
B2	6	12
B3	1	2
B4	2	4
C - Inseguro Resistente/Ambivalente	20	40
C1	18	36
C2	2	4

7.5. ANÁLISE DOS DADOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DO BEBÉ MUITO E EXTREMAMENTE PREMATURO AOS 12 MESES DE IDADE CORRIGIDA

As competências posturais passivas integram 9 itens, estas competências encontram-se adquiridas por todas as crianças avaliadas. Quanto às competências posturais ativas, as quais consideram 12 itens, o sucesso não é integral, mas surge elevado, dado o valor médio de 11,74, apesar de existir uma variação entre 7 e 12. As competências locomotoras apresentam uma média de 5,48, encontrando-se as crianças dentro dos parâmetros para a sua idade, apesar de existir uma variação entre 1 e 10. As competências manipulativas apresentam uma média de 10,04 variando o sucesso entre 7 e 12. As competências visuais apresentam uma média de 10,54, variando o sucesso entre 7 e 13. As competências na audição e linguagem apresentam uma média de 7,9, variando o sucesso entre 5 e 10. As competências na fala e linguagem apresentam uma média de 7,98, variando o sucesso entre 4 e 11. As competências de interação social apresentam uma média de 13,28, variando o sucesso entre 8 e 17. As competências de autonomia pessoal apresentam uma média de 5,36, variando o sucesso entre 2 e 8. As competências cognitivas apresentam uma média de 6,34, variando o sucesso entre 4 e 9. De acordo com folha de perfil da *SGS II*, as crianças do estudo apresentam em média um perfil de desenvolvimento dentro dos parâmetros expectáveis para os 12 meses, salientando-se como área com menor desempenho a do controlo postural ativo e como área de melhor desempenho a área da interação social, conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10

Estatística Descritiva das Competências Desenvolvidas pelo Bebê aos 12 Meses de Idade Corrigida

Competências	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Postura Passiva	9	9	9,00	0,00
Postura Ativa	7	12	11,74	0,92
Locomotora	1	10	5,48	2,11
Manipulativa	7	12	10,04	0,90
Visual	7	13	10,54	1,47
Audição e Linguagem	5	10	7,90	0,91
Fala e Linguagem	4	11	7,98	1,61
Interação Social	8	17	13,28	2,07
Social	2	8	5,36	1,38
Cognitiva	4	9	6,34	1,24

7.6. ESTUDO DAS DIFERENÇAS NA QUALIDADE INTERATIVA MÃE-BEBÉ DE ACORDO COM O PADRÃO DE REGULAÇÃO DO BEBÉ

Como evidenciado na Tabela 11, aos 3 meses, de acordo com o teste de médias Fisher, observa-se que os bebês com o padrão socialmente positivo são mais cooperativos e possuem, em média, mães mais sensíveis do que as dos restantes bebês. Por outro lado, os bebês com padrão socialmente negativo apresentam comportamentos mais difíceis e as suas mães são mais controladoras e passivas. Os bebês com o padrão orientado para o autoconforto apresentam, em média, mais comportamentos de compulsividade e têm, em média, mães que apresentam um maior controlo.

O teste de médias Fisher indica que, também aos 9 meses, os bebês com o padrão socialmente positivo são mais cooperativos e têm, em média, mães mais sensíveis. No caso dos bebês com padrão socialmente negativo, estes apresentam comportamentos mais difíceis e compulsivos, e as suas mães têm comportamentos mais controladores e passivos. Já os bebês com o padrão orientado para o autoconforto são mais difíceis, apresentam mais comportamentos de compulsividade, e as suas mães são mais controladoras (ver médias na Tabela 11).

Tabela 11

Médias, Desvios Padrão e Resultados ANOVA para a Qualidade da Interação Mãe-Filho/a de acordo com o Padrão de Autorregulação aos 3 e 9 Meses

Variáveis da interação mãe-filho/a		Padrão de autorregulação			F(3, 50)	p	Tukey HSD
		Socialmente Positivo M (SD)	Socialmente Negativo M (SD)	Autoconforto M (SD)			
Sensibilidade materna	3 meses	10,45 (1,73) ^a	6,90 (1,45) ^b	5,50 (,53) ^b	48,934	0,001	a > b
	9 meses	10,10 (1,45) ^a	6,40 (1,74) ^b	5,18 (,75) ^b	51,337	0,001	a > b
Controlo Materno	3 meses	1,80 (2,22) ^a	3,00 (3,31) ^b	6,70 (3,56) ^c	9,185	0,001	c > b > a
	9 meses	2,00 (2,25) ^a	2,26 (3,53) ^b	6,82 (3,57) ^b	9,950	0,001	b > a
Passividade Materna	3 meses	1,75(1,92) ^a	4,10 (3,39) ^b	1,80 (3,80) ^a	3,681	0,03	b > a
	9 meses	1,90 (2,10) ^a	5,38 (3,47) ^b	2,27 (3,50) ^a	7,349	0,001	b > a
Cooperação Infantil	3 meses	10,05 (1,43) ^a	5,90 (1,41) ^b	5,82 (,63) ^b	61,439	0,001	a > b
	9 meses	9,85 (1,90) ^a	5,95 (1,72) ^b	6,09 (,94) ^b	32,079	0,001	a > b
Compulsão Infantil	3 meses	0,30 (1,34) ^a	0,45 (1,34) ^a	8,20 (,63) ^b	154,069	0,001	b > a
	9 meses	0,35 (1,57) ^a	,026 (0,81) ^b	7,30 (,92) ^b	150,347	0,001	b > a
Dificuldade Infantil	3 meses	3,05 (2,19) ^a	7,05 (3,07) ^b	0,00 (0,00) ^c	31,795	0,001	b > a
	9 meses	3,20 (1,91) ^a	7,68 (2,19) ^b	0,55 (,93) ^b	58,854	0,001	b > a
Passividade Infantil	3 meses	0,65 (1,39) ^a	0,60 (1,70) ^b	0,00 (,00) ^b	0,810	0,04	a > b
	9 meses	1,55 (3,00) ^a	0,11 (,46) ^b	0,00 (0,00) ^b	3,561	0,05	a > b

7.7. ESTUDO DAS DIFERENÇAS NA QUALIDADE INTERATIVA MÃE-BEBÉ DE ACORDO COM O PADRÃO DE VINCULAÇÃO DO BEBÉ

De acordo com o teste de médias Fisher, este indica que os bebês, aos 3 meses, com vinculação segura têm, em média, mães mais sensíveis, sendo mais cooperativos do que as crianças com vinculação insegura (ver médias na Tabela 12). Contudo, os bebês com vinculação evitante são mais compulsivos do que os restantes bebês, sendo que as suas mães apresentam comportamentos mais controladores do que as mães dos bebês com outros padrões de vinculação. Já no caso dos bebês com um padrão inseguro-resistente/ambivalente, estes têm um maior número de comportamentos difíceis do que os bebês com vinculação A ou B (ver médias na Tabela 12). Segundo o teste de médias Fisher, este indica que os bebês, aos 9 meses, com vinculação segura possuem, em média, mães mais sensíveis e são mais cooperativos do que as crianças com vinculação insegura. Por outro lado, os bebês cujo padrão de vinculação é evitante,

apresentam maior compulsividade do que os restantes bebés e as suas mães apresentam comportamentos mais intrusivos e controladores do que as mães dos bebés com outros tipos de vinculação. Já no caso dos bebés com um padrão inseguro-resistente/ambivalente, verifica-se mais comportamentos difíceis do que nos bebés com vinculação A ou B (ver médias na Tabela 12).

Tabela 12

Médias, Desvios Padrão e Resultados ANOVA para a Qualidade da Interação Mãe-Filho/a de Acordo com o Padrão de Vinculação aos 3 e 9 Meses

Variáveis da interação mãe-filho/a		Padrão de Vinculação			F(3, 50)	p	Tukey HSD
		A M (SD)	B M (SD)	C M (SD)			
Sensibilidade materna	3 meses	6,47 (1,41) ^a	10,27 (1,94) ^b	7,55 (2,40) ^a	9,445	0,001	b > a
	9 meses	5,93 (1,75) ^a	10,13 (2,10) ^b	6,95 (1,88) ^a			
Controlo Materno	3 meses	5,20 (3,65) ^a	1,53 (1,73) ^b	3,10 (3,61) ^b	3,413	0,025	a > b
	9 meses	5,60 (3,98) ^a	1,60 (1,81) ^b	2,50 (3,52) ^b			
Passividade Materna	3 meses	2,33 (3,40) ^a	2,20 (2,70) ^a	3,35 (2,28) ^b	0,665	0,578	-
	9 meses	2,67 (3,09) ^a	2,27 (2,99) ^b	4,55 (3,58) ^b			
Cooperação Infantil	3 meses	6,47 (1,30) ^a	9,33 (1,90) ^b	7,00 (2,60) ^b	5,231	0,003	b > a
	9 meses	6,53 (1,36) ^a	9,87 (2,42) ^b	6,55 (2,11) ^a			
Compulsão Infantil	3 meses	5,27 (3,97) ^a	0,40 (1,55) ^b	0,60 (1,96) ^b	13,767	0,001	a > b
	9 meses	5,07 (3,54) ^a	0,67 (1,92) ^b	0,35 (1,57) ^b			
Dificuldade Infantil	3 meses	2,20 (3,32) ^a	3,93 (2,84) ^a	5,50 (3,79) ^b	3,186	0,032	b > a
	9 meses	2,40 (3,11) ^a	3,13 (2,92) ^a	6,65 (2,52) ^b			
Passividade Infantil	3 meses	0,07 (0,26) ^a	0,33 (,90) ^a	0,95 (1,99) ^b	1,281	0,292	-
	9 meses	0,00 (0,00)	1,13 (3,14)	0,80 (1,67)			

7.8 ESTUDO DAS DIFERENÇAS DA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE ACORDO COM O PADRÃO DE REGULAÇÃO DO BEBÉ

Pela análise dos resultados aos 3 meses, revelada na Tabela 13, não se verificam diferenças significativas entre os três grupos de autorregulação e os vários domínios do desenvolvimento avaliados segundo a escala *SGS II*.

Já aos 9 meses, verificam-se diferenças na área visual. Mais especificamente, as crianças onde se verifica o padrão de regulação socialmente negativo apresentam melhor pontuação na área da discriminação visual do que as restantes crianças.

Tabela 13

Médias, Desvios Padrão e Resultados ANOVA para as Competências Desenvolvidas de Acordo com o Padrão de Autorregulação aos 3 e 9 Meses

Competências		Padrão de Autorregulação			F(3,50)	P	Tukey HSD
		S. Positivo M (SD)	S. Negativo M (SD)	Autoconforto M (SD)			
Avaliação Global	3 meses	87,60 (6,95)	88,15 (7,66)	86,90(4,43)	0,113	0,89	-
	9 meses	87,15 (7,14)	88,84 (7,54)	86,63(4,30)	0,467	0,63	-
Controlo Postural Passivo	3 meses	9,00 (0,00)	9,00 (0,00)	9,00 (0,00)	0,001	1,00	-
	9 meses	9,00 (0,00)	9,00 (0,00)	9,00 (0,00)	0,000	1,00	-
Controlo Postural Ativo	3 meses	11,55 (1,13)	11,80 (0,70)	12,00 (,00)	0,860	0,43	-
	9 meses	11,70 (1,13)	11,79 (0,73)	11,73 (0,90)	0,045	0,96	-
Locomotor	3 meses	5,45 (2,40)	5,45 (2,21)	5,60 (1,71)	0,019	0,98	-
	9 meses	5,35 (2,16)	5,63 (2,36)	5,45 (1,70)	0,084	0,92	-
Manipulativas	3 meses	10,05 (1,05)	10,05 (0,94)	10,00 (0,47)	0,012	0,99	-
	9 meses	10,25 (,97)	9,84 (1,02)	10,00 (0,45)	1,009	0,37	-
Visuais	3 meses	10,30 (1,38)	10,85 (1,50)	10,40 (1,65)	0,745	0,48	-
	9 meses	10,00 (1,56) ^a	11,16 (1,12) ^b	10,45 (1,58) ^a	3,318	0,05	a<b
	3 meses	8,15 (0,67)	7,80 (1,20)	7,60 (0,52)	1,448	0,25	-

Audição e Linguagem	9 meses	8,05 (1,05)	8,05 (,62)	7,36 (0,92)	2,616	0,08	-
	3 meses	8,05 (1,36)	8,25 (1,86)	7,30 (1,49)	1,202	0,31	-
Fala e Linguagem	9 meses	7,85 (1,53)	8,42 (1,71)	7,45 (1,51)	1,386	0,26	-
	3 meses	13,35 (2,21)	13,10 (2,00)	13,50(2,12)	0,138	0,87	-
Interação Social	9 meses	13,50 (2,16)	12,84 (2,01)	13,64 (2,06)	0,692	0,51	-
	3 meses	5,30 (1,62)	5,20 (1,32)	5,80 (0,92)	0,651	0,53	-
Autonomia Pessoal	9 meses	5,00 (1,56)	5,53 (1,39)	5,73(0,91)	1,216	0,31	-
	3 meses	6,28 (1,02)	6,72 (1,32)	5,70 (1,16)	2,460	0,10	-
Cognitivas	9 meses	6,32 (1,16)	6,69 (1,25)	5,82 (1,17)	1,732	0,19	-
	3 meses	8,71 (0,71)	8,83(0,82)	8,69(0,44)	0,193	0,83	-
Média final Idade Cronológica	9 meses	8,69 (0,72)	8,92 (0,81)	8,63 (0,47)	0,706	0,50	-

7.9. ESTUDO DAS DIFERENÇAS DA AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE ACORDO COM O PADRÃO DE VINCULAÇÃO DO BEBÉ

De acordo com os dados apresentado na Tabela 14, não existem diferenças significativas entre os padrões de vinculação quanto ao desenvolvimento nos domínios avaliados pela escala *SGS II*.

Tabela 14

Médias, Desvios Padrão e Resultados ANOVA para as Competências Desenvolvidas de acordo com o Padrão e Vinculação

Competências	Padrão de Vinculação			F(3, 50)	P	Tukey HSD
	A M (SD)	B M (SD)	C M (SD)			
Avaliação Global	87,29 (3,86)	88,67 (7,62)	87,53(7,69)	0,178	0,84	-
Controlo Postural Passivo	9,00 (,00)	9,00 (,00)	9,00 (0,00)	0,000	1,00	-

Controlo Postural Ativo	11,79(,80)	11,47 (1,46)	11,89 (0,32)	0,902	0,41	-
Locomotor	5,36 (1,55)	5,47 (2,75)	5,58 (2,12)	0,041	0,96	-
Manipulativas	10,14 (,77)	10,07 (1,16)	9,95 (0,85)	0,183	0,83	-
Visuais	10,43 (1,51)	10,60 (1,45)	10,63 (1,57)	0,079	0,92	-
Audição e Linguagem	7,50(,86)	7,87 (1,06)	8,16 (0,77)	2,196	0,12	-
Fala e Linguagem	8,07(1,59)	8,47 (1,25)	7,63(1,86)	1,133	0,33	-
Interação Social	13,57(1,59)	13,93 (2,52)	12,63(1,89)	1,812	0,18	-
Autonomia Pessoal	5,57(,94)	5,07 (1,10)	5,47(1,58)	0,662	0,052	-
Cognitivas	5,86 (1,03)	6,57 (1,02)	6,65(1,32)	2,119	0,13	-
Média final Idade Cronológica	8,70 (0,42)	8,84 (0,78)	8,79(0,81)	0,134	0,88	-

7.10. ESTUDO DO PADRÃO DE VINCULAÇÃO DO BEBÉ DE ACORDO COM OS DADOS DEMOGRÁFICOS

Conforme podemos observar na Tabela 15, a escolaridade materna é superior nos bebés com vinculação segura comparativamente aos bebés com vinculação insegura evitante. Adicionalmente, as mães dos bebés com vinculação insegura evitante apresentam em média um menor grau de escolaridade do que as mães dos restantes grupos. As mesmas diferenças verificam-se relativamente à escolaridade dos pais.

Tabela 15

Médias, Desvios Padrão e Resultados ANOVA para os Dados Demográficos de acordo com o Padrão de Vinculação

Dados Demográficos	Padrão de Vinculação			F(3, 50)	P	Tukey HSD
	A M (SD)	B M (SD)	C M (SD)			
Idade da mãe	33,60 (3,72)	34,60 (5,33)	34,40 (6,33)	0,149	0,86	-
Anos de escolaridade da mãe	10,71 (3,82) ^a	15,00(3,34) ^b	13,95 (2,84)	6,713	0,01	b>a
<Apgar 1º minuto	7,14 (2,28)	7,60 (1,40)	6,60 (2,26)	1,042	0,36	-
Apgar ao 5º minuto	8,79 (0,43)	8,67 (0,62)	8,70 (0,80)	0,127	0,88	-
Idade gestacional	29,73 (2,035)	30,13 (2,32)	29,68 (2,07)	0,212	0,81	-

Peso	1191,47(373,62)	1318,47(424,04)	1294,30 (342,45)	0,489	0,62	-
Nº dias de internamento	59,93 (28,23)	40,67 (29,68)	51,20 (42,76)	1,128	0,33	-
Nº de dias de nutrição parentérica	17,07 (5,09)	13,67 (8,93)	17,60 (9,50)	1,079	0,35	-
Nª de filhos antes deste bebé	1,07 (1,03)	0,80 (1,01)	0,80 (0,95)	0,377	0,69	-
Nº de irmãos maternos prematuros	0,20 (0,56)	0,20 (0,41)	0,05 (0,22)	0,819	0,45	-
Nº de irmãos	1,87 (1,46)	1,07 (1,28)	1,55 (1,43)	1,253	0,30	-
Idade do pai	36,67 (5,08)	36,20 (4,43)	36,05 (6,43)	0,056	0,95	-
Anos de escolaridade do pai	9,64 (3,50) ^a	14,07 (3,62) ^b	13,45 (2,59) ^b	8,287	0,01	b>a

7.11. ESTUDO DO PADRÃO DE REGULAÇÃO DO BEBÉ DE ACORDO COM OS DADOS DEMOGRÁFICOS

Aos 3 meses, os bebés com o padrão socialmente positivo têm mães com escolaridade superior ($M=34,50$; $DP=5,13$), comparativamente aos bebés com o padrão orientado para o autoconforto ($M=32,40$; $DP=4,20$) [$F(3,50) = 4,494$; $p = 0,02$], sucedendo-se o mesmo com a escolaridade paterna [$F(3, 50) = 7,376$; $p = 0,01$], já que os bebés com o padrão socialmente positivo têm pais com escolaridade superior ($M=14,16$; $DP=3,25$), comparativamente aos bebés com o padrão orientado para o autoconforto ($M=9,30$; $DP=3,77$).

Também aos 9 meses, os bebés com o padrão socialmente positivo apresentam mães com escolaridade superior ($M=15,68$; $DP=2,85$) comparativamente aos bebés com o padrão socialmente negativo ($M=12,68$; $DP=2,46$) e o orientado para o autoconforto ($M=10,45$; $DP=4,30$) [$F(3,50) = 10,698$; $p = 0,01$]. Verificam-se as mesmas diferenças com a escolaridade paterna [$F(3, 50) = 11,521$; $p = 0,01$], sendo os pais dos bebés com padrão socialmente positivo os que apresentam maior escolaridade ($M=14,53$; $DP = 3,19$) quando comparados com os pais dos bebés com o padrão socialmente negativo ($M=12,63$; $DP=3,72$) e com o orientado para o autoconforto ($M=9$; $DP=3,72$).

7.12. RELAÇÃO ENTRE OS PADRÕES DE AUTORREGULAÇÃO E OS PADRÕES DE VINCULAÇÃO

Na Tabela 16, a análise de qui-quadrado indica diferenças na prevalência dos padrões de autorregulação aos 3 meses, de acordo com os padrões de vinculação aos 12 meses. Com efeito, o padrão de autorregulação socialmente positivo é mais frequente em bebês com vinculação segura, enquanto o padrão de autorregulação socialmente negativo é mais frequente em bebês com vinculação resistente-ambivalente e o padrão de autorregulação orientado para o autoconforto é mais frequente nos bebês com padrão de vinculação evitante. Resultados idênticos foram obtidos aos 9 meses (ver Tabela 16).

Tabela 16

Frequências e Resultados do Teste Qui-Quadrado para os Padrões de Autorregulação Infantil, aos 3 e aos 9 meses, e o Padrão de Vinculação aos 12 meses (N=50)

Momento avaliação	Padrão de Autorregulação	Padrão de Vinculação aos 12 meses			Total	$\chi^2(5)$
		A	B	C		
3 meses	Socialmente Positivo	3 _a	11 _b	6 _a	20	28,708*
	Socialmente Negativo	3 _a	4 _{a, b}	13 _b	20	
	Autoconforto	9 _a	0 _a	1 _b	10	
	Total	15	15	20	50	
9 meses	Socialmente Positivo	1 _a	12 _b	7 _a	20	34,155*
	Socialmente Negativo	4 _a	3 _a	12 _b	19	
	Autoconforto	10 _a	0 _b	1 _b	11	
	Total	15	15	20	50	

Nota. Cada letra de subscrito indica um subconjunto de classificação da vinculação a, b e c aos 12 meses com a mãe categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05

* $p < 0,05$

7.13. PREDITORES DA VINCULAÇÃO

As variáveis significativamente associadas com a qualidade da vinculação em análises prévias (ex., escolaridade materna, escolaridade paterna, comportamento interativo materno e infantil aos 3 e aos 9 meses), foram usados como potenciais covariáveis da vinculação. Como as variáveis maternas e infantis apresentam uma elevada colineariedade (superior a 0,70), apenas a sensibilidade aos 9 meses foi incluída (por ser aquela que tinha maior associação com a vinculação). Assim, analisou-

se possíveis fatores determinantes da segurança da vinculação. Como podemos observar na tabela 17, os resultados indicam que apenas a sensibilidade materna aos 9 meses é preditora da vinculação segura (o modelo excluiu os restantes fatores introduzidos).

Tabela 17

Regressão Binominal Logística da Segurança da Vinculação

	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square	Coeficiente de β	S,E,	wald	Exp (B)	P
Segurança da Vinculação	0,425	0,597					
Sensibilidade materna (9m)			0,854	0,232	13.513	0.426	0,001

8. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo teve como principal foco a organização da vinculação do bebé nascido de muito e extremo pré-termo, em Portugal, ao longo do primeiro ano de vida, de modo a compreender o impacto de fatores de diferentes ordens, em particular dos fatores perinatais, da autorregulação emocional e da qualidade da interação mãe-bebé. Tendo por base esta finalidade, este estudo contou com a participação de 50 bebés e respetivas mães, cujos dados foram recolhidos, num plano longitudinal, realizado em diferentes fases, a primeira em contexto neonatal através de entrevista às mães nas primeiras 72 horas após o nascimento, e ao longo do primeiro ano de vida do bebé (3, 9 e 12 meses). Foram recolhidos dados acerca da qualidade da vinculação e de fatores com um potencial impacto na mesma, designadamente os sociodemográficos e perinatais (como as representações maternas), a qualidade da interação mãe-bebé, a autorregulação emocional e o desenvolvimento infantil.

Representações maternas

As representações maternas afetam essencialmente a relação existente entre as mães e os seus bebés (e.g., Fuertes et al., 2011), ainda assim, poucos são os estudos realizados nos primeiros dias pós-parto. Na verdade, a maioria dos estudos são realizados no período pré-natal ou durante a infância (no primeiro ano de vida do bebé). Assim, raros são os casos em que foram estudadas as representações maternas em díades com recém-nascidos de pré-termo e termo (e.g., Fuertes et al., 2011). Para contribuir para este corpo de investigação, estudámos as representações maternas nas primeiras 72 horas após o nascimento em díades com bebés de muito e extremo pré-termo. Para o efeito, usamos a entrevista materna previamente desenvolvida e testada numa amostra de mães de bebés pré-termo (Fuertes, 2005).

No seguimento desta entrevista, foi possível analisar as respostas maternas, com base num protocolo previamente estabelecido, com o propósito central de explorar as representações maternas. Primeiramente, perante a análise da **desejabilidade da gravidez**, verificou-se que 76% das mães desejaram a gravidez contra 24% que não sentiram este desejo. Embora poucos estudos tenham sido realizados relativamente às representações maternas com bebés nascidos de muito e extremo pré-termo o estudo Almeida et al. (2018) verificou que o desejo da gravidez é francamente mais baixo nas mães de bebé nascidos com menos de 32 semanas comparado com mães de outros bebés de termo e pré-termo. Não obstante, a maioria das mães desejou e planeou a

gravidez e as outras mães aceitaram bem a notícia, descrevendo a sua reação como contentamento e surpresa positiva.

As reações menos positivas à gravidez estão relacionadas com vivências anteriores (e.g., problemas familiares) e problemas clínicos associados (e.g., abortos espontâneos, FIV ou problemas de saúde). Na verdade, quando analisamos os dados sociodemográficos da nossa amostra, verificamos que existem algumas condições de risco que podem estar na origem da preocupação de algumas mães. Muito embora tenhamos incluído todas as famílias elegíveis de bebés nascidos no mesmo hospital durante o período de recolha de dados, verificamos que a nossa amostra inclui mães com baixa literacia (24% terminaram a sua escolaridade antes do fim do ensino secundário) e famílias em processo de adaptação e integração sociocultural (16% de nacionalidade não portuguesa e recém-chegados, algumas de origem cabo-verdiana, brasileira, búlgara e guineana). Por outras palavras, a nossa amostra, comparada com outras amostras de bebés de pré-termo ou termo (Almeida et al., 2018), apresenta mais fatores de risco e de maior intensidade. Na verdade, o parto extremamente prematuro é mais provável na presença de fatores de risco, do que na condição de planeamento ou desejo da gravidez. De um modo geral, a maioria das mães tem uma perceção positiva da reação paterna à notícia da gravidez, descrevendo-a como contentamento e surpresa positiva, assim como da reação de outros membros da família.

Relativamente ao **apoio durante a gravidez**, a maioria das mães da amostra (89,8%) sentiu-se apoiada durante a gravidez pela família e amigos e pelos profissionais de saúde; apenas 10,2% sentiram algum apoio. Todavia algumas referem que sentiram carência de apoio pela ausência do pai do bebé. Embora este grupo seja pouco expressivo, importa salientar que a investigação tem indicado que o pai constitui um suporte emocional para a mãe (Klaus & Kennell, 1992). Para estes autores, a aceitação do bebé pelo companheiro torna-se um fator significativo para o desenvolvimento da vinculação mãe-bebé. Num estudo realizado em Portugal, quando os pais asseguram cuidados aos filhos, a probabilidade das mães e dos próprios pais apresentarem vinculação segura com os seus filhos é maior (Fuentes et al., 2016). Reforça-se, tal como destacam Sameroff e Fiese (2000), que o apoio social à grávida constitui um fator fundamental na proteção para o desenvolvimento da criança e para a parentalidade. Adicionalmente, o apoio pela equipa médica foi sentido como positivo pela generalidade das mães, quer as que apresentam antecedentes clínicos, como as restantes.

No que concerne aos **sentimentos da mãe durante a gravidez**, a maioria das mães descreve problemas clínicos durante a gravidez e necessidade de repouso; talvez por essa razão, a maioria das mães expresse que, por vezes, sentiu muito receio pela

saúde e vida do seu bebê (77,1%). Um número reduzido (22,9%) expressa não ter sentido qualquer receio, pois, para estas mães, a gravidez decorreu de modo tranquilo sem alterações clínicas. Segundo a literatura, as grávidas com problemas clínicos relembram a gravidez como um período intranquilo e preocupante (Domingos, 2019). Num estudo comparativo com recém-nascidos de pré-termo e de termo, Fuertes et al. (2011) descrevem as mães que tiveram partos prematuros como apresentando percepções negativas da gravidez e do trabalho de parto. Para essas mães, prevalecem as preocupações com a sua saúde e com o bem-estar do bebê (Gallegos-Martinez et al., 2013; Lasiuk et al., 2013; Mianaei et al., 2014; Misund et al., 2014; Stern, et al., 1998).

Todos os acontecimentos que envolvem o nascimento de um bebê pré-termo e o seu internamento na UCIN tendem a desencadear um estado forte de sofrimento materno, incredulidade e descrença (Sobral, 2016). Posteriormente, sucede-se o confronto dos pais com o sofrimento e risco de sobrevivência do seu bebê (Carter et al., 2004; Gallegos-Martinez et al., 2013). Assim, ao ser dada a **notícia do nascimento prematuro**, a maioria das mães refere ter sentido ansiedade, tristeza, desespero, choque e pânico, receando pela vida do seu bebê (85,4%). Uma minoria (12,5%) referiu que se sentia confiante, particularmente porque não tiveram problemas clínicos. Estes resultados são descritos na literatura que indica que as narrativas das mães dos bebês prematuros revelam trauma, medo, sofrimento e preocupação com a sobrevivência do bebê (Carter et al., 2004; Gallegos-Martinez et al., 2013; Lasiuk et al., 2013; Misund et al., 2014; Sobral, 2016; Stern et al., 1998). Todas estas experiências e sentimentos podem influenciar as representações maternas, desencadeando comportamentos de excessiva proteção, sobre-estimulação e/ou intrusividade materna (Feldman & Eidelman, 2007; Field, 1979; Minde et al., 1985; Muller-Nix et al., 2004), numa autêntica tentativa de compensar os processos da prematuridade. De acordo com o estudo de Almeida (2017), que comparou uma amostra de bebês de termo e de extremo pré-termo, grande parte das mães dos bebês prematuríssimos sentiu receio durante a gravidez, no parto, e ainda após o nascimento relativamente ao bem-estar e à sobrevivência do seu bebê, contrariamente às mães dos bebês de termo que, maioritariamente, referiram um receio ocasional.

Na **relação com o seu filho recém-nascido**, o sentimento de amor tende a surgir mesmo antes do nascimento do bebê (Brazelton, 1992). Na nossa amostra, ao questionar sobre a relação com o seu bebê e o amor materno na situação de fragilidade vivida nas primeiras horas após o parto, verificamos que esta pergunta causou alguns momentos de reflexão e cerca de metade da amostra referiu que a primeira sensação

de amor pelo seu bebê foi sentida quando lhe foi dada a notícia da gravidez (52,1%). Para além do momento em que foi dada a notícia de gravidez, este sentimento reparte-se, por vários momentos, ao longo da gravidez, durante o parto e no pós-parto, tal como sentir o amor com o crescimento da barriga, quando sentiu o bebê mexer na barriga, no momento da ecografia, sentir amor ao ver e ouvir o seu bebê e ao vê-lo na incubadora (46,8%).

Após o nascimento, dada a especificidade da amostra, o primeiro contacto com o bebê e a reação materna ao primeiro afastamento foi gerador de sentimentos contraditórios de pena e sofrimento/medo/culpa, existindo até mães que não sabem identificar o que sentiram aquando do primeiro afastamento. Estes sentimentos são difíceis de expressar porque, na generalidade dos casos, surgem em momentos que a mãe pode apenas ver o seu bebê, não sendo possível tocar. Nesta visita, o seu bebê está na incubadora e as mães são confrontadas com o bebê real, muitas vezes ventilado, monitorizado ou intubado (Chatwin & Macarthur, 1993), sendo este acontecimento vivido pelos pais como um acontecimento potencialmente stressante e traumatizante (Gallegos-Martinez et al., 2013; Mianaei et al., 2014; Misund et al., 2014; Stern et al., 1998). Estudos indicam que mães de bebês pré-termo têm menor probabilidade de desenvolver uma representação equilibrada e de expressar sentimentos positivos logo após o nascimento (Meijssen et al., 2011). Com efeito, a parentalidade não é exercida plenamente (Lasiuk et al., 2013) e muitas mães relatam que sentiram que o bebê pertencia à equipa de saúde. Note-se, por exemplo, que as mães dos bebês em incubadora têm de pedir autorização aos profissionais de saúde para manipular ou para participar nos cuidados do bebê (Lindberg & Ohrling, 2008). De facto, os pais sentem-se confrontados com um conjunto de sentimentos, não só de angústia, ansiedade, raiva, culpa e depressão, como também demonstram sintomas de trauma (Feldman, 2006; Forcada-Guex, et al., 2006). Ora, a investigação longitudinal tem dado conta que estes processos afetam a qualidade da vinculação, existindo nas amostras de bebês de pré-termo e de extremo pré-termo, uma prevalência superior de vinculação insegura do que aquela encontrada em amostras com bebês de termo (e.g., Cox et al., 2000; Fuertes et al., 2011). Considerando que a separação precoce mães-recém-nascidos de pré-termo pode ser traumática causando reações de stress, sintomas de ansiedade e depressão (Kersting et al., 2004; Kersting et al., 2009), fará sentido que esta experiência afete as respostas maternas (Feldman et al., 2002) e a relação mãe-bebê (Padovani et al., 2004; Pierrehumbert et al., 2003).

Na caracterização do **temperamento do seu bebê**, as mães apresentaram respostas diferenciadas, descrevendo o bebê como agitado e chorão (37,5%), calmo

(33,3%) ou como tendo um comportamento misto (2,1%). No entanto, houve mães que não souberam como descrevê-lo (27,1%), referindo ser difícil interpretar o temperamento do seu bebê. Esta dificuldade pode ser explicada pela ausência de proximidade e de uma experiência materna típica.

De acordo com o estudo de Almeida et al. (2018), são as mães dos bebês nascidos a termo quem mais descreve os seus bebês como calmos (65%), comparativamente às mães dos bebês pré-termo (52,5%) ou extremo pré-termo (30%). Em contrapartida, são mais as mães de bebês de extremamente pré-termo a considerar os/as filhos/as como agitados/as (27,5%), do que as mães dos bebês de termo (22,5%). Ainda assim, no nosso estudo uma grande percentagem de mães de bebês de extremo pré-termo (40%) não soube como os descrever, tal como aconteceu com as mães de bebês de pré-termo (25%) (Almeida et al., 2018). Estes resultados são congruentes com a pesquisa anterior, na qual é possível verificar que, quando comparados com bebês de termo, os bebês de pré-termo são muitas vezes caracterizados como menos organizados, menos atentos (Beckwith & Cohen, 1978; Di Vitto & Goldberg, 1979; Field, 1977; Stevenson et al., 1990), facilmente excitáveis e mais irritáveis (Als, 1983; Feldman, 2009; Korja et al., 2008; Treyvaud et al., 2010; Wolf et al., 2002).

Relativamente ao **conhecimento das capacidades sensório percetivas do bebê**, na perceção da maioria das mães, os seus bebês não veem (78,7%), mas reagem ao som e à sua voz (84,8%), referindo também que tinham a perceção que, naquele momento, o seu bebê sentia dor e reagia ao toque (97,7%). A perceção das mães é coerente com a ordem do desenvolvimento sensorial (tato, vestibular, gosto, cheiro, audição e visão). O sistema sensorial tátil é o primeiro a desenvolver-se (Bystrova, 2009). O bebê extremamente prematuro é, também, capaz de saborear e cheirar, uma vez que os sistemas gustativos e olfativo se desenvolvem in útero. Na verdade, pelas 20 semanas desenvolvem-se as papilas gustativas, que são sensíveis a quatro modalidades básicas de sabores: doce, amargo, ácido e salgado. O sistema olfativo, por sua vez, revela-se claramente funcional por volta das 28 semanas de gestação (Coughlin, 2014; Liu et al., 2007; Sables-Baus et al., 2013). Estas capacidades podem permitir respostas de sucção ou de acordar perante odores agradáveis, podendo acontecer também respostas de fuga e de diminuição da sucção/deglutição perante odores desagradáveis (Liu et al., 2007; Coughlin, 2014; Sables-Baus et al., 2013; Salihagic-Kadic & Predojevic, 2012). O sistema auditivo, nomeadamente a morfologia coclear, fica completo e inicia a sua função entre as 22 e as 25 semanas de gestação. Às 29 semanas, intensifica-se a mielinização, processo este que termina próximo dos 12 meses (Graven & Browne, 2008). O sistema visual é o último a tornar-se

completamente funcional, a estrutura física do olho desenvolve-se precocemente in útero, no entanto as ligações e componentes neuronais desenvolvem-se na vida neonatal precoce. O desenvolvimento do sistema visual é complexo e dependente da estimulação visual pós-natal (Brémond-Gignac et al., 2011).

Relativamente à **maternidade** no período após a alta, os nossos resultados indicam que metade das mães reconhece estar otimista quanto ao futuro (54,2%). No entanto, quanto à competência para cuidar do seu bebé, algumas mães referem não saber como seria cuidar do seu bebé (10,4%), expressando receio (4,2%) e outras queriam pensar sobre esse assunto naquele momento (6,3%). Almeida et al. (2018) verificaram igualmente que, em comparação com as mães dos bebés de termo, as mães de bebés prematuríssimos têm uma perceção otimista relativamente ao cuidar do bebé em casa e revelam confiança nas suas capacidades. Contudo, as mães dos bebés com extremo baixo peso (média de 800 gr) e extrema idade gestacional (25 semanas ou menos) preferem não antecipar futuras dificuldades. Estes dados são também descritos por Fuertes et al. (2011), que verificaram que as mães dos bebés de pré-termo demonstravam confiança na sua capacidade de cuidar dos seus filhos, até mais do que as mães dos bebés de termo.

Em relação às possíveis dificuldades no futuro, as respostas repartem-se entre esperar ter dificuldades (39,6%), mas pedir ajuda (22,9%), ou não esperar ter dificuldades (14,6%). A realçar que 14,6% das mães preferem não pensar nesse assunto nas primeiras 72h.

Em suma, o estudo das representações maternas nas primeiras 72 horas de vida do bebé prematuríssimo representa, para nós, uma experiência que carece de muita reflexão, pois somos confrontados com mães durante um período de grande fragilidade vivido como um “turbilhão “de emoções e incertezas. Geralmente, os pais encontram-se impossibilitados de exercerem o seu papel como pais nas primeiras horas, devido à barreira física da incubadora, mas também por ser um período especialmente sensível no que respeita à sobrevivência do recém-nascido. No entanto, sabemos que estes primeiros momentos são fundamentais no estabelecimento do vínculo com o recém-nascido (Dalbem & Dell’aglio, 2005; Faria, 2011; Saur et al., 2018), que os pais terão de aprender a compensar ao longo do primeiro ano de vida.

Regulação emocional do bebé

Aos 3 e aos 9 meses de idade corrigida, os bebés foram observados com as suas mães no FFSF, com o objetivo de descrever o seu padrão de regulação emocional. Segundo Fuertes e Lopes dos Santos (2009), existem três estilos de regulação emocional: padrão socialmente positivo, padrão socialmente negativo e padrão orientado para o autoconforto.

Aos 3 meses, verificamos que o padrão socialmente positivo apresenta a mesma incidência do que o padrão socialmente negativo – inconsolável (40%), tornando-se, por isso, nos padrões mais frequentes. O padrão de autorregulação orientado para o autoconforto apresenta uma incidência de 20%.

Aos 9 meses, a distribuição de casos é sensivelmente igual à verificada aos 3 meses, o padrão socialmente positivo mantém-se nos 40%, sensivelmente igual ao padrão socialmente negativo - inconsolável (38%), e o padrão orientado para o autoconforto apresentou uma incidência de 22%.

Estes dados contrastam com a investigação realizada anteriormente. No estudo com bebés de termo (Seixas et al., 2017), que avaliou os padrões de regulação emocional em 98 bebés, aos 3 e 9 meses de idade, o padrão mais prevalente durante os episódios do paradigma experimental FFSF foi o padrão socialmente positivo. Neste estudo observou-se que, aos 3 meses, cerca de 56,1% dos bebés apresentavam o padrão socialmente positivo, enquanto cerca de 29,6% o padrão socialmente negativo e 14,3% o padrão orientado para o autoconforto; e, aos 9 meses, 48% dos bebés apresentavam o padrão socialmente positivo, 40,8% o padrão socialmente negativo e 11,2% o padrão orientado para o autoconforto. Ora, conclui-se assim, que em bebés de termo, o padrão mais prevalente é o padrão socialmente positivo. Este padrão chega a ter uma incidência superior aos outros dois padrões em conjunto. Não obstante, o segundo padrão mais prevalente é o padrão socialmente negativo.

Igualmente, um estudo de Barbosa et al. (2018), que inclui parte da amostra anterior, corrobora os resultados dessa pesquisa. De facto, em 112 crianças, 53,6% das crianças aos 3 meses foram classificadas com o padrão socialmente positivo, 33,9% são classificadas com o padrão socialmente negativo e 12,5% com o padrão orientado para o autoconforto. Como tal, conclui-se com esta investigação que o padrão mais prevalente é o padrão socialmente positivo, depois o padrão socialmente negativo e, numa expressão reduzida, o padrão orientado para o autoconforto. Ora, na nossa amostra, a frequência do padrão socialmente negativo é muito superior e a do padrão

socialmente positivo é significativamente mais baixa. Será esta uma especificidade do bebé de pré-termo?

Noutra investigação realizada em Portugal com bebés nascidos de pré-termo (nascidos entre as 32 e 36 semanas), Fuertes et al. (2006, 2009) encontram valores aproximados aos da nossa amostra quanto ao padrão socialmente positivo, mas o segundo padrão mais frequente foi o padrão orientado para o autoconforto. Os autores explicavam a elevada prevalência de comportamento de autorregulação orientado para o autoconforto pela necessidade de adaptação do bebé prematuro a cuidados intrusivos e dolorosos no período pós-natal, durante o internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais.

Yaari et al. (2018) investigaram três grupos de bebés, nomeadamente prematuros extremos, muito pré-termo e de termo, no paradigma experimental FFSF. Esta pesquisa indicou que os bebés prematuros apresentavam comportamentos socialmente menos positivos do que os bebés nascidos de termo e que os bebés prematuros extremos. Mais importante, os bebés extramente prematuros apresentavam uma baixa incidência de comportamento de autorregulação. Ora, ficam duas hipóteses para futuros estudos: a primeira, os bebés de pré-termo apresentam uma menor frequência do padrão socialmente positivo; e a segunda, os bebés de extremo pré-termo apresentam uma menor frequência de comportamentos de regulação emocional do que os bebés de moderado pré-termo.

Adicionalmente, procurámos estudar **a estabilidade dos padrões de regulação emocional aos 3 e aos 9 meses**. Os nossos dados evidenciam uma elevada estabilidade no comportamento infantil, adicionando-se, assim, a um corpo de conhecimento que indica uma relativa estabilidade destes padrões dos 3 para os 9 meses. Por exemplo, Barbosa et al. (2018) verificam que o padrão socialmente positivo apresenta uma estabilidade de 88,3% entre estas duas observações, igualmente o padrão socialmente negativo apresenta uma estabilidade de cerca de 84,2%. Valores aproximados foram encontrados por Ribeiro (2017), num estudo desenvolvido no Brasil, com uma amostra de bebés nascidos entre as 32 e as 40 semanas. Assim, sugere-se que os padrões definidos aos 3 meses, embora com alguma labilidade à mudança, tendem a manter-se e podem ser organizadores do comportamento social do bebé.

Analisando fundamentalmente os resultados desta investigação, no que concerne à análise de **subpadrões de autorregulação** do bebé muito e extremamente prematuro aos 3 e aos 9 meses, verifica-se realmente que o subpadrão mais frequente é o V (24% aos 3 meses e 22% aos 9 meses), seguindo-se os subpadrões negativos IV

(20% aos 3 meses e 18% aos 9 meses) e III (20% aos 3 meses e 22% aos 9 meses). Na verdade, confirmou-se que os bebés desta amostra tendem a apresentar uma regulação negativa, e, mesmo aprofundando os resultados obtidos, o subpadrão positivo mais frequente é aquele que apresenta maior perturbação durante a ocorrência de episódio do Still-Face com recuperação no terceiro episódio.

Aliás, torna-se de facto importante salientar que o padrão mais positivo, apresentado com o estilo de comportamento VII, apenas é representado por um caso aos 3 meses. Deste modo, o estilo de regulação francamente positivo num contexto de relações positivas e recíprocas revela-se quase inexistente na amostra desta investigação.

Relativamente à **influência dos dados sociodemográficos na autorregulação do bebé**, é de salientar que os bebés com padrão socialmente positivo apresentam mães com escolaridade superior, comparativamente aos bebés orientados para o autoconforto, sucedendo-se o mesmo com a escolaridade paterna. Segundo Gonçalves (2015), os comportamentos de autorregulação pareceram estar significativamente associados a variáveis parentais, tais como a escolaridade e a idade dos pais e às variáveis infantis que se referem ao género, peso gestacional e paridade. As mães e os pais com mais anos de escolaridade tendem a apresentar comportamentos de envolvimento positivo e comportamentos de monitorização social com os filhos, no terceiro episódio do Still-Face. Contudo, numa amostra com bebés de moderado a limiar pré-termo, não se verificou uma associação entre as respostas de regulação emocional infantis e a idade ou escolaridade materna (Fuertes et al., 2011).

Qualidade da interação mãe-bebé

Na análise de interação em jogo livre aos 3 meses, em média, as mães apresentaram-se atentas e responsivas, mas com dificuldades em manter uma interação recíproca e contínua de qualidade. Por isso, no que concerne ao controlo materno, os dados indicam que a interação materna se baseia em respostas intrusivas, insistentes ou exageradas. Observa-se efetivamente que, em alguns casos, a hostilidade pode mesmo tratar-se de hostilidade aberta ou encoberta e, por isso, nesta interação, o comportamento das mães caracteriza-se essencialmente pela ausência da implicação ativa do adulto na interação, manifestando-se visivelmente através de distração e/ou passividade face às aberturas ou sinais da criança.

Assim, constatou-se que, aos 3 meses, a cooperação infantil surge num limiar próximo das interações de risco, traduzindo-se estas interações numa dificuldade de a

criança se manter atenta e participativa. De facto, a compulsão apresenta um valor médio baixo, mostrando-se favorável quando não se apresentam comportamentos evidentes que indicam submissão face às iniciativas do adulto. Também se revela evidente uma participação pouco entusiasmada nos jogos propostos de interação, sem, contudo, manifestar sinais de resistência. Retira-se, por isso, que estas crianças apresentaram por si algumas dificuldades, ainda que a cooperação infantil seja o comportamento mais frequente aos 3 meses.

Quando nos debruçamos sobre a **associação entre as variáveis maternas e infantis** aos 3 e aos 9 meses de idade, verificamos que existe uma correlação significativa entre a sensibilidade materna e a cooperação infantil. Efetivamente, na análise dos comportamentos interativos da mãe-filho/a em estudos com o CARE-Index, a literatura científica descreve que a sensibilidade materna se associou à cooperação infantil na amostra nacional e brasileira (Canelhas, 2011; Faria, 2011; Fuertes et al., 2009; Ribeiro, 2017). A literatura descreve também o comportamento dos pais mais sensíveis como mais atentos, respeitosos, motivadores e adequados às necessidades das crianças (e.g., Ainsworth et al., 1978; Grossmann et al., 1985; Isabella, 1993), pelo que, por norma, são estes pais que dedicam mais tempo nas brincadeiras com os seus filhos (Faria et al., 2014). Em sentido oposto, o controlo materno, avaliado aos 3 e aos 9 meses, associa-se de forma positiva com a compulsividade infantil tanto em estudos com bebés de pré-termo (Fuertes, 2004), como com bebés de termo (Costa et al., 2014). Com efeito, o comportamento intrusivo, controlador e punitivo do adulto parece desencadear uma inibição do comportamento do bebé.

A passividade materna, avaliada aos 3 e aos 9 meses, apresenta-se positivamente correlacionada com a dificuldade infantil. Esta associação foi verificada nos estudos de Fuertes et al. (2009) e de Serradas et al. (2016) com uma amostra de crianças de termo pertencentes à classe média e crianças em risco ambiental. Com efeito, parece que quanto maior é a passividade materna, maior é a “chamada de atenção” das crianças através de atitudes exageradas e, conseqüentemente, comportamentos infantis difíceis, funcionando, por isso, estas variáveis de forma inversamente proporcional (e.g. Crittenden, 1999; Kozłowska & Hanney, 2002, citado em Faria, 2011). No entanto, em estudos nacionais (Fuertes, 2004; Fuertes et al., 2009; Serradas et al., 2016), a falta de resposta materna surge associada à passividade infantil, especialmente em bebés prematuros em condições de pobreza ou em risco biológico.

Quando se realiza esta análise mais tarde, aos 9 meses, verifica-se que o controlo materno passa a assumir um valor médio intermédio, representado

essencialmente por respostas maternas intrusivas, exageradas e hostis, tal como foi possível observar. No entanto, verificou-se também que outras mães apresentaram respostas passivas, distraídas ou monótonas.

Assim sendo, e tal como se processou na análise dos 3 meses, verificou-se a relação entre as variáveis maternas e as infantis aos 9 meses. No que concerne à sensibilidade materna, identificou-se uma correlação negativa com o controlo materno e com a passividade materna. Além disso, analisando o controlo materno com as restantes variáveis, confirmou-se também uma correlação negativa com a passividade materna.

Comparando os resultados obtidos aos 3 e aos 9 meses, verificou-se que os valores da sensibilidade materna eram relativamente baixos, indicando que, em média, as díades em estudo apresentam uma interação com dificuldades e pouco prazerosa e recíproca; aos 9 meses, estes valores agravam-se, diminuindo ainda mais a média da sensibilidade materna, incorrendo em interação de alto risco. Também a dificuldade infantil, que descreve comportamentos marcados pela oposição e resistência aberta às respostas do adulto, aumenta dos 3 para os 9 meses. No entanto, a compulsividade infantil reduz ligeiramente em comparação aos 3 meses.

Um aspeto a salientar, comparando com outros estudos, é a média de sensibilidade materna e cooperação infantil que é muito mais baixa do que as amostras de baixo risco ou sem risco assinalável (revisão em Serradas, 2015). Segundo a investigação de Martelo e Fuertes (2021), realizada em Portugal com bebés nascidos de muito/extremo pré-termo, o comportamento materno é afetado, como já descrito, por fatores de risco como a prematuridade, mas agravados pela escolaridade dos pais e a condição económica. Com efeito, a sensibilidade materna varia em função do grau, associações e tipo de risco. Na amostra em estudo os valores relativamente baixos da sensibilidade materna indicam uma elevada prevalência de interações consideradas de risco e alto risco. Na análise da **estabilidade da qualidade da interação mãe-bebé dos 3 meses para os 9 meses**, verificou-se que apenas a sensibilidade materna, aos 9 meses, é significativamente mais baixa do que aos 3 meses. Não obstante, é evidente a elevada associação da sensibilidade materna aos 3 e aos 9 meses, verificando-se que, efetivamente, as mães mais sensíveis aos 3 meses tendem a apresentar maior sensibilidade aos 9 meses e, do mesmo modo, as mães menos sensíveis aos 3 meses tendem a apresentar menor sensibilidade aos 9 meses. Esta associação confirma-se também na análise do controlo materno e da passividade materna, nos dois momentos de avaliação.

Assim, de facto, confirma-se que o comportamento das mães e dos bebés parece revelar uma certa continuidade nos dois momentos de avaliação (3 e 9 meses). O mesmo resultado foi igualmente obtido em amostras de bebés de termo (Faria, 2011) e pré-termo (Fuertes 2004). Parecem organizar-se estilos de comportamento diádico (materno e infantil) que, embora permeável à experiência, tendem a ser estruturantes da relação e das trocas diádicas.

Relativamente à **influência da autorregulação do bebé na qualidade interativa mãe-bebé**, verificamos que os bebés com o padrão socialmente positivo têm, em média, mães que são mais sensíveis e são crianças mais cooperativas. Por outro lado, os bebés com padrão socialmente negativo apresentam comportamentos mais difíceis e as suas mães são mais passivas. Os bebés com o padrão orientado para o autoconforto têm, em média, mães que apresentam um maior controlo e os bebés apresentam mais comportamentos de compulsividade, do que as restantes díades. Ora, resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Fuertes et al. (2009) com bebés pré-termo e no estudo de Seixas et al. (2017) com bebés nascidos com mais de 36 semanas.

Em suma, em díades com bebés muito ou extremamente prematuros, verificam-se as mesmas configurações de associações entre o comportamento diádico em jogo livre e o estilo de regulação emocional que se verifica em bebés de termo ou de moderado a baixo pré-termo. Este resultado corrobora a perspetiva da regulação mútua de que o espaço interativo é resultado do contributo de ambos e cada parceiro com o seu comportamento “molda” o espaço de participação e atuação do outro (Tronick, 2007). Por exemplo, se o adulto se mantém distante ou incoerente, a comunicação do mal-estar por parte do bebé pode ser a única forma de obter resposta. Este comportamento do bebé pode fazer o adulto “regressar” à interação ou afastar-se mais, aumentando o hiato. Em qualquer das alternativas, as díades tendem para estilos de adaptação mútua, rotas de interação que podem ser explicadas igualmente pelo modelo transacional das relações (Sameroff & Fiese, 2000).

Qualidade da vinculação

A qualidade da vinculação do bebé nascido muito e extremamente prematuro aos 12 meses de idade corrigida foi avaliada através da interação mãe-bebé seguindo os procedimentos do paradigma laboratorial da Situação Estranha.

No que diz respeito ao vínculo mãe-bebé, a prematuridade por si só não é um fator de risco (Fuertes et al., 2011; Korja et al., 2008;), exceto se existirem outros fatores

de risco adicionais, tais como o baixo nível socioeconómico (Wille, 1991), baixa escolaridade materna (Fuertes et al., 2006, 2009; Pederson & Moran, 1996), problemas de saúde do bebé (Plunkett et al., 1986), depressão materna (Poehlmann & Fiese, 2001), e também consoante o tempo de hospitalização, a gravidade do caso, o apoio psicológico e as ações de humanização no contexto hospitalar (Porto & Pinto, 2019).

Os dados desta amostra de bebés muito e extremamente prematuros indicam que 30% dos bebés apresenta uma vinculação segura (B), 30% insegura evitante (A) e 40% apresenta uma vinculação insegura resistente/ambivalente (C). As crianças do tipo A evitam a proximidade e o contacto, podendo dividir-se este grupo em dois subgrupos: A1 - marcadamente evitantes (20%) e A2 (10%) as quais apresentam um registo contraditório, procurando a proximidade com comportamentos de evitamento. Já no grupo de crianças com uma vinculação tipo B, que se caracteriza por uma vinculação segura, na qual o cuidador serve como base segura para a exploração e o seu regresso suscita satisfação, verificam-se também dois subgrupos. Nos subgrupos B1 (12%) e B2 (12%), a criança saúda-a ou sorri à chegada do cuidador; e nos subgrupos B3 (2%) e B4 (4%), a criança procura ativamente a proximidade ou o contacto.

Porém, foi o tipo C o mais frequente neste estudo, pelo que a maior parte apresenta uma vinculação insegura resistente/ambivalente. Nestas crianças, verificou-se que existe sempre a preocupação em manter a proximidade com a mãe, no entanto, aquando do seu regresso, as crianças respondem com grande resistência ou com demonstrações de irritação, mostrando-se incapazes de utilizar a figura de vinculação como base segura de exploração. No subgrupo C1 (36%), existe a oscilação entre a procura/manutenção de proximidade e comportamentos de resistência e, no subgrupo C2 (4%), as crianças mostram-se capazes de conciliar a resistência com a passividade.

De acordo com Fuertes (2004), foram vários os estudos que verificaram que nem todas as crianças observadas no âmbito da Situação Estranha, se enquadravam dentro da tipologia A/B/C e geraram novas tipologias. Previamente, Ainsworth et al. (1978) tinham relatado também a dificuldade ou, até, a impossibilidade de classificarem cerca de 5% dos casos nas amostras não clínicas cujas crianças exibiam elevada perturbação e comportamentos atípicos, desorientados ou sem aparente coerência.

Atendendo aos dados da amostra e de acordo com a investigação, o nascimento prematuro, especificamente em bebés com menos de 32 semanas de gestação, pode afetar a sensibilidade da mãe, levando a relações mãe-bebé com maior propensão a padrões de vinculação inseguros, o que pode ser explicado pela maior prevalência de

sentimentos de preocupação, medo e ansiedade sentidos pela mãe, os quais afetam a relação com o bebê no puerpério (Bakermans-Kranenburg et al., 2003).

O estudo realizado por Fuertes (2004), com bebês prematuros, evidencia também que a prematuridade está associada ao aumento da vinculação insegura, tal como confirmado em outros estudos (Cox et al., 2000; Fuertes et al., 2011; Ruiz et al., 2018), em amostras com bebês de pré-termo a prevalência de vinculação insegura é superior àquela que é encontrada em amostras com bebês de termo. Segundo Fuertes et al. (2012) verifica-se uma maior prevalência do padrão de vinculação inseguro em díades de bebês pré-termo, particularmente na presença de problemas socioeconómicos, baixa escolaridade materna, comorbilidade de problemas de saúde infantis ou depressão materna.

Ao estudarmos a **relação entre a autorregulação e a vinculação** verificamos que o padrão de autorregulação socialmente positivo é mais frequente na vinculação segura, enquanto o padrão de autorregulação socialmente negativo é mais frequente na vinculação resistente-ambivalente, e o padrão de autorregulação orientado para o autoconforto é mais frequente no padrão de vinculação evitante. Resultados idênticos foram obtidos aos 9 meses.

Desta forma, em estudos com bebês de termo, verifica-se uma associação entre o padrão de orientação socialmente positivo e a vinculação segura, entre o padrão de autorregulação socialmente negativo e a vinculação insegura ambivalente, e o padrão de autorregulação orientado para autoconforto com o padrão de vinculação inseguro-evitante (Barbosa et al., 2020). Assim, os resultados destes estudos longitudinais contribuem para um crescente corpo de conhecimento sugerindo que os padrões de regulação dos bebês, avaliados através do FFSF durante o primeiro ano, podem ser precursores iniciais do desenvolvimento de padrões de vinculação aos 12 meses e que os padrões regulatórios do bebê emergentes precocemente, avaliados durante contextos de interação diádica no primeiro ano de vida, sendo associados à qualidade da vinculação (Barbosa et al. 2020).

Relativamente à **influência dos dados sociodemográficos na vinculação do bebê**, verificamos que a escolaridade materna é superior nos bebês com vinculação segura comparativamente aos bebês com vinculação insegura-evitante. Em concordância, estes dados da associação referida também tinham sido encontrados anteriormente numa amostra com bebês de pré-termo (entre 32 e 36 semanas de gestação) (Fuertes et al., 2009). Com efeito, as mães dos bebês com vinculação insegura-evitante apresentaram em média menor escolaridade do que as mães dos

restantes grupos e a escolaridade surgiu como um variável associada significativamente à segurança da vinculação.

Desenvolvimento infantil

No que concerne à trajetória de desenvolvimento, a prematuridade acarreta um risco acrescido, contudo, não podemos considerar linearmente o seu efeito no desenvolvimento. A resiliência é evidente numa percentagem considerável dos bebés de pré-termo, que se desenvolvem de forma saudável e autónoma (Green et al., 2015). De forma a analisar o neurodesenvolvimento da amostra em estudo, aos 12 meses de idade corrigida, foi realizada a avaliação de desenvolvimento com a aplicação da escala SGS.

De acordo com folha de perfil da SGS, as crianças deste estudo apresentam, em média, um perfil de desenvolvimento adequado para os 12 meses, revelando-se como área com menor desempenho a do controlo postural ativo, e como área de melhor desempenho a área da interação social. O menor desempenho no controlo postural ativo está associado à alteração de tónus verificadas na prática clínica e que em avaliação são identificadas e descritas como sendo habitualmente alterações que se podem apresentar nos primeiros meses de vida como um quadro de hipertonia transitória. Esta hipertonia é observada em recém-nascidos prematuros, mas não é considerada uma anormalidade, pois desaparece com o tempo e não impede a conquista das aquisições motoras (Ghist et al., 2004).

A área de interação social é descrita na literatura como uma das áreas em que estas crianças tendem a ter menos competências quando comparadas com crianças com um desenvolvimento gestacional completo (Jones et al., 2013; Levy-Shiff et al., 1994), o que pode persistir na adolescência, com consequências também a nível académico (Huhtala et al., 2013). Na avaliação da nossa amostra, esta área apresenta-se como a área de melhor desempenho. Estes dados poderão ir contra a maioria dos estudos realizados. No entanto, também podemos referir que, na sua maioria, são estudos realizados com amostras de crianças em idade pré-escolar e escolar, havendo estudos que referem que a influência do risco clínico sobre o desenvolvimento social posterior da criança não é tão clara. Pois se existem estudos que apontam para maiores dificuldades de interação precoce em crianças com complicações clínicas neonatais, também existem outros nos quais não conseguiram encontrar esta associação (Poehlmann et al., 2011; Schwichtenberg et al., 2013).

Empiricamente, podemos considerar a importância do acompanhamento realizado pela equipa de neonatologia desde o início (Araújo et al., 2016). Em particular, o método de canguru, que promove uma melhoria no desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido, favorece a relação dos pais com os profissionais de saúde e reduz o número de reinternamentos hospitalares; (Araújo, et al., 2016; Farias, et al., 2017; Lopes, et al., 2017; Mendonça et al., 2019). O acompanhamento nas consultas do bebé prematuro e, indiretamente, todo o apoio prestado a estas famílias durante o primeiro ano de vida com estratégias de intervenção no âmbito do desenvolvimento infantil, através das equipas de Intervenção Precoce também podem ter tido um impacto positivo. Salienta-se, desta forma, a importância do acompanhamento longitudinal do bebé pré-termo, com estratégias de intervenção no sentido de minimizar os efeitos associados ao nascimento prematuro.

No estudo da associação entre a autorregulação e o desenvolvimento do bebé, os dados indicam que, aos 3 meses, não se verificam diferenças significativas entre os três grupos de autorregulação e os vários domínios do desenvolvimento avaliados segundo a escala SGS II. Contudo, essas diferenças surgem aos 9 meses na área visual. Mais especificamente, os bebés com o padrão de regulação socialmente negativo apresentam melhor pontuação na área da discriminação visual do que as restantes bebés. Seria importante continuar a avaliar o desenvolvimento infantil em idades posteriores e verificar se esta tendência de surgimento de atrasos se mantém e/ou agrava, permitindo a comparação destes resultados com o de outras amostras, o que não foi possível neste estudo.

No estudo da influência da vinculação no desenvolvimento do bebé, os dados indicaram não existir diferenças entre os padrões de vinculação quanto ao desenvolvimento nos domínios avaliados pela escala SGS II.

Contudo, é importante salientar que o processo de vinculação é considerado fundamental na medida em poderá influenciar o desenvolvimento da criança, mesmo considerando que o processo de vinculação não é linear, mas condicionado por um conjunto de fatores relacionados com as condições parentais e situacionais que poderão ajudar ou dificultar o estabelecimento do processo de vinculação.

Perante a prematuridade, é possível compreender que este pode não ser, por si só, um fator de risco para a relação mãe-bebé. No entanto, as díades pais-bebés podem apresentar maior dificuldade de interação e de envolvimento numa relação positiva, recíproca e equilibrada, que tem implicações no desenvolvimento da criança a longo prazo (Linhares, 2015).

Na análise dos possíveis fatores determinantes da segurança da vinculação, através da utilização de todas as variáveis significativamente associadas com a qualidade da vinculação em análises prévias, este estudo contribuiu para asseverar que a sensibilidade materna continua a ser o melhor preditivo para a vinculação, dados já descritos em estudos antecedentes (e.g., De Wolff & van Ijzendoorn, 1997; Goldsmith & Alansky, 1987).

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permite caracterizar e analisar pela primeira vez em Portugal um conjunto de informação de bebés nascidos de muito e extremo pré-termo, ao longo do seu primeiro ano de vida nos domínios da autorregulação emocional e da vinculação, destacando-se por ser iniciado nas primeiras 72 horas após o nascimento.

De acordo com a literatura sobre as representações maternas, este estudo consolida que a gravidez de mães de bebés nascidos de pré-termo é vivida com grande receio e ansiedade e que as primeiras horas após o nascimento são de grande ansiedade, incerteza e sofrimento já que o contacto com o bebé é vivido como um momento traumatizante, mas também de medo, culpa e grande preocupação com a sobrevivência do bebé e com a vida futura.

Relativamente ao padrão de autorregulação emocional, concluímos que aos 3 e aos 9 meses a frequência do padrão socialmente negativo é muito superior na nossa amostra em comparação aos bebés nascidos de termo e é idêntica à dos bebés nascidos de moderado pré-termo, a nível nacional. No entanto, no bebé de muito e extremo pré-termo o segundo padrão mais prevalente é o orientado para o autoconforto, e o estilo de regulação francamente positivo no contexto de relações positivas e recíprocas é quase inexistente, pelo que concluímos que os bebés desta amostra tendem a apresentar uma regulação negativa.

Na qualidade da interação mãe-bebé, as mães apresentaram-se atentas e responsivas, mas com dificuldades em manter uma interação recíproca e contínua de qualidade. Os valores da sensibilidade materna e da cooperação são relativamente baixos, incorrendo em interação de alto risco. A associação entre as variáveis maternas e infantis com bebés nascidos de muito ou extremamente pré-termo, apresentam as mesmas configurações de associações entre o comportamento diádico em jogo livre e o estilo de regulação emocional que se verifica em bebés de termo ou de moderado a baixo pré-termo.

Os bebés de muito e extremo pré-termo podem estar em risco de desenvolver uma vinculação insegura, parecendo ser a prematuridade um fator de risco para a organização da vinculação. Os bebés com vinculação segura têm maioritariamente mães mais sensíveis e são mais cooperativos do que os bebés com vinculação insegura. Este estudo contribuiu para asseverar que a sensibilidade materna é um preditor para a qualidade da vinculação.

Em termos de desenvolvimento, estes bebés apresentam, em média, um perfil de desenvolvimento adequado para os 12 meses. Entre o desenvolvimento e os padrões

de vinculação não são encontradas associações, o que indica mais uma vez, que a prematuridade por si só, pode não ser um fator de risco para a relação de vinculação mãe-bebé. Apesar da baixa influência dos dados demográficos no padrão de autorregulação emocional e de vinculação, as escolaridades materna e paterna apresentam uma relação significativa com estas duas variáveis.

Embora estes resultados devam ser analisados com alguma prudência e numa abordagem exploratória, dado o tamanho e a natureza da amostra, este estudo assumiu-se como inovador na medida em que estudou longitudinalmente o bebé nascido de muito e extremo pré-termo, desde o nascimento até aos 12 meses.

10. LIMITAÇÕES

Como qualquer pesquisa, o presente estudo apresenta limitações. A primeira e, porventura, maior limitação é a dimensão da amostra (N= 50), que não permite a generalização dos resultados e dificulta análises estatísticas mais complexas. Com efeito, de 88 participantes que aceitaram colaborar no estudo, apenas 56 conseguiram estar em todos os momentos. Dadas as comorbilidades associadas a este grupo de estudo, era previsível esta “mortalidade” da amostra.

Relativamente à entrevista, deparamo-nos com uma grande fragilidade por parte das mães, sendo necessário encontrar o momento adequado para cada caso, de acordo com as condições clínicas do bebé e da mesma. Em relação aos momentos de avaliação teve de existir uma grande flexibilidade para marcação, devido a alterações muitas vezes relacionadas com a saúde clínica dos bebés.

Em segundo lugar, as análises são fundamentalmente de natureza correlacional e dificultam a compreensão da direccionalidade dos processos. Adicionalmente, o uso de testes de médias implica o aumento dos erros do tipo 1. Contudo, ignorar a significância a .05, num grupo de pequena dimensão, pode implicar o aumento do erro do tipo 2 (deixar de aceitar e analisar relações que descrevem, na realidade, diferenças na variável estudada). Assim, os resultados devem ser lidos com cautela e numa abordagem exploratória.

11. SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA

Este estudo pretende constituir um incentivo para pesquisas longitudinais futuras, com a introdução de novas variáveis e aplicação em outras idades, em particular na idade pré-escolar, de forma a identificar precocemente as dificuldades específicas

de aprendizagem, descritas na literatura ao nível do percurso escolar. Assim, considera-se importante a continuidade da investigação na prematuridade especificamente no bebé nascido de muito e extremo pré-termo, de forma a aprofundar a reflexão e o conhecimento científico sobre a grande e extrema prematuridade e, assim, promover o planeamento e implementação de intervenções que procurem prevenir dificuldades específicas, nas diferentes áreas do neurodesenvolvimento.

Será, portanto, particularmente interessante no futuro desenvolver estudos com o recurso a metodologias de natureza longitudinal, com o propósito de avaliar o impacto que determinadas variáveis definidas na literatura, como por exemplo a diferença de género e o apoio à grávida por parte do companheiro relativamente à autorregulação e à qualidade da vinculação da criança ao longo do ciclo vital, principalmente em grupos de bebés de grande e extrema prematuridade, para os quais existem poucos estudos em a nível nacional e internacional.

Mais concretamente, atendendo aos resultados desta amostra indicarem que estes bebés apresentam diferenças relativamente ao padrão de autorregulação, no qual o padrão socialmente negativo é muito superior, é importante a realização de estudos com base nos mesmos critérios, de forma a realizar-se a comparação com bebés de termo e moderado pré-termo e, assim, poder-se confirmar se o padrão socialmente negativo é o mais frequente e se o padrão orientado para o autoconforto é o segundo mais representado. O mesmo deverá ser realizado relativamente à vinculação e à qualidade da interação de forma a confirmar-se as relações verificadas neste primeiro estudo, potenciando assim a compreensão dos resultados do mesmo. Da mesma forma será importante a estudar a correlação destes dados com o desenvolvimento destes bebés, pois, segundo a literatura, podem surgir dificuldades específicas que na realidade não são identificadas nos primeiros meses de vida.

12. PROPOSTAS PARA A PRÁTICA

A investigação na área da prematuridade é de elevada relevância, podendo ser direcionada para a intervenção no período pré-natal, no período neonatal com na melhoria das condições de vida e de sobrevivência, para a intervenção precoce, bem como, na promoção do neurodesenvolvimento. Assim, pretende-se que o presente estudo possa contribuir para identificar áreas de atuação, na gravidez, durante o período de internamento do bebé, e pós-alta de forma a delinear respostas preventivas, atempadas e, sobretudo, diferenciadas às famílias na área da vinculação, considerando reflexivamente as representações maternas da gravidez e as experiências perinatais.

Com efeito, reconhecer precocemente os determinantes da interação entre mãe-filho/a pode conduzir ao levantamento de necessidades para a intervenção de forma precoce, com especial enfoque nas etapas específicas do percurso de vida da criança prematura e da sua família, tais como a escolaridade e a autonomia.

Neste sentido, pela revisão da literatura realizada, o presente trabalho poderá ser um recurso para os profissionais da área da saúde, educação e social, relativamente à temática das consequências da prematuridade para o desenvolvimento da criança e aos fatores inerentes ao nascimento prematuro. Pela metodologia implementada, poderá também ser um recurso para estes profissionais conhecerem as características específicas do bebé e da família, contribuindo desta forma para uma melhoria relativamente às metodologias já utilizadas.

Com base nos resultados obtidos, pretende-se que este estudo possa contribuir para identificar igualmente áreas de atuação durante a gravidez, logo que seja identificado a possibilidade de parto prematuro. Após esta identificação seria importante considerar a pertinência da implementação da consulta pré-natal, com base no conceito Touchpoints (Brazelton & Sparrow, 2003), no sentido de proporcionar um acompanhamento mais individualizado, que permita ao profissional conhecer bem o pai e a mãe antes do bebé nascer, conhecer as suas preocupações, angústias e dúvidas atuando de forma preventiva na área da vinculação.

Durante o período de internamento do bebé, e atendendo a todas as especificidades clínicas, seria importante delinear respostas preventivas, atempadas e, sobretudo, diferenciadas às famílias. Embora exista um acompanhamento e cuidados específicos relativamente à vinculação, seria primordial um acompanhamento terapêutico à mãe/pai e irmãos também nesta fase. Para além da contribuição tecnológica, do acompanhamento médico e de enfermagem, é sem dúvida muito importante para a sobrevivência destes bebés uma intervenção multidisciplinar na UCIN, que envolva os pais.

Após a alta hospitalar, seria importante manter um acompanhamento com um técnico de referência que pudesse delinear estratégias de intervenção no sentido de minimizar os efeitos associados ao nascimento prematuro, nomeadamente ao nível da qualidade da interação da díade e da ansiedade para com o futuro da criança, que pode estar associada a comportamentos mais intrusivos. A implementação de programas de promoção de competências parentais, específicos para pais de bebés muito e extremamente prematuros, que contemplem, por exemplo, os comportamentos maternos na interação mãe-bebé com especial ênfase para a sensibilidade materna,

como um dos métodos de intervenção precoce direcionado para as famílias, seria muito importante.

Concluindo, a necessidade de um acompanhamento próximo e diferenciado desde a gravidez até, pelo menos um ano de vida do bebê muito prematuro foi reforçada pela experiência de acompanhamento inerente à natureza longitudinal da recolha de dados. Pois, com o acompanhamento à família durante o primeiro ano de vida, permitiu também estabelecer uma relação terapêutica, possibilitando aos pais nos dias de avaliação conversarem sobre as suas dúvidas relativamente ao desenvolvimento do seu bebê.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adolph, K. E., & Franchak, J. M. (2017). The development of motor behavior. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 8(1-2), e1430. <https://doi.org/10.1002/wcs.1430>
- Affleck, G., & Tennen, H. (1991). The effect of newborn intensive care on parents' psychological well-being. *Children's Health Care*, 20(1), 6-14. https://doi.org/10.1207/s15326888chc2001_2
- Ainsworth, M. D. (1973). The development of infant mother attachment. In B. M. Caldwell & H. N. Ricciuti (Eds.), *Review of Child Development Research* (Vol. 3). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. D., Bell, S., & Stayton, D. (1971). Individual differences in Strange Situation behavior of one-year-olds. In H. Schaffer (Ed.), *The Origins of Human Social Relations*. London: Academic Press.
- Ainsworth, M. D., Bell, S., & Stayton, D. (1974). Infant mother attachment and social development: "socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Ed.), *Integration of a Child into a Social World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment – A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey.
- Allen, K. A. (2013). Treatment of intraventricular hemorrhages in premature infants: where is the evidence? *Advances in Neonatal Care*, 13(2), 127-130. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e31828ac82e>
- Allin, M., Henderson, M., Suckling, J., Nosarti, C., Rush, T., Fearon, P., Stewart, A., Bullmore, E., Rifkin, L. & Murray, R. (2004). Effects of very low birthweight on brain structure in adulthood. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46(1), 46 – 53. <https://doi.org/10.1017/s0012162204000088>
- Almadhoob, A., & Ohlsson, A. (2015). Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010333.pub2>
- Almeida, A. R. (2017). *Estudo Comparativo das representações maternas em díades com bebés de termo e extremo pré-termo*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação de Lisboa]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/7763>

- Almeida, A. R., Casimiro, R., Antunes, S., Alves, M. J., Lopes, J., Ribeiro, C., Teodoro, A.T., Santos & Fuertes, M. (2018). Estudo comparativo das representações maternas em díades com bebês de termo, pré-termo e extremo pré-termo. In M. Fuertes et al. (Eds.), *Teoria, Práticas e Investigação em Intervenção Precoce* 134-177. Lisboa: CIED. <https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.049>
- Als, H. (1983). Infant individuality: Assessing patterns of very early development. *Frontiers of Infant Psychiatry*, 363- 378.
- Als, H., & Duffy, F. H. (1983). Assessment of premature infants behavior. *New approaches to developmental screening of infants*. New York: Elsevier.
- Antunes, S., Fuertes, M., & Moreira, J. (2020). Um olhar sobre a Grande Prematuridade: A investigação com bebês nascidos com menos de 32 semanas de gestação. In M. Fuertes et al. (Eds.), *Teoria, Práticas e Investigação em Intervenção Precoce*, 134-177. Lisboa: CIED. <https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.049>
- Araújo A.M.G, da Silva Melo, L., Di Cavalcanti Alves de Souza, M., de Medeiros Freitas, S., Mayara, M., Lopes Lima, M. D. G., & De Oliveira Lessa, R. (2016). A experiência do método canguru vivenciada pelas mães em uma maternidade pública de Maceió/Al, Brasil. *Revista Iberoamericana de educação e Investigação em Enfermagem*. (Internet) 19-27.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195>
- Barbosa, M., Beeghly, M., Gonçalves, J. L., Moreira, J., Tronick, E., & Fuertes, M. (2019). Predicting Patterns of Regulatory Behavior in the Still-Face Paradigm at 3 Months. *Infancy*, 24(4), 501-525. <https://doi.org/10.1111/inf.12293>
- Barbosa, M., Beeghly, M., Moreira, J., Tronick, E., & Fuertes, M. (2020). Emerging patterns of infant regulatory behavior in the Still-Face paradigm at 3 and 9 months predict mother-infant attachment at 12 months. *Attachment & Human Development*, 23(6):814-830. <https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1757730>
- Barbosa, M., Moreira, J., Beeghly, M., Tronick, E., Fuertes, M. (2018). Robust stability and physiological correlates of infants' patterns of regulatory behavior in the still-face paradigm at 3 and 9 months. *Developmental Psychology*, 54(11), 2032–2042. <https://doi.org/10.1037/dev0000616>
- Barre, N., Morgan, A., Doyle, L. & Anderson, P. (2011). Language abilities in children who were very preterm and/or very low birth weight: a meta- analysis. *Journal of Pediatrics*, 158, 766 - 774. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.10.032>

- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 29, 195–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195>
- Beckwith, L. & Cohen, S. E. (1978). Preterm birth: Hazardous obstetrical and postnatal events as related to caregiver- infant behavior. *Infant Behavior and Development*, 1, 403-411. [https://doi.org/10.1016/s0163-6383\(78\)80051-4](https://doi.org/10.1016/s0163-6383(78)80051-4)
- Beeghly, M., Fuentes, M., Liu, C., Delonis, M. S. (2011). 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*, 45-59. Nova Science Publishers.
- Benassi, E., Savini, S., Iverson, J. M., Guarini, A., Caselli, M. C., Alessandrini, R., ... & Sansavini, A. (2016). Early communicative behaviors and their relationship to motor skills in extremely preterm infants. *Research in Developmental Disabilities*, 48, 132-144. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.10.017>
- Beru Brahmana, I., & Inayati, I. (2022). Vaginal Discharge in Pregnancy: The Relationship of Uterine Contractions in the Case of Preterm Birth. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research (JOGCR)*, 7(5), 422-428. <https://doi.org/10.30699/jogcr.7.5.422>
- Bilgin, A., & Wolke, D. (2015). Maternal sensitivity in parenting preterm children: a meta-analysis. *Pediatrics*, 136(1), e177-e193. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3570>
- Blencowe, H., Cousens, S., & Chou D. (2013). Born too soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health*, 10(Suppl 1), S2. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-s1-s2>
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., ... & Lawn, J. E. (2013). National, Regional, and Worldwide Estimates of Preterm Birth Rates in the Year 2010 With Time Trends Since 1990 for Selected Countries: A Systematic Analysis and Implications. *Obstetric Anesthesia Digest*, 33(3), 142. <https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000432360.25014.c3>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1). London: Penguin Book.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss* (Vol. 1). London: Penguin Book.
- Bowlby, J. (1976). Human personality development in an ethological light. In G. Serban & A. Kling. *Animal models in human psychobiology* (pp. 27-36). Boston, Springer, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2184-2_3
- Bowlby, J. (2004). *Apego e perda. Perda: tristeza e depressão* (Valtensir Dutra, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1985).

- Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P., & Wang, X. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child Development*, 72(1), 252-270. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00277>
- Brazelton, T. B., & Anderson, F. (1992). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. (1994). Prematuridade. *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*, 425-430. Martins Fontes.
- Brémond-Gignac, D., Copin, H., Lapillonne, A., & Milazzo, S. & European Network of Study and Research in Eye Development. (2011). Visual development in infants: physiological and pathological mechanisms. *Current Opinion in Ophthalmology*, 22(S), 1 - 8. <https://doi.org/10.1097/01.icu.0000397180.37316.5d>
- Brisch, K. H., Bechinger, D., Betzler, S., Heinemann, H., Kachele, H., Pohlandt, F., ... & Buchheim, A. (2005). Attachment quality in very low-birthweight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development. *Parenting: Science and Practice*, 5(4), 311-331. https://doi.org/10.1207/s15327922par0504_1
- Bystrova, K. (2009). Novel mechanism of human fetal growth regulation: a potential role of lanugo, vernix caseosa and a second tactile system of unmyelinated low-threshold C-afferents. *Medical Hypotheses*, 72(2), 143 - 146. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2008.09.033>
- Cabral, T. I., da Silva, L. G. P., Tudella, E., & Martinez, C. M. S. (2015). Motor development and sensory processing: a comparative study between preterm and term infants. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.09.018>
- Canelhas, D. (2011). *Estudo sobre o impacto do risco biológico e ambiental na qualidade da interação mãe-filho(a)*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação de Lisboa]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/1221>
- Carbajal, R., Rousset, A., Danan, C., Coquery, S., Nolent, P., Ducrocq, S., ... & Brúart, G. (2008). Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *Jama*, 300(1), 60–70. <https://doi.org/10.1001/jama.300.1.60>
- Carter, J.D., Mulder, R. T., Bartram, A. F. & Darlow, B. A. (2004). Infants in Neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 90 (2), 109 - 113. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.031641>

- Chatwin, S., & Mac Arthur, B. (1993). Maternal Perceptions of the Preterm Infant. *Early Child Development and Care*, 87(1), 69-82. <https://doi.org/10.1080/0300443930870107>
- Cehade, H., Simeoni, U., Guignard, J.P. & Boubred, F. (2018). Preterm Birth: Long Term Cardiovascular and Renal Consequences. *Current Pediatric Reviews*, 14(4), 219-226. <https://doi.org/10.2174/1573396314666180813121652>
- Chiodelli, T., Rodrigues, O. M. P. R., Pereira, V. A., Santos, P. L. D., & Fuertes, M. (2020). Interactive behaviors between mothers and their prematurely born infants in the face-to-face Still-Face Paradigm. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e180164>
- Costa Ribeiro, C., Teodoro, A. T. H., Dos Santos, P. L., Lamônica, D. A. C., & Fuertes, M. (2020). Family SES and maternal sensitivity predict infant patterns of regulatory behavior in Brazilian dyads. *Early Human Development*, 151. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105201>
- Costa, M. A., Lopes dos Santos, P., & Fuertes, M. (2014). Processamento sensorial e interação diádica como promotores de resiliência nas crianças de famílias com baixos rendimentos. *Interações*, 30, 8-43. <https://doi.org/10.25755/int.4024>
- Coughlin, M. (2014). *Transformative Nursing in the NICU. Trauma-Informed Age-Appropriate Care*. Springer Publishing Company.
- Cox, M. J., Owen, M. T., Henderson, V. K., & Margand, N. A. (1992). Prediction of infant-father and infant-mother attachment. *Developmental Psychology*, 28(3), 474. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.3.474>
- Cox, S., Hopkins, J. & Hans, S. (2000). Attachment in preterm infants and their mothers: neonatal risk status and maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, 21(6), 464 - 480. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200011/12\)21:6<464::aid-imhj5>3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200011/12)21:6<464::aid-imhj5>3.0.co;2-v)
- Craciunoiu, O., & Holsti, L. (2017). A systematic review of the predictive validity of neurobehavioral assessments during the preterm period. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 37(3), 292-307. <https://doi.org/10.1080/01942638.2016.1185501>
- Crittenden, P. M. (2003). CARE-Index manual. *Family Relations Institute, Miami*.
- Crnic, K. A., Ragozin, A. S., Greenberg, M. T., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life. *Child Development*, 54(5), 1199-1210. <https://doi.org/10.2307/1129675>
- Crozier, S. C., Goodson, J. Z., Mackay, M. L., Synnes, A. R., Grunau, R. E., Miller, S. P., & Zwicker, J. G. (2016). Sensory processing patterns in children born very

- preterm. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(1), 7001220050p1-7001220050p7. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.018747>
- Cunha, M., Cadete, A., Virella, D. & Grupo do Registo Nacional de Muito Baixo Peso (2010). Acompanhamento dos Recém-nascidos Muito Baixo Peso em Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(4), 155 - 61.
- Dalbem, J. X. & Dell'aglio, D. D. (2005). Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57 (1),12-24.
- de Kieviet, J. F., Zoetebier, L., Van Elburg, R. M., Vermeulen, R. J., & Oosterlaan, J. (2012). Brain development of very preterm and very low-birthweight children in childhood and adolescence: A meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(4), 313-323. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.04216.x>
- De Wolff, M. S., & Van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68(4), 571-591. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218>
- Domingos, M. A. S. (2019). *Representações maternas Escola Superior de Educação pós-parto em díades com bebés de extremo pré-termo*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação de Lisboa]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/11037>
- Duhn, L. (2010). A importância do toque no desenvolvimento do apego. *Avanços em Neonatal Care*, 10 (6), 294-300. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181fd2263>.
- Eiden, R. D., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2002). Mother–infant and father–infant attachment among alcoholic families. *Development and Psychopathology*, 14, 253–278. <https://doi.org/10.1017/S095457940200204>
- El-Khuffash, A. F., Jain, A., Dragulescu, A., McNamara, P. J., & Mertens, L. (2012). Acute changes in myocardial systolic function in preterm infants undergoing patent ductus arteriosus ligation: a tissue Doppler and myocardial deformation study. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 25(10), 1058-1067. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2012.07.016>.
- Epidemiologia e tratamento de procedimentos dolorosos em neonatos em unidades de terapia intensiva. *Jama*, 300 (1), 60-70.
- Evans, T., Boyd, R. N., Colditz, P., Sanders, M., & Whittingham, K. (2017). Mother-very preterm infant relationship quality: RCT of baby triple P. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 284-295. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0555-x>
- Faria, A. (2011). *Continuidade e desenvolvimento dos processos de vinculação à mãe e ao pai durante os primeiros 18 meses de vida*. [Dissertação de Doutoramento,

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto].
Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/61994>

- Faria, A., Lopes-dos-Santos, P., & Fuertes, M., (2014). Pais e mães protegem, acarinham e brincam de formas diferentes. *Análise Psicológica*, 4 (XXXII): 419-437. <https://doi.org/10.14417/ap.698>
- Farias, S. R., Dias, F. D. S. B., da Silva, J. B., Cellere, A. L. D. L. R., Beraldo, L., & Carmona, E. V. (2017). Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.38433>
- Feldman, R. & Eidelman, A. (2007). Maternal Postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49, 290 - 302. <https://doi.org/10.1002/dev.20220>
- Feldman, R. (2006). From biological rhythms to social rhythms: physiological precursors of mother-infant synchrony. *Developmental Psychiatry*, 42, 175-188. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.42.1.175>
- Feldman, R. (2009). The development of regulatory functions from birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development*, 80, 544 - 561. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01278.x>
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, 110(1), 16-26. <https://doi.org/10.1542/peds.110.1.16>
- Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A. I. (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry*, 75(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.012>
- Ferrari, E. A., Toyoda, M. S. S., Faleiros, L., & Cerutti, S. M. (2001). Neural plasticity: relations with behavior and experimental approaches. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17, 187-194. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000200011>
- Field, T. M. (1979). Interaction patterns of preterm and term infants. *Infants born at risk*, (pp.333-356). New York, London: Special Medical & Scientific Books.
- Field, T.M. (1977). Effects of early separation, interactive deficits and experimental manipulations on infant-mother face-to-face interactions. *Child Development*, 48, 763-771. <https://doi.org/10.2307/1128325>
- Fleck, A., & Piccinini, C. A. (2013). The imaginary baby and the real premature baby: from birth to 3 months after discharge/O bebe imaginario e o bebe real no

- contexto da prematuridade: do nascimento ao 3 mês após a alta. *Revista Aletheia*, (40), 14-31. <https://doi.org/10.29327/226091>
- Fonagy, P. (2015). Mutual regulation, mentalization, and therapeutic action: A reflection on the contributions of Ed Tronick to developmental and psychotherapeutic thinking. *Psychoanalytic Inquiry*, 35(4), 355-369. <https://doi.org/10.1080/07351690.2015.1022481>
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development*, 87(1), 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006>
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., e Muller-Mix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118 (1), e107-e114. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1145>
- Formiga, C. K. M. R., & Linhares, M. B. M. (2009). Assessment of preterm children's early development. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 472-480. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200030>
- Formiga, C. K. M. R., Vieira, M. E. B., & Linhares, M. B. M. (2015). Developmental assessment of infants born preterm: comparison between the chronological and corrected ages. *Journal of Human Growth and Development*, 25(2), 230-236. <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.103020>
- Fowler, C., Green, J., Elliott, D., Petty, J., & Whiting, L. (2019). The forgotten mothers of extremely preterm babies: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(11-12), 2124-2134. <https://doi.org/10.1111/jocn.14820>
- Frey, H. A., & Klebanoff, M. A. (2016, April). The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 21, No. 2, 68-73). WB Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.011>
- Fuentefria, R. D. N., Silveira, R. C., & Procianoy, R. S. (2017). Desenvolvimento motor de prematuros avaliados pela Alberta Infant Motor Scale: artigo de revisão sistemática. *Jornal de Pediatria*, 93, 328-342. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.03.003>
- Fuertes, M. (2005). *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 Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/53629>

- Fuertes, M., & Lopes-dos-Santos (2009). *Coding System for Regulatory Patterns in the FFSF*. Unpublished manuscript. Centro de Psicologia da Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Fuertes, M., Antunes, S., Martelo, I., & Dionisio, F. (2022). The impact of low birthweight in infant patterns of regulatory behavior, mother-infant quality of interaction, and attachment. *Early Human Development*, *172*, 105633. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105633>
- Fuertes, M., da Costa Ribeiro, C., Barbosa, M., Gonçalves, J., Teodoro, A. T., Almeida, R., ... & Lamônica, D. A. C. (2021). Patterns of regulatory behavior in the still-face paradigm at 3 months: A comparison of Brazilian and Portuguese infants. *PloS one*, *16* (6), e0252562. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252562>
- Fuertes, M., Faria, A., Fink, N., & Barbosa, M. (2011). Associations among maternal representation at birth and attachment in Portuguese dyads with preterm and full term infant. *International Journal of Development and Educational Psychology*, *1*, 76-86.
- Fuertes, M., Faria, A., Lopes-dos-Santos, P. & Beeghly, M. (2016). The effects of Parental sensitivity and Involvement in caregiving on Mother-infant and Father-infant attachment in a Portuguese Sample. *Journal of Family Psychology*, *30* (1), 147. <https://doi.org/10.1037/fam0000139>.
- Fuertes, M., Justo, M., Barbosa, M., Leopoldo, L., Gonçalves, J. L., Gomes-Pedro, J., & Sparrow, J. (2012). Infants prematurely born: socio-emotional development and early intervention. In D. Contreiras, & J. Sampaio (Eds). *Preterm infants: development, prognosis and potential complications* (pp-100-125). Nova Science Publishers Inc.
- Fuertes, M., L. Gonçalves, J., Barbosa, M., Almeida, R., Lopes-dos-Santos, P., & Beeghly, M. (2022). A self-comfort oriented pattern of regulatory behavior and avoidant attachment are more likely among infants born moderate-to-late preterm. *Infancy*, *27*(1), 159-180. <https://doi.org/10.1111/infa.12437>
- Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M., & Tronick, E. (2006). More Than Maternal Sensitivity Shapes Attachment: Infant Coping and Temperament. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1094*(1), 292-296. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.037>
- 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*, *14*(4), 320-331. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.4.320>

- Gallegos-Martinez, J., Reyes-Hernández, J. & Scochi, C. (2013). The hospitalized preterm newborn: the significance of parents participation in the Neonatal Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1360 - 1366. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2970.2375>
- García-Blanco, A., Diago, V., De La Cruz, V. S., Hervás, D., Cháfer-Pericás, C., & Vento, M. (2017). Can stress biomarkers predict preterm birth in women with threatened preterm labor?. *Psychoneuroendocrinology*, 83, 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.05.021>
- Ghist, T., Iwabe, C., & Torello, E. M. (2004). A influência do método canguru no tono postural do recém-nascido pré-termo. *Temas Sobre o Desenvolvimento*, 12(72), 19-22.
- Gianino, A., & Tronick, E. Z. (1988). The mutual regulation model: The infant's self and interactive regulation and coping and defensive capacities. In Field, T., McCabe P., & Schneiderman, N. (Eds.), *Stress and Coping Across Development*, 47–68. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Goldberg, S., Perrotta, M., Minde, K., & Corter, C. (1986). Maternal behavior and attachment in low-birth-weight twins and singletons. *Child Development*, 34-46. <https://doi.org/10.2307/1130635>
- Goldsmith, H. H., & Alansky, J. A. (1987). Maternal and infant temperamental predictors of attachment: a meta-analytic review. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 805. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.6.805>
- Gomes, R., Pereira, V. & Rodrigues, O. (2021). Sentimentos e Percepções Maternas sobre a Internação de Bebês Pré-Termo e a Termo: estudo comparativo. *Contextos Clínicos*, 14(1), 1-23. <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.141.02>
- Gonçalves, J. L., Fuertes, M., Alves, M. J., Antunes, S., Almeida, A. R., Casimiro, R., & Santos, M. (2020). Maternal pre and perinatal experiences with their full-term, preterm and very preterm newborns. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02934-8>
- Gorga, D.; Stern, EM. Ross, G. & Nagler, W. (1998). Neuromotor development of preterm and fullterm infants. *Early Human Development*, 18,137-149. [https://doi.org/10.1016/0378-3782\(88\)90050-3](https://doi.org/10.1016/0378-3782(88)90050-3)
- Goss, K., Haraldsdottir, K., Beshish, A., Barton, G., Watson, A., Palta, M., Chesler, N., Francois, C., Wieben, O. & Eldridge, M. (2020). Association Between Preterm Birth and Arrested Cardiac Growth in Adolescents and Young Adults. *JAMA Cardiol*, 5(8), 910-919. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.1511>

- Graven, S. N. & Browne, J.V. (2008). Sleep and brain development: the critical role of sleep in fetal and early neonatal brain development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 8(4), 173 - 179. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2008.10.008>
- 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>
- Grossmann, K., Grossmann, K., Spangler, G., Suess, G. & Unzner, 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*, 233-256. <https://doi.org/10.2307/3333836>
- Gurung, A., Wrammert, J., Sunny, A. K., Gurung, R., Rana, N., Basaula, Y. N., ... & Kc, A. (2020). Incidence, risk factors and consequences of preterm birth—findings from a multi-centric observational study for 14 months in Nepal. *Archives of Public Health*, 78, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00446-7>
- Hall, R. A. S.; Hoffenkamp, H. N.; Tooten, A.; Braeken, J.; Vingerhoets, A. J. J. M.; van Bakel, H. J. A. (2015). Longitudinal Associations Between Maternal Disrupted Representations, Maternal Interactive Behavior and Infant Attachment: A Comparison Between Full-Term and Preterm Dyads. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 320–331. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0473-3>.
- Hall, R. A., Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Braeken, J., Vingerhoets, A. J., & van Bakel, H. J. (2015). The quality of parent–infant interaction in the first 2 years after full-term and preterm birth. *Parenting*, 15(4), 247-268. <https://doi.org/10.1080/15295192.2015.1053333>
- Hinojosa-Rodríguez, M., Harmony, T., Carrillo-Prado, C., Van Horn, J. D., Irimia, A., Torgerson, C., & Jacokes, Z. (2017). Clinical neuroimaging in the preterm infant: diagnosis and prognosis. *NeuroImage: Clinical*, 16, 355-368. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.08.015>
- Holditch-Davis, D., Schwartz, T., Black, B., & Scher, M. (2007). Correlates of mother-premature infant interactions. *Research in Nursing and Health*, 30(3), 333-346. <https://doi.org/10.1002/nur.20190>
- Huhtala, M., Korja, R., Lehtonen, L., Haataja, L., Lapinleimu, H. & Rautava, P. (2013). Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5 year old preterm children. *Early Human Development*, 90, 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.12.009>
- Instituto Nacional de Estatística (2018). Estatísticas demográficas. Lisboa: INE.
- Ionio, C., Riboni, E., Confalonieri, E., Dallatomasina, C., Mascherone, E., Bonanomi, A., Comi, G. (2016). Paths of cognitive and language development in healthy preterm

- infants. *Infant Behavior Development*, 44, 199-207. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.07.004>
- Isabella, R. (1993). Origins of Attachment: Maternal Interactive Behavior across the First Year. *Child Development*, 64(2), 605-621. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1993.tb02931.x>
- Jeyaseelan, D., O'Callaghan, M., Neulinger, K., Shum, D., & Burns, Y. (2006). The association between early minor motor difficulties in extreme low birth weight infants and school age attentional difficulties. *Early Human Development*, 82(4), 249-255. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2005.10.012>
- Jones, K., Champion, P., & Woodward, L. (2013). Social competence of preschool children born very preterm. *Early Human Development*, 89(10), 795-802. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.06.008>
- Keller, H. (2018). Universality claim of attachment theory: Children's socioemotional development across cultures. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(45), 11414-11419. <https://doi.org/10.1073/pnas.1720325115>
- Kenner, C. (2001). *Enfermagem neonatal*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores
- Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Lüdorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., ... & Arolt, V. (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 473-476. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.011>
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Hoernig-Franz, I., Wesselmann, U., Luedorff, K., et al. (2009). Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth-a 14-month follow up study. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 193 - 201. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0063-8>.
- Keunen, K., Van Elburg, R. M., Van Bel, F., & Benders, M. J. (2015). Impact of nutrition on brain development and its neuroprotective implications following preterm birth. *Pediatric Research*, 77(1), 148-155. <https://doi.org/10.1038/pr.2014.171>
- Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1992). *Pais/bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25(3), 343. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.343>
- Korja, R., Ahqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother-infant interaction in preterm and full-

- term infants. *Infant Behavior & Development*, 33(3), 330-336. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.03.010>
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164-173. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x>
- Korja, R., Maunu, J., Kirjavainen, J., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., et al. (2008). Mother-infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early Human Development*, 84, 257-267. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.06.006>
- Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J., Lehtonen, L. & Grp, P. S. (2009). Attachment representations in mother of preterm infants. *Infant Behavior & Development*, 32(3), 305 - 311. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.04.003>
- Lasiuk, G., Comeau, T. & Newburn-Cook, C. (2013). Unexpected: an interpretative description of parental traumas associated with preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1 - 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-S1-S13>
- Lavallée, A., De Clifford-Faugere, G., Ballard, A., & Aita, M. (2021). Parent–infant interventions to promote parental sensitivity during NICU hospitalization: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Early Intervention*, 43(4), 361-382. <https://doi.org/10.1177/1053815121991928>
- Levy-Shiff, R., Einat, G., Har-Even, D., Mogilner, M., Mogilner, S., Lerman, M., & Krikler, R. (1994). Emotional and behavioral adjustment in children born prematurely. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 323-333. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2303_10
- Li, W., Woudstra, M. L. J., Branger, M. C., Wang, L., Alink, L. R., Mesman, J., & Emmen, R. A. (2019). The effect of the still-face paradigm on infant behavior: A cross-cultural comparison between mothers and fathers. *Infancy*, 24(6), 893-910. <https://doi.org/10.1111/infa.12313>
- Lindberg, B., & Ohrling, K. (2008). Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 67 (5), 461-471. <https://doi.org/10.3402/ijch.v67i5.18353>
- Lindström, K., Lindblad, F. & Hjern, A. (2011). Preterm birth and attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren. *Pediatrics*, 127, 858 - 65. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1279>

- Linhares, M. B. M. (2004). Estresse, resiliência e cuidado no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In *Temas em educação especial: Avanços Recentes*. São Carlos: EdUFSCar.
- Linhares, M., Carvalho, A., Bordin, M., Chimello, J., Martinez, F. & Jorge, S. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 10(18), 60-69. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2000000100006>
- Liu, L., Blackington, P., Martin, M. & Graven. (2007). Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology*, 27, 75 - 93. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211843>.
- Loe, I. M., Lee, E. S., Luna, B., & Feldman, H. M. (2011). Behavior problems of 9–16 year old preterm children: biological, sociodemographic, and intellectual contributions. *Early Human Development*, 87(4), 247-252. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.01.023>
- Lohaus, A., Keller, H., Ball, J., Voelker, S., & Elben, C. (2004). Maternal sensitivity in interactions with three- and 12-month old infants: Stability, structural composition, and developmental consequences. *Infant and Child Development*, 13(3), 235-252. <https://doi.org/10.1002/icd.351>
- Loi, E. C., Vaca, K. E., Ashland, M. D., Marchman, V. A., Fernald, A., & Feldman, H. M. (2017). Quality of caregiver-child play interactions with toddlers born preterm and full term: Antecedents and language outcome. *Early Human Development*, 115, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.10.001>
- Lopes dos Santos, P., & Fuertes, M. (2005). A vinculação em populações de risco. *Desenvolvimento: Contextos Familiares e Educativos*, 172-199.
- Lopes, T. R. G., de Oliveira, S. S., de Oliveira, I. R. R. B., Romeiro, I. M. M., & de Carvalho, J. B. L. (2017). Humanization of care to newborns in the kangaroo method: experience report. *Journal of Nursing UFPE on line*, 11(11), 4492-4497. <https://doi.org/10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201727>
- López-Maestro, M., Sierra-Garcia, P., Diaz-Gonzalez, C., Torres-Valdivieso, M. J., Lora-Pablos, D., Ares-Segura, S., & Pallás-Alonso, C. R. (2017). Quality of attachment in infants less than 1500 g or less than 32 weeks. Related factors. *Early Human Development*, 104, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.11.003>
- Lucassen, N., Tharner, A., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Volling, B. L., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2011). The association between paternal sensitivity and infant–father attachment security: A meta-analysis of

- three decades of research. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 986.
<https://doi.org/10.1037/a0025855>
- Ludington-Hoe, S. M. (2013). Kangaroo care as a neonatal therapy. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(2), 73-75. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.03.004>
- Madenn, S. (2000). The Premie Parent's Companion—The Essential Guide to Caring for Your Premature Baby in the Hospital, at home, and Through the First Year.
- Mangelsdorf, S. C., Plunkett, J. W., Dedrick, C. F., Berlin, M., Meisels, S. J., McHale, J. L., & Dichtellmiller, M. (1996). Attachment security in very low birth weight infants. *Developmental Psychology*, 32(5), 914.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.32.5.914>
- Marcus, L., Lejeune, F., Berne-Audéoud, F., Gentaz, E., & Debillon, T. (2012). Tactile sensory capacity of the preterm infant: manual perception of shape from 28 gestational weeks. *Pediatrics*, 130(1), e88-e94.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-3357>
- Martelo, I., & Fuertes, M. (2021). Interação diádica com bebês de extremo pré-termo aos 3 e 9 meses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(3), 1013-1026.
<https://doi.org/10.15309/21psd220320>
- McCormick, M. C., Litt, J. S., Smith, V. C., & Zupancic, J. A. (2011). Prematurity: an overview and public health implications. *Annual Review of Public Health*, 32, 367-379. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090810-182459>
- Medina, I. M. F., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Ávila, M. C., & Rodríguez, M. D. M. L. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth*, 31(4), 325-330. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008>
- Meijssen, D., Wolf, M. J., van Bakel, H., Koldewijn, K., Kok, J., & van Baar, A. (2011). Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 72-80.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.009>
- Meijssen, D.E., Wolf, M.J., Koldewijn, K., Van Wassenaer, A.G., Kok, J.H. & Van Barr, A.I., (2011). Parenting stress in mothers after very preterm birth and the effect of the Infant Behavioral Assessment and Intervention Program. *Child Care Health Development*. 37(2), 195-202. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01119.x>.
- Méio, M. D. B. B., Lopes, C. S., & Morsch, D. S. (2003). Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de pré-termo de muito baixo peso. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 311-318. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000300008>

- Mendonça, L. C. A. M., Pedreschi, J. D. P., & Barreto, C. A. (2019). Cuidados de enfermagem em UTI neonatal. *Revista Saúde em Foco*, 1(11), 551-559.
- Mendz, G. L., Kaakoush, N. O., & Quinlivan, J. A. (2013). Bacterial aetiological agents of intra-amniotic infections and preterm birth in pregnant women. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 3, 58. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2013.00058>
- Mianaei, S., Karahroudy, F., Rassouli, M. & Tafreshi, M. (2014). The effect of Creating Oportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety and participation in NICU wards in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 94 - 100.
- Miller, A. L., McDonough, S. C., Rosenblum, K. R, & Sameroff A. J. (2002). Emotion regulation in contexto: Situational effecys on infant and caregiver behavior. *Infancy*, 4, 403-433. https://doi.org/10.1207/S15327078IN0304_01
- Minde, K., Perrotta, M. & Marton, P. (1985). Maternal caretaking and play with full-term and preterm infants. *Journal of Child Psychiatry*, 26, 231 - 244. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.09.008>
- Misund, A., Nerdrum, P. & Diseth, T. (2014). Mental health in women experiencing preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 263. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-263>
- Mitchell-Box, K. M., & Braun, K. L. (2013). Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation. *Journal of Human Lactation*, 29(4), 473-479. <https://doi.org/10.1177/089033441349183>
- Montirosso, R., Borgatti, R., Trojan, S., Zanini, R., & Tronick, E. (2010). A comparison of dyadic interactions and coping with the still-face in healthy pre-term and full-term infants. *British Journal of Developmental Psychology*, 28(2), 347-368. <https://doi.org/10.1348/026151009x416429>
- Moore, T. A., Berger, A. M., & Wilson, M. E. (2014). A new way of thinking about complications of prematurity. *Biological Research for Nursing*, 16(1), 72-82. <https://doi.org/10.1177/1099800412461563>
- Moreira, E., & Grave, M. (2014). Avaliação do desenvolvimento motor de crianças prematuras nascidas em uma pequena cidade do Vale do Rio dos Sinos. *Revista Destaques Acadêmicos*, 6(3), 64-70.
- Morrison, I., Loken, L.S., & Olausson, H. (2010). The skin as a social organ. *Experimental Brain Research*, 204, 305-314. <https://doi.org/10.1007/s00221-009-2007-y>
- Moster, D., Lie, R. T., & Markestad, T. (2008). Long-term medical and social consequences of preterm birth. *New England Journal of Medicine*, 359(3), 262-273. <https://doi.org/10.1056/nejmoa0706475>

- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Juanin, L., Borghini, A. & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79, 145 – 158. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002>
- Murphy, D. J. (2007). Epidemiology and environmental factors in preterm labour. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(5), 773-789. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2007.03.001>
- Mürner-Lavanchy, I., Steinlin, M., Nelle, M., Rummel, C., Perrig, W. J., Schroth, G., & Everts, R. (2014). Delay of cortical thinning in very preterm born children. *Early Human Development*, 90(9), 443-450. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.05.013>
- Nam, K. W., Castellanos, N., Simmons, A., Froudust-Walsh, S., Allin, M. P., Walshe, M., ... & Nosarti, C. (2015). Alterations in cortical thickness development in preterm-born individuals: Implications for high-order cognitive functions. *NeuroImage*, 115, 64-75. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.04.015>
- Neri, E., Genova, F., Monti, F., Trombini, E., Biasini, A., Stella, M., & Agostini, F. (2020). Developmental dimensions in preterm infants during the 1st year of life: the influence of severity of prematurity and maternal generalized anxiety. *Frontiers in Psychology*, 11, 455. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00455>
- Oliveira, K. A. D., Araújo, E. M. D., Oliveira, K. A. D., Casotti, C. A., Silva, C. A. L. D., & Santos, D. B. D. (2018). Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. *Revista de Saúde Pública*, 52. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000406>
- Olshtain-Mann, O. & Auslander, G. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: Are they still at (parental) risk? *Health and Social Work*, 33(4), 299 - 308. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.4.299>
- Padovani, F., Linhares, M., Carvalho, A., Duarte, G. & Martinez, F. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 251 - 254. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000400009>
- Palomo-Osuna, J., Lanzarote-Fernández, M. D., Salazar, A., & Padilla-Muñoz, E. M. (2022). Sociodemographic impact of variables on cognitive, language and motor development in very preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, e125-e130. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.08.016>
- Payne, A. H., Hintz, S. R., Hibbs, A. M., Walsh, M. C., Vohr, B. R., Bann, C. M., & Wilson-Costello, D. E. (2013). Neurodevelopmental outcomes of extremely low-

- gestational-age neonates with low-grade periventricular-intraventricular hemorrhage. *JAMA Pediatrics*, 167, 451-459. <https://doi.org/110.1001/jamapediatrics.2013.866>
- Pederson, D. & Moran, G. (1996). Expressions of the attachment relationship outside of the strange situation. *Child Development*, 67(3), 915 - 927. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01773.x>
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 88(5), F400-F404. <http://dx.doi.org/10.1136/fn.88.5.F400>
- Plunkett, J. W., Klein, T., & Meisels, S. J. (1988). The relationship of preterm infant-mother attachment to stranger sociability at 3 years. *Infant Behavior and Development*, 11(1), 83-96. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(88\)80018-3](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(88)80018-3)
- Plunkett, J., Meisels, S., Stiefel, G., Pasick, P. & Roloff, D. (1986). Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(6), 794 - 800. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60197-7](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60197-7)
- Poehlmann, J. & Fiese, B. (2001). The interaction of maternal and infant vulnerabilities on developing attachment relationships. *Development and Psychopathology*, 13(1), 1 - 11. <https://doi.org/10.1017/S0954579401001018>
- Porto, M. A., & Pinto, M. J. C. (2019). Prematuridade e vínculo mãe-bebê. *Perspectivas em Psicologia*, 23(1), 139-151
- Ptak, A., Mięczyńska, D., Dębiec-Bąk, A., & Stefańska, M. (2022). The Occurrence of the Sensory Processing Disorder in Children Depending on the Type and Time of Delivery: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6893. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116893>
- Purisch, S. E., & Gyamfi-Bannerman, C. (2017). Epidemiology of preterm birth. *Seminars in Perinatology*, 41(7), 387-391. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.07.009>.
- Quinn, J. A., Munoz, F. M., Gonik, B., Frau, L., Cutland, C., Mallett-Moore, T., ... & Brighton Collaboration Preterm Birth Working Group. (2016). Preterm birth: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunisation safety data. *Vaccine*, 34(49), 6047-6056. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.03.045>
- Rahkonen, P., Lano, A., Pesonen, A. K., Heinonen, K., Räikkönen, K., Vanhatalo, S., ... & Metsäranta, M. (2015). Atypical sensory processing is common in extremely low gestational age children. *Acta Paediatrica*, 104(5), 522-528. <https://doi.org/10.1111/apa.12911>

- Ramos, D. Z., Lima, C. A., Leal, A. L. R., Prado, P. F., Oliveira, V. V., & Souza, A. A. M. (2016). A participação da família no cuidado às crianças internadas em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(2), 189-96. <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p189>
- Rathbone, R., Counsell, S., Kapellou, O., Dyet, L., Kennea, N., Hajnal, J., Allsop, J., Cowan, F. & Edward, A. (2011). Perinatal cortical growth and childhood neurocognitive abilities. *Neurology*, 77, 1510 - 1517. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318233b21>
- Raybaud, C., Ahmad, T., Rastegar, N., Shroff, M., & Al Nassar, M. (2013). The premature brain: developmental and lesional anatomy. *Neuroradiology*, 55(2), 23-40. <https://doi.org/10.1007/s00234-013-1231-0>
- Ream, M. A., & Lehwald, L. (2018). Neurologic consequences of preterm birth. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11910-018-0862-2>
- Reymund, M., Suazo, J., Aguilar, M., Faura, F., Galiana, G., Peinador, Y., Moya, A. & Guasch, X. (2019). Follow-up recommendations for the late preterm infant. *Anales De Pediatría (english Edition)*, 90(5), 318.e1 <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2019.01.007>
- Ribeiro, C. (2017). *A influência da idade gestacional nas habilidades do desenvolvimento infantil e a qualidade da interação na díade mãe-bebê ao longo do primeiro ano de vida* [Dissertação de doutoramento, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/T.25.2017.tde-14082017-195437>
- Ribeiro, I. M. (2021). *Estudo sobre a qualidade da interação dos bebês de extremo pré-termo com as suas mães aos 3 e aos 9 meses* [Dissertação de doutoramento, Escola Superior de Educação de Lisboa]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/13206>
- Rodrigues, C., Ribeiro, C., Lamônica, D., Santos, P. L. D., & Furtos, M. (2018). Estudo intercultural sobre a interação mãe-filho (a) em jogo livre aos 9 meses em diades brasileiras e portuguesas. *Teoria, Práticas e Investigação em Intervenção Precoce*, 72-100. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/10490>
- Rogers, E. E., & Hintz, S. R. (2016, December). Early neurodevelopmental outcomes of extremely preterm infants. *Seminars in Perinatology*, 40 (8), 497-509. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2016.09.002>
- Rugolo, L. M. S. D. S. (2005). Growth and developmental outcomes of the extremely preterm infant. *Jornal de Pediatria*, 81, S101-S110. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572005000200013>

- Ruiz, N., Piskernik, B., Witting, A., Fuiko, R., & Ahnert, L. (2018). Parent-child attachment in children born preterm and at term: A multigroup analysis. *PLoS One*, *13*(8), e0202972. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202972>
- Sables-Baus, S., DeSanto, K., Henderson, S., Kunz, J. L., Morris, A. C., Shields, L., & McGrath, J. M. (2013). Infant-directed oral feeding for premature and critically ill hospitalized infants: Guideline for practice. *Chicago, IL: National Association of Neonatal Nurses*.
- Saigal, S., & Doyle, L. W. (2008). An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet*, *371*(9608), 261-269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60136-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60136-1)
- Saldanha, J., Moniz, C., & do Céu Machado, M. (2019). Very low birth weight infants in a Portuguese intensive care unit and the Vermont Oxford Network: 15 years of registry data. *Acta Médica Portuguesa*, *32*(11), 686-692. <https://doi.org/10.20344/amp.9130>
- Salihagic-Kadic, A. & Predojevic, M. (2012). What we have learned from fetal neurophysiology? *Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, *6*(2), 179 - 188. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10009-1241>
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. *Handbook of Early Childhood Intervention*, *2*(4), 135.
- Sansavini, A., Pentimonti, J., Justice, L., Guarini, A., Savini, S., Alessandrini, R., & Faldella, G. (2014). Language, motor and cognitive development of extremely preterm children: modeling individual growth trajectories over the first three years of life. *Journal of Communication Disorders*, *49*, 55-68. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2014.02.005>.
- Santos, J., Pearce, S. E., & Stroustrup, A. (2015). Impact of hospital-based environmental exposures on neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Current Opinion in Pediatrics*, *27*(2), 254–260. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000190>
- Saur, B., Bruck, I., Antoniuk, S. A., & de Sá Riechi, T. I. J. (2018). Relação entre vínculo de apego e desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor. *Psico*, *49*(3), 257-265. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.3.27248>
- Scher, M. S., Ludington-Hoe, S., Kaffashi, F., Johnson, M. W., Holditch-Davis, D., & Loparo, K. A. (2009). Neurophysiologic assessment of brain maturation after an 8-week trial of skin-to-skin contact on preterm infants. *Clinical Neurophysiology*, *120*(10), 1812-1818. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2009.08.004>

- Schwichtenberg, A. J., Shah, P. E., & Poehlmann, J. (2013). Sleep and attachment in preterm infants. *Infant mental health journal, 34*(1), 37-46. <https://doi.org/10.1002/imhj.21374>
- Scochi, C. G. S., Gauy, J. S., Fujinaga, C. I., Fonseca, L. M. M., & Zamberlan, N. E. (2010). Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. *Acta Paulista de Enfermagem, 23*, 540-545. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000400015>
- Seixas, I. (2015). *Contributos maternos para a autorregulação do bebé na situação experimental face-toface still-face*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação de Lisboa]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/5561>
- Seixas, I., Barbosa, M., & Fuertes, M. (2017). Contributos maternos para a autorregulação do bebé no Paradigma Face-to-Face Still- Face. *Análise Psicológica, 35*(4), 469-485. <https://doi.org/10.14417/ap.1280>
- Serradas, AC (2015). *Estudo da sensibilidade materna em dias de risco biológico, ambiental e acumulado*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação de Lisboa]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/5623>
- Serradas, A., Tadeu, B., Soares, H., & Fuertes, M. (2016). Estudo da sensibilidade materna em díades de risco biológico, ambiental e acumulado. *Evidências em Intervenção Precoce, 19*-36. <https://doi.org/10.34629/ipl.eselx.cap.livros.062>
- Silva, F. D. F. M. (2018). A Importância da Qualidade da Vinculação na Regulação Emocional e no Desempenho Escolar em crianças do 1ºCiclo: Revisão da Literatura. *A Importância da Qualidade da Vinculação na Regulação Emocional e no Desempenho Escolar em crianças do 1ºCiclo: Revisão da Literatura. [Dissertação de Mestrado Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://eg.uc.pt/handle/10316/85442>*
- Silva, F., Fernandes, M., Veríssimo, M., Shin, N., Vaughn, B. E., & Bost, K. K. (2008). A concordância entre o comportamento de base segura com a mãe nos primeiros anos de vida e os modelos internos dinâmicos no pré-escolar. *Análise Psicológica, 26*(3), 411-422. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/66>
- Sobral, F. (2016). Perspetiva psicológica da vivência de um nascimento pré-termo: ilustração com textos de pais de bebés pré-termo. *Diálogos Acerca da Prematuridade* (pp. 31-41). Edições Aloandro.

- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018, 8 de julho). O som na Unidade de Neonatologia. Consenso clínico. Portugal. <https://www.spneonatologia.pt/documents/consensuses>
- Spittle, A. J., Thompson, D. K., Brown, N. C., Treyvaud, K., Cheong, J. L., Lee, K. J., ... & Anderson, P. J. (2014). Neurobehaviour between birth and 40 weeks' gestation in infants born < 30 weeks' gestation and parental psychological wellbeing: predictors of brain development and child outcomes. *BMC Pediatrics*, *14*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-111>
- Stack, D. M., Matte-Gagné, C., & Dickson, D. J. (2019). Persistence of effects of VLBW/PT birth status and maternal emotional availability (EA) on child EA trajectories. *Frontiers in psychology*, *9*, 2715. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02715>
- Stams, G., Juffer, F., & van IJzendoorn, M (2002). Maternal sensitivity, infant attachment and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, *38*, 806-821. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.5.806>
- Stern, D.N., Bruschiweiler-Stern, N. and Freeland, A. (1998) *The birth of a mother. How the motherhood experiences changes you forever*. Basic Book, New York.
- Stevenson, M. B., Roach, M. A., Ver Heave, J. N., & Leavitt, L. A. (1990). Rhythms in the dialogue of infant feeding: Preterm and term infants. *Infant Behavior and Development*, *13*, 51-70. <https://doi.org/>
- Li, W., Woudstra, M. L. J., Branger, M. C., Wang, L., Alink, L. R., Mesman, J., & Emmen, R. A. (2019). Szewczyk, M. D. S. C., Gomes, G. C., Pasini, D., Severo, D. G., dos Santos, A. P. D. M., & Rosa, G. S. M. (2021)._Relações mãe-filho no contexto da prematuridade e a importância da enfermagem neonatal: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, *10*(14), e178101421920-e178101421920. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21920>
- Szpecht, D., Szymankiewicz, M., Nowak, I., & Gadzinowski, J. (2016). Intraventricular hemorrhage in neonates born before 32 weeks of gestation—retrospective analysis of risk factors. *Child's Nervous System*, *32*(8), 1399-1404. <https://doi.org/10.1007/s00381-016-3127-x>
- Toome, L., Varendi, H., Männamaa, M., Vals, M. A., Tänavsuu, T., & Kolk, A. (2013). Follow-up study of 2-year-olds born at very low gestational age in Estonia. *Acta Paediatrica, International Journal of Pediatrics*, *102*(3), 300–307. <https://doi.org/10.1111/apa.12091>
- Treyvaud, K., Anderson, V., Lee, K., Woodward, L., Newnham, C., & Inder, T. (2010). Parental mental health and early social-emotional development of children born

- very preterm. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(7), 768–777. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp109>
- Treyvaud, K., Inder, T. E., Lee, K. J., Northam, E. A., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2012). Can the home environment promote resilience for children born very preterm in the context of social and medical risk?. *Journal of Experimental Child Psychology*, 112(3), 326-337. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2012.02.009>
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. WW Norton & Company.
- Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 1-13. [https://doi.org/10.1016/s0002-7138\(09\)62273-1](https://doi.org/10.1016/s0002-7138(09)62273-1)
- Tronick, E. Z., e Weinberg, M. K. (1990). *The infant regulatory scoring system (IRSS)*. [Unpublished manuscript]. Children's Hospital/Harvard Medical School, Boston.
- Tronick, E. (2008). *Meaning making and the dyadic expansion of consciousness model*. [Paper], presented at the Festschrift in Honor of Arnold Modell., Boston Psychoanalytic Society and Institute. Boston, USA.
- Turpin, H., Urben, S., Ansermet, F., Borghini, A., Murray, M. M., & Müller-Nix, C. (2019). The interplay between prematurity, maternal stress and children's intelligence quotient at age 11: A longitudinal study. *Scientific Reports*, 9(1), 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-36465-2>
- Twilhaar, E. S., de Kieviet, J. F., Aarnoudse-Moens, C. S., van Elburg, R. M., & Oosterlaan, J. (2018). Academic performance of children born preterm: a meta-analysis and meta-regression. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 103(4), F322-F330. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2017-312916>
- Twohig, A., Segurado, R., McCarthy, A., Underdown, A., Smyke, A., McNicholas, F., & Molloy, E. (2019). GP81 Early intervention to support preterm infant-parent interaction and development: results of a randomised controlled trial on maternal sensitivity, social-emotional development and parental mental health. *Archives of Disease in Childhood*, 104(Suppl 3), A62. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019->
- Uema, RTB, Souza, SNDHD, Mello, DFD, & Capellini, VK (2015). Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 36 (1), 349-362. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1Suplp349>

- Van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development, 65*(5), 1457-1477. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00829.x>
- van Ijzendoorn, M. H., & Sagi-Schwartz, A. (2008). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, (pp.880-905). The Guilford Press
- Verhoeven, M., Lasham, C. A., Meijssen, C. B., & van Baar, A. L. (2015). Behaviour and development in 24-month-old moderately preterm toddlers. *Archives of Disease in Childhood, 100*(6), 548-553. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307016>.
- Volling, B. L., McElwain, N. L., Notaro, P. C., & Herrera, C. (2002). Parents' emotional availability and infant emotional competence: Predictors of parent-infant attachment and emerging self-regulation. *Journal of Family Psychology, 16*(4), 447-465. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.16.4.447>
- Volpe, J. J. (2009). Brain injury in premature infants: a complex amalgam of destructive and developmental disturbances. *The Lancet Neurology, 8*, 110-24. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70294-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70294-1)
- Wachman, E. M., & Lahav, A. (2011). The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 96*(4), F305-F309. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.182014>
- Wagura, P., Wasunna, A., Laving, A., Wamalwa, D., & Ng'ang'a, P. (2018). Prevalence and factors associated with preterm birth at kenyatta national hospital. *BMC Pregnancy and childbirth, 18*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1740-2>
- Watson, G. (2011). Parental liminality: a way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant. *Journal of Clinical Nursing, 20*(9-10), 1462-1471. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03311.x>
- Weinberg, M. K., Beeghly, M., Olson, K. L., & Tronick, E. (2008). Effects of maternal depression and panic disorder on mother–infant interactive behavior in the Face-to-Face Still-Face paradigm. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health, 29*(5), 472-491. <https://doi.org/10.1002/imhj.20193>

- Whitelaw, A., & Liestol, K. (1994). Mortality and growth of low birth weight infants on the Kangaroo Mother Program in Bogota, Colombia. *Pediatrics*, *94*(6), 931-932. <https://doi.org/10.1542/peds.94.6.93>
- Wickremasinghe, A. C., Rogers, E. E., Johnson, B. C., Shen, A., Barkovich, A. J., & Marco, E. J. (2013). Children born prematurely have atypical sensory profiles. *Journal of Perinatology*, *33*(8), 631-635. <https://doi.org/10.1038/jp.2013.12>
- Wille, D. E. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant—mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, *14*(2), 227-240. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(91\)90007-F](https://doi.org/10.1016/0163-6383(91)90007-F)
- Williamson, G. G., & Anzalone, M. E. (2001). *Sensory integration and self-regulation in infants and toddlers: Helping very young children interact with their environment*. Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers and Families, 2000 M Street, NW, Suite 200, Washington, DC 20036-3307
- Wolf, M., Koldewijn, K., Beelen, A., Smi, B., Hedlund, R. & Groot, I. (2007). Neurobehavioral and developmental profile of very low birthweight preterm infants in early infancy. *Acta Paediatrica*, *91*, 930 - 938. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2002.tb02858.x>
- Wolke, D., Eryigit-Madzwamuse, S., & Gutbrod, T. (2014). Very preterm/very low birthweight infants' attachment: infant and maternal characteristics. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, *99*(1), F70-F75. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-303788>
- Wolke, D., Johnson, S., & Mendonça, M. (2019). The life course consequences of very preterm birth. *Annual Review of Developmental Psychology*, *1*, 69-92. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-084804>
- World Health Organization (2018). *Preterm birth*. World Health Organization website. Retirado a 04 de janeiro e a 5 de maio, 2021 de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- World Health Organization (2020). *Preterm Birth*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en>
- World Health Organization (2004). *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/924159134X>
- Yaari, M., Rotzak, N. L., Mankuta, D., Harel-Gadassi, A., Friedlader, E., Eventoy-Friedman, S., Bar-Oz, B., Zucker, D., Shinar, O. & Yirmiya, N. (2018). Preterm-infant emotion regulation during the still-face interaction. *Infant Behavior and Development*, *52*, 56-65. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.05.008>

- Yecco, G. J. (1993). Neurobehavioral development and developmental support of premature infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 7(1), 56-65.
- Zomignani, A. P., Zambelli, H. J. L., & Antonio, M. Â. R. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria*, 27, 198-203. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822009000200013>
- Zvara, Bharathi J.; Keim, Sarah A.; Boone, Kelly M.; Anderson, Sarah E. (2019). *Associations between parenting behavior and executive function among preschool-aged children born very preterm. Early Childhood Research Quarterly*, 48, 317–324. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2019.01>

ANEXOS

Anexo 1 – declaração de consentimento informado



Declaração de Consentimento Informado

Eu, _____, aceito colaborar, como participante, na investigação ““Vinculação em bebés prematuríssimos: o impacto dos fatores perinatais, da autorregulação infantil, da sensibilidade materna e do desenvolvimento infantil que está a ser realizado no Hospital de São Francisco Xavier em colaboração com a Escola Superior de Educação de Lisboa. Declaro, também, que autorizo o meu filho a participar nesta investigação.

Declaro que:

- a) Li e compreendi a informação presente no documento “Informação à família”, tendo-me sido dada a oportunidade de colocar todas as questões que considere necessárias;
- b) Tenho presente que a participação neste estudo é voluntária, que poderei recusar-me a participar no mesmo ou, caso pretenda participar, posso desistir em qualquer momento do mesmo, sem qualquer prejuízo;
- c) Autorizo a gravação vídeo das tarefas de interação propostas, bem como o preenchimento individual de questionários.
- d) Compreendi que as nossas identidades serão salvaguardadas e que as imagens serão apenas utilizadas para o estudo em questão e o seu uso será feito exclusivamente pela equipa de investigadores;
- e) Que fui informado sobre o pagamento de ajudas para a deslocação;
- f) Foi-me entregue uma cópia da “Informação à Família”;
- g) Foi-me entregue uma cópia da “Declaração de Consentimento Informado”.

Local e data: Lisboa, / /

Assinaturas:

A participante

(.....)

A investigadora

(.....)

Informação à Família

Momentos e locais em que ocorre a Investigação

A investigação ““Vinculação em bebés prematuríssimos: o impacto dos fatores perinatais, da autorregulação infantil, da sensibilidade materna e do desenvolvimento infantil que está a ser realizada no Hospital de São Francisco Xavier em colaboração com a Escola Superior de Educação de Lisboa tem três fases de recolha de dados:

- 1- Entrevista Inicial com a mãe, após o nascimento. Realiza-se no serviço de neonatologia do Hospital;
- 2- Estudo da interação do bebé com a mãe numa situação de brincadeira livre e em condições experimentais, aos 3 meses de vida do bebé. Questionário sobre o Temperamento do bebé. Realiza-se na Clínica Estimulopraxis (Telheiras).
- 3- Estudo do desenvolvimento e da personalidade do bebé aos 9 meses de vida. Questionário sobre o stress da família. Realiza-se na Clínica Estimulopraxis (Telheiras).

Anexo 2 - Anamnese

ANAMNESE

Projeto de Investigação “Prematuríssimos” – Ref.ª PTDC/MHC-PED/1424/2014

Código do bebé:

Nome: Sexo: D.N.:/...../.....

Nº Telefone Mãe: Nº Telefone Pai: e-mail:

Morada: Código Postal:-.....

MÃE

Idade: Escolaridade: Nacionalidade:

Estado Civil: Profissão: Condições médicas e psiquiátricas?.....

Empregada: Desempregada: Doméstica: Baixa: Por conta própria/empresário

PAI

Idade: Escolaridade: Nacionalidade:

Estado Civil: Profissão:

Empregado: Desempregado: Doméstico: Baixa: Por conta própria/empresário

Refugiada Sem estatuto legal

FAMÍLIA

A mãe vive com Conjuge: Familiares: Sozinha Instituição:

Nº de irmãos do bebé: Posicionamento do bebé na fratria: Nº de filhos da mãe: Primíparas:

GRAVIDEZ e PARTO

Nº de gestações Nº Partos anteriores Pré-termo Abortos Filhos Vivos

Gravidez Gemelar: Fertilização medicamente assistida?

Programada: Nº de semanas de gravidez: Acompanhada (data do início /nº de semanas):

Hospitalizações/Internamentos: Medicação na gravidez

Causa da prematuridade Parto: induzido..... espontâneo..... Duração Tipo de Parto:

Tipo de anestesia Sem anestesia Auxiliares de parto: Reanimação:

Medicação pós parto: mãe: bebé

Reanimação bebé APGAR Peso Comprimento Perímetro cefálico:

HABITAÇÃO

Tem o quarto preparado para o bebé (na alta):

Tempo de internamento na UCI:

Nº de dias em nutrição parentérica: em nutrição através de tubo naso gástrico:

Com necessidade de ventilação: com infeção aguda/antibiótica:

Intercorrência

Os itens seguintes correspondem a informações recolhidas a/.....



Entrevista à mãe na maternidade

Gravidez

- 1- Recorda-se do momento em que soube de estava grávida? Como é que se sentiu?
- 2 - Qual foi a reacção do seu parceiro/marido? E da sua família?
- 3 - Como se sentiu ao longo da gravidez?
- 4 - Como foi o acompanhamento médico ao longo da gravidez?
- 5 - Sentiu-se apoiada durante a gravidez (pelos amigos, parceiro e família)?

Emoções na gravidez

- 6 - Recorda-se do que sentiu a primeira vez que o seu bebé mexeu dentro de si?
- 7 - Enquanto o seu bebé crescia na sua barriga, como é que o imaginava?
- 8 - Sentia receio de que alguma coisa pudesse acontecer ao seu bebé?

Reacção à Prematuridade

- 9 - Qual foi a sua reacção quando soube que o seu bebé ia nascer antes do tempo?

Relação com o recém-nascido

- 10 - Lembra-se do momento em que sentiu pela primeira vez amor pelo seu filho?
- 11-0 que é que sentiu quando pegou o seu filho pela primeira vez? Em situação é que se deu esse momento?
- 12 - Depois teve de separar dele, o que é que sentiu?
- 13 - Seria capaz de descrever o temperamento do seu bebé?

Conhecimento das capacidades sensório/preceptivas do bebé

- 14 - Algumas pessoas julgam que os bebés recém-nascidos já ouvem, mas outras defendem que não. Pelo que pode observar no seu bebé pensa que ele já ouve? E já vê?

Futuro imediato

- 15 - Como será cuidar do seu filho quando sair da maternidade (alimentar, limpar e dar mimos)?
- 16 - Quais serão as principais dificuldades que imagina vir a ter?

Data:

Código do bebé: